

**Національна академія медичних наук Укаріни
Міністерство охорони здоров'я Укаріни
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН Укаріни»
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Асоціація педіатрів Укаріни**

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VIII Конгреса педіатрів Укаріни
(9-11 жовтня 2012 року, Київ)

За редакцією Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the VIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 9-11th, 2012, Kiev)

Edited by J.G. Antypkin, V.G. Maidannyk

Київ - 2012

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕРАДИКАЦІЇ HELICOBACTER PYLORI У ДІТЕЙ ЗА РАХУНОК ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ, ЩО МІСТИТЬ ШТАМИ LACTOBACILLUS

Абатуров О.Є., Герасименко О.М., Агафонова О.О.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпропетровськ

Ерадикаційна антихелікобактерна терапія є основною складовою лікування *H. pylori*-асоційованих кислотозалежних захворювань, що відображено в міжнародних угодах. Однак жодна з рекомендованих схем ерадикаційної терапії не досягає 100% ефекту.

З метою підвищення ефективності ерадикації *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) нами було проведено дослідження з використанням семиденної схеми «потрійної» антихелікобактерної ерадикаційної терапії, поєднаної з пробіотичним препаратом, що містить штами *Lactobacillus*, в лікуванні 95 дітей віком від 10 до 17 років, хворих на *H. pylori*-асоційовані кислотозалежні захворювання.

Пробіотичний препарат (Лацидофіл®) представляє собою поєднання двох штамів лактобактерій – *Lactobacillus rhamnosus* штаму Rosell-11 (95%) та *Lactobacillus acidophilus* штаму Rosell-52 (5%), культура яких виділена в Інституті Пастера, Франція (Національна колекція культур мікроорганізмів – CNCM). Дані штами з доказаною ефективністю та безпекою мають високий рівень виживання при подоланні кислотного бар'єру шлунка і лужного бар'єру дванадцятипалої кишки, виживають в присутності високої концентрації жовчних кислот, у них відсутній ген антибіотикорезистентності. Пробіотичний препарат призначали по 1 капсулі 3 рази на добу після їжі. Тривалість лікування пробіотиком складала 3 тижні.

Динамічне спостереження під час терапії показало, що на тлі лікування комбінованою терапією з використанням препарату Лацидофіл® відбувався більш швидкий регрес інтенсивності основних синдромів захворювання (больового, диспептичного та астено-вегетативного), більш швидке відновлення порушеного мікробного пейзажу кишечника (майже у всіх дітей кількість біфідо-і лактобактерій спостерігалася в 108 – 109 КУО/г, не реєструвалися атипичні форми кишкової палички та гриби роду Кандида, умовно-патогенна мікрофлора зменшилася більше, ніж в 2,5 рази) та спостерігалось достовірне підвищення рівня концентрації sCD14 в сироватці крові ($P < 0,05$). Ерадикація *H. pylori* була досягнута у 94,7% пацієнтів (86,7% у пацієнтів групи контролю), що свідчить про підвищення ерадикаційної активності «потрійної» антихелікобактерної терапії при додатковому призначенні пробіотика Лацидофіл®. Доведено, що лактобактерії, які входять до складу пробіотичного препарату, є кислотостійкими і надають не тільки пряму антагоністичну дію відносно *H. pylori* (а вона показана в багатьох дослідженнях за умови кислотостійкості штаму), а також конкурують з *H. pylori* за поживні речовини і сайти адгезії, виробляють бактеріоцини, насамперед, антимікробні пептиди, та метаболіти (легкі жирні кислоти, молочну кислоту та ін.), що пригнічує як його ріст, так і ріст інших умовно-патогенних мікробів. Також *Lactobacillus*-асоційоване посилення продукції sCD14 сприяє елімінації ліпополісахариду *H. pylori* і перешкоджає взаємодії його з TLR4, тим самим надаючи протизапальну дію.

Таким чином, проведення ерадикаційної терапії в поєднанні з пробіотиком Лацидофіл® призводить до більш ефективної ерадикації *H. pylori* за рахунок протизапальної дії *Lactobacillus*, зниження вразливості слизової шлунка до хелікобактерного впливу. Протизапальна дія *Lactobacillus* забезпечується молекулярними механізмами, відповідальними за продукцію sCD14.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА РІВЕНЬ ЕКСПРЕСІЇ ФАКТОРА ТРАНСКРИПЦІЇ NF-κB В ДИНАМІЦІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Абатуров О.Є. 1, Русакова О.О. 1, Петренко Л.Л. 1, Куценко Н.Л. 2

1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України, м. Дніпропетровськ

2 НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «УМСА», м. Полтава

Численні дослідження останнього десятиріччя довели значущість транскрипційних факторів у розвитку запальних захворювань (Park G. Y., Christman J. W., 2006; Маянский А.М. та спів., 2007; Абатуров О.Є., Юліш Є.І., 2006). Виступаючи одним з головних факторів транскрипції безлічі прозапальних і імунорегуляторних генів, NF-κB визначає характер, вираженість та перебіг інфекційно-запального процесу. Метою дійсного дослідження було вивчення клінічних особливостей перебігу гострого обструктивного бронхіту (ГОб) у дітей раннього віку з оцінкою рівня експресії фактора транскрипції NF-κB в динаміці перебігу захворювання. Для виконання поставленої мети нами обстежено 59 дітей віком від 6 місяців до 3 років (основна група), які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні №3 КЗ «ДМКЛ №1» м. Дніпропетровська з діагнозом «ГОб. ДН I-II ст.», група порівняння – 30 дітей аналогічного віку з гострим простим бронхітом (ГПБ). У всіх дітей, які були під нашим наглядом, визначення рівня експресії фактора транскрипції NF-κB в лімфоцитах периферійної крові проводили двічі (на початку захворювання та в періоді реконвалесценції). Молекулярно-генетичні дослідження проводилися на базі НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «УМСА» (м. Полтава). За нашими даними, серед захворілих на ГОб переважали діти першого року життя (53,5%), чоловічої статі (68,2%). Факторами ризику ГОб виступали гестози (62,4%), загроза переривання вагітності (46%), анемія вагітних (35%), ускладнений перебіг пологів (42,5%), обтяжений алергологічний анамнез (62%), раннє штучне вигодовування (65%). У кожній третій дитини були виявлені фонові стани: перинатальне ураження ЦНС, анемія, тимомегалія II-III ст., паратрофія. Мікролімфоаденопатія відзначалася в 67% спостережень. У 83% наших спостережень ГОб розвинувся вперше, повторно ГОб найбільш часто реєструвався на другому (50%) і третьому роках життя (37,5%). В більшості випадків ГОб перебігав в середньотяжкій та тяжкій формі, при цьому у 90% дітей реєструвався гладкий перебіг захворювання з поступовим нівелюванням всіх симптомів. В основній групі спостереження прояви дихальної недостатності тривали не менше 3 днів; інтоксикаційний синдром зберігався в середньому 2,7 дів, катаральний – 6,9 дів.

Проведені молекулярно-генетичні дослідження показали збільшення відносної кількості лімфоцитів, що експресують фактор транскрипції NF-κB, в періоді реконвалесценції у дітей обох груп спостереження. Проте рівень експресії нуклеарного фактора NF-κB був значно вищий у дітей з ГОб, досягаючи максимальних значень в перші дні захворювання, що і визначало характер і тяжкість перебігу захворювання, і поступово знижувався до періоду реконвалесценції. Навпаки, у дітей з ГПБ зростання рівня експресії NF-κB реєструвалося у фазі реконвалесценції. Таким чином, зміна відносної кількості лімфоцитів, що експресують фактор транскрипції NF-κB, носить фазовий характер, а рівень експресії нуклеарного фактора транскрипції у дітей раннього віку визначається періодом захворювання і корелює з нозологічною формою бронхіту.

ЕКСПРЕСІЯ МАРКЕРІВ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ЛОКАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПРИ ХРОНІЧНИХ НР-АСОЦІЙОВАНИХ ГАСТРИТАХ У ДІТЕЙ

Абатуров О.Є. 1, Завгородня Н.Ю. 2

1 Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпропетровськ
2 Комунальний заклад «Дніпропетровська міська дитяча клінічна лікарня №1 Дніпропетровської обласної ради», м. Дніпропетровськ

Вивченню багаторівневих механізмів локального антихелікобактерного захисту слизової оболонки шлунка (СОШ) у дітей в останні роки приділяється багато уваги, тому що саме особливості розпізнавання, презентації антигенів збудника та антигенспецифічного диференціювання лімфоцитів визначають вираженість специфічної імунної відповіді, зумовлюючи тривалу персистенцію *Helicobacter pylori* (Нр) у СОШ, різноманітність клінічних наслідків інфікування, розвиток структурних та функціональних змін СОШ, що з часом реалізуються розвитком атрофії, метаплазії та дисплазії слизової оболонки. Згідно з ключовою концепцією підтримання місцевого імунного гомеостазу СОШ головну роль в регуляції специфічної імунної відповіді відіграють антигенпрезентуючі клітини, що здійснюють активацію Т-клітинної ланки імунітету.

Під спостереженням перебувала 41 дитина з діагнозом хронічний гастрит. Усім пацієнтам була проведена фіброезофагогастроуденоскопія з біопсією слизової оболонки антрального відділу шлунка, швидким уреазним тестом та гістологічною оцінкою біопатів згідно з вимогами морфологічного розділу сучасної Сіднейсько-Хьюстонської системи та візуально-аналогової шкали. За наявності антитіл до цитотоксин асоційованого гена А (CagA) всі Нр-позитивні пацієнти були поділені на 2 підгрупи. Контрольну групу склали 12 пацієнтів з Нр-негативним гастритом. Розрахунок кількості CD3+Т-лімфоцитів, CD20+В-лімфоцитів, CD68+макрофагів, S100+дендритних клітин проводили після візуалізації в імуногістохімічних реакціях з використанням відповідних моноклональних антитіл.

При дослідженні були виявлені статистично значущі відмінності CagA+Нр-позитивних пацієнтів щодо збільшення кількості CD20+В-лімфоцитів ($p=0,001$), CD68+макрофагів ($p=0,006$), поліморфноядерних лейкоцитів ($p=0,006$). CagA+Нр-позитивні гастрити мали активний перебіг з утворенням «внутрішньоамкових абсцесів» з глибокими деструктивними змінами епітеліоцитів. Характерною особливістю розташування В-лімфоцитів в СОШ CagA+Нр-позитивних пацієнтів було формування вогнищевих В-клітинних інфільтратів, що утворювали фолікули зі світлими центрами розмноження. Дослідження з маркером CD3 продемонструвало посилення інфільтрації міжепітеліальними CD3+Т-лімфоцитами без значущих відмінностей груп ($p=0,139$). Візуалізація S100+ дендритних клітин навколо базальних мембран зі спрямованістю відростків до поверхні епітелію дозволила проілюструвати активну участь S100+ дендритних клітин у формуванні локального імунного гомеостазу. Підгрупа CagA-позитивних пацієнтів достовірно відрізнялася від контрольної групи частотою виявлення атрофії ($p=0,018$) і кишкової метаплазії ($p=0,002$) СОШ, що підтверджує безумовний зв'язок CagA-позитивних штамів Нр з розвитком атрофічних і метапластичних змін слизової.

Таким чином, перебіг CagA+Нр-асоційованих гастритів у дітей характеризується посиленням інфільтрації СОШ CD20+В-лімфоцитами, CD68+макрофагами, поліморфноядерними лейкоцитами, а також значним порушенням процесів клітинної регенерації з розвитком атрофії та кишкової метаплазії СОШ.

БРОНХІТИ У ДІТЕЙ: ПИТАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманець Т.Р.

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

Епідеміологічні дослідження свідчать, що за останнє десятиріччя спостерігається зростання кількості бронхолегеневих захворювань у дітей переважно за рахунок гострих та рецидивних запальних процесів дихальних шляхів, розповсюдженість яких коливається в межах від 0,85 до 9%. Найбільш частою патологією є бронхіти, які являються однією з п'яти основних причин амбулаторного звернення до лікаря – педіатра.

Серед різних форм бронхітів у дітей (гострий простий, гострий обструктивний, рецидивний, хронічний) значна зацікавленість відмічається до проблеми рецидивного бронхіту (РБ). Це пояснюється існуючою низкою дискусійних питань щодо класифікації, можливостей трансформації РБ в інші нозологічні форми, а також відокремлення так званих «перехідних» його форм.

Незважаючи на існування двох форм бронхітів (гострого та хронічного) згідно МКХ – 10 перегляду відокремлення РБ у дітей є загально визнаним у вітчизняній школі педіатрів.

До нинішнього часу немає єдиної точки зору щодо можливостей трансформації РБ в його хронічні форми. Вважається, що в дитячому віці не встигають реалізуватись фактори ризику, які відповідальні за розвиток хронічного бронхіту дорослих. Залишається відкритим питання щодо діагностичних критеріїв хронічного (первинного) бронхіту (ХБ) у дітей, які «переносяться» з визначення ХБ у дорослих. Однак, різні екзогенні та ендогенні фактори при певних умовах навколишнього середовища сприяють формуванню хронічного бронхолегеневого процесу у дітей. Особливо групу ризику щодо формування ХБ у дітей складають діти з «перехідними» формами РБ.

Слід зазначити існування проблеми гіпердіагностики РБ у дітей. Нашими дослідженнями встановлено, що в 1/3 випадків діагноз РБ у дітей піднімає різну хронічну бронхолегеневу патологію (бронхіальну астму, вроджені аномалії трахеобронхіального дерева, муковісцидоз, первинні імунodefіцитні стани та ін.).

Катамнестичні спостереження протягом десяти років за дітьми з РБ дозволили встановити наступні клініко-пара клінічні особливості його перебігу: відсутність у більшості дітей нормалізації функціонального стану організму в період клінічної ремісії, наявність хронічних вогнищ інфекції верхніх дихальних шляхів, наявність значущих факторів ризику рецидивування (супутня патологія ЛОР органів, синдром гіперреактивності бронхів, збереження ознак запального процесу слизових респіраторного тракту, зниження факторів місцевого захисту, метаболічні порушення). Діти з «перехідними формами» РБ при наявності факторів ризику, а саме ранній початок захворювання, перенесені тяжкі респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів в ранньому віці, більш ніж два супутні захворювання респіраторного тракту, цитоморфологічні зміни (зниження кількості макрофагів, дистрофія війкового епітелію більш ніж 80 % в індукованому мокротинні) мають високу вірогідність формування первинного ХБ. Визначені особливості перебігу РБ у дітей обґрунтовують необхідність проведення диференційованих лікувально-профілактичних заходів у даного контингенту дітей.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Антипкін Ю.Г., Уманець Т.Р., Лапшин В.Ф., Задорожна Т.Д., Пустовалова О.І.

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

Бронхіальна астма (БА) залишається одним з найпоширеніших хронічних респіраторних захворювань дитячого віку. З сучасних позицій БА у дітей вважається гетерогенним захворюванням, підходи до діагностики та лікування якого залежать від багатьох факторів: віку пацієнта, спектру симптомів, тригерних факторів, відповіді на лікування, а також від інтенсивності та типу запалення дихальних шляхів. З огляду на гетерогенність популяції хворих з БА, а саме існування різних патогенетичних її варіантів, на сучасному етапі обговорюється можливість класифікації цього захворювання по фенотипам.

Фенотип захворювання – це сукупність клінічних ознак захворювання, які сформувались на підставі генетичних особливостей людини під впливом факторів навколишнього середовища. Критеріями для виділення фенотипів є наявність або відсутність атопії, субтипу запалення (еозинофільний, нееозинофільний), тяжкість захворювання (хрупка, інтермітуюча, персистуюча, фатальна), відповідь на лікування (стероїд-, В2-агоніст-резистентна, “з фіксованою обструкцією дихальних шляхів”), вік початку захворювання (дитячий, підлітковий, дорослий), наявності супутньої патології, особливостей тригерних факторів (вірус індукована, індукована фізичним навантаженням, алерген індукована, індукована дією нестероїдних протизапальних та стероїдних препаратів), епідеміологічні дослідження (так звані «візінг – фенотипи»).

Враховуючи існуючі дослідження щодо полігенності БА, багато науковців акцентують увагу саме на клінічних особливостях захворювання у визначенні фенотипів БА (патерні тяжкості перебігу, типу запалення, рецепторного стану бронхів), застосовуючи різні статистичні методи дослідження (кластерний, факторний, компонентний аналізи та інші).

Відокремлення клінічних фенотипів важливо не тільки для розуміння патогенетичних механізмів розвитку, ідентифікації факторів ризику, тяжкості та прогресування захворювання, але і для індивідуалізації та удосконалення лікувально – профілактичних програм шляхом призначення фенотип-специфічних методів лікування (алерген специфічної імунотерапії, імунотерапії, диференційованого вибору «контролюючих» препаратів базисної терапії) та психокорекції даної категорії дітей.

НАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Антипкін Ю.Г., Давидова Ю.В.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

Київ, Україна

Однією зі стратегічних цілей реформування медичної галузі на сьогодні є удосконалення надання перинатальної допомоги, яке можливе за умов виконання завдань Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства».

Багатофакторний аналіз досягнень сучасної перинатології, проведений науковцями ДУ «ІПАГ НАМН України», дозволив розробити підґрунтя для реалізації Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції, що знайшло нормативно-правове ухвалення в Наказі МОЗ України № 52 (2011 р.).

Пошук та аналіз ефективності сучасних перинатальних технологій, який був проведений співробітниками інституту з урахуванням вимог доказової медицини, дозволив науково обґрунтувати та надати пропозиції з необхідності регіоналізації перинатальної допомоги.

Впровадження адаптованої до національних умов системи регіоналізації допомоги дозволить сконцентрувати високотехнологічне обладнання, висококваліфіковані медичні кадри в спеціалізованих перинатальних центрах III рівня, де має надаватись повний цикл допомоги при реалізації репродуктивного потенціалу нації: від підготовки до народження дитини, сучасного антенатального нагляду, проведення необхідної пренатальної діагностики, включаючи інвазійні втручання, цитогенетичні дослідження, відповідної акушерської, неонатальної допомоги до завершеної реабілітації матерів групи високого перинатального ризику, а також їх новонароджених, зокрема таких, що народились з серйозними відхиленнями в стані здоров'я внаслідок вродженої патології, недоношеності, антенатальних та інтранатальних розладів.

Все це увійшло до Наказу МОЗ України (2011) № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах». Подібний алгоритм надання перинатальної допомоги дозволить чітко розділити потоки пацієнтів відповідно ризику тяжких перинатальних ускладнень, запобігти розпорощенню кадрів та фінансових витрат, об'єднати всі регіональні перинатальні центри у потужну мережу, яка передбачає діяльність в медичному, методичному, науковому напрямках.

В системі НАМН України створено модель міжсекторальної перинатальної допомоги, провідною установою в ній є ДУ «ІПАГ НАМН України». Залучення його до діяльності проекту «Нове життя» дає можливість постійно проводити реалізацію комплексного підходу до науково-методичного супроводу усіх регіональних перинатальних центрів, що дозволяє надавати висококваліфіковану перинатальну допомогу найтяжчому контингенту вагітних та новонароджених, проводити курацію відкритих центрів, розробляти методичні рекомендації, наукове та методичне наповнення навчального семінару для лікарів даних центрів.

Все вищевикладене дозволить забезпечити доступність, своєчасність і безпечність перинатальної допомоги, що надається кожній майбутній матері та її дитині.

ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Багацька Н.В., Лебець І.С., Нефідова В.Є., Медзяновська О.В.

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

Патологія суглобів є однією з найбільш поширених у сучасному суспільстві та являє собою надзвичайно актуальну державну та медико-соціальну проблему. Загальна захворюваність патологією суглобів у світі досягає 15-20 %, в Росії – 8,26%, в Україні – 10,5%, причому її частота суттєво зростає з віком. За даними статистики, частота ревматоїдного артриту (РА) в світі складає близько 1%. В Україні цей показник в середньому дорівнює 0,42%, у дітей до 15 років – 0,05%; у підлітків 15-18 років – 0,16%. Частота остеоартрозу (ОА) у людей середнього віку складає 40%, а після 60 років зустрічається майже в 97%; у підлітків та осіб молодого віку до 25 років – до 5%. В дослідженнях останніх років доведено роль факторів спадковості в виникненні РА, ОА та інших захворювань суглобів. Виділено гени схильності до РА – ген рецепторів фактора пухлини, CD-40, IDDM9, TCRD (рецепторів Т-клітин) та ін.; до ОА – ген інтерлейкіна-1 і 4 (IL1, IL4R), 3 гена *matrilin* (MATN3) та ін. гени, але досліджень стану хромосомного апарату у цього контингенту майже не проводилось. Вищезазначене з'явилося підґрунтям для проведення генетичного (генеалогічного і цитогенетичного) дослідження у дітей та підлітків із ювенільним ревматоїдним артритом (ЮРА) і ОА.

Під наглядом знаходилось 34 хворих на ЮРА та 100 – на ОА віком від 12 до 18 років. В контрольну групу ввійшли 40 здорових однолітків. За даними генеалогічного аналізу, передача патологічних ознак при ЮРА здійснювалась у 60% по обох лініях одночасно, що в 3 рази перевищувало частоту успадкування по материнській (20%) і батьківській (20%, $p < 0,01$) ліній ізольовано, в той час як при ОА значущо частіше передача ознак здійснювалась по материнській (38,98%) і обох ліній (38,98%), ніж по батьківській (22,03%, $p < 0,01$) лінії. Цитогенетичний аналіз показав, що у всіх обстежених каріотип відповідав нормальному жіночому або чоловічому. Різні порушення хромосом виявлялися у 100% хворих на ЮРА, 98% хворих на ОА і 75% здорових осіб. Спонтанний рівень ХА у хворих на ОА складав 5,59%, що у 3 рази перевищувало рівень аберацій в контрольній групі (1,84%, $p < 0,001$); у хворих на ЮРА – 4,26%, що в 2,3 рази вище частоти ХА у здорових однолітків (1,84%, $p < 0,01$). Індивідуальні частоти спонтанного рівня ХА у хворих на ОА коливалися від 1% до 13%, у хворих на ЮРА – від 1% до 14,3%, а у здорових осіб – від 0% до 6,0%. У хворих на ЮРА частота аберацій хроматидного типу склала 2,05%, що в 2,3 рази перевищувало частоту ХА у здорових однолітків і хворих на ОА ($p < 0,05$). В той же час у хворих на ОА превалювала частота порушень хромосомного типу (в 3,3 рази порівняно з хворими на ЮРА та в 4,9 рази – зі здоровими пробандами). Серед аберацій геномного типу переважали поліплоїдні клітини у хворих обох груп у порівнянні з контролем – 0,53% при ЮРА і 0,94% при ОА (0,14%, $p < 0,01$).

Таким чином, у дітей та підлітків, хворих на ЮРА і ОА, реєструвалось підвищення частоти аберацій хромосом, причому у хворих на ЮРА за рахунок аберацій хроматидного типу, а при ОА – хромосомного типу, що розширює уявлення про роль спадковості та надає можливість оцінити стабільність геному хворих з даними патологічними станами.

СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Банадига Н.В., Рогальський І.О., Матвійків Г.А., Семків Л.Б.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль
Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня, м. Тернопіль

В практичній діяльності педіатра проблеми ведення atopічного дерматиту (АД) першочергово торкаються питання організації адекватного вигодовування. Звичайно, вище згадані труднощі мають особливу вагу у хворих перших років життя. Зважаючи на ранній дебют АД (75 % випадків у віці до 1 року) педіатр повинен провести корекцію харчування та догляду за дитиною. Рекомендації стосовно вигодовування залежать від його характеру та мають різне значення. Загалом існує три етапи в організації харчування при АД: I етап – гіпоалергенна дієта; II етап – елімінаційна дієта; III етап – розширення харчового раціону. Водночас батьки обов'язково ведуть харчовий щоденник, що дає можливість виявити індивідуальні особливості непереносимості окремих продуктів. На першому етапі, якщо дитина вигодовується грудним молоком, мамі рекомендують вилучити із власного раціону продукти з високою сенсibiliзуючою здатністю. У випадку штучного (змішаного) вигодовування дитини з АД базисною повинна бути лікувальна суміш. Спостереження за малюком та аналіз харчового щоденника, результатів додаткових обстежень дають можливість вирізнити продукти, які викликають погіршення стану, саме вони і підлягають повному вилученню із раціону мами – годувальниці та дитини, що здійснюється на другому етапі лікувального (елімінаційного) харчування.

Наступний (третій) етап передбачає розширення харчового раціону дитини шляхом введення нових продуктів. Однак, це можливо лише за умови досягнення ремісії АД. За даних обставин введення розпочинають із продуктів з мінімальною сенсibiliзуючою здатністю (баранина, м'ясо коня, кабачки, патисони, гарбуз, яблука (жовті і зелені), агрус, білі черешні і порічки, сливи, огірки, інші) в інтервалі 3-5 днів та відстежують динаміку самопочуття дитини, стану шкірних покривів, функціональні особливості органів травлення. При цьому надзвичайного значення набувають виваженість та поступовість у розширенні дієти пацієнта. Важливим є і введення продуктів, багатих на харчові волокна (патисони, кабачки, гарбуз та інші), що нормалізують діяльність органів травлення, усувають закрепи, які спостерігаються у 65% випадків. Ліквідація загострення АД є приводом до переведення дитини із лікувальних на гіпоалергенні (профілактичні) суміші у випадку штучного (змішаного) вигодовування. Окремо слід наголосити, що попри установлені терміни введення прикорму у малюків (після 6 місяців), при АД їх можна відтермінувати до більш пізніх термінів. Розпочинати прикорм лише із свіжоприготовлених страв, а не із продуктів заводського випуску (каші, пюре, м'ясний фарш, творог, інше). Перевага надається овочевому пюре (з індивідуальним підбором овочів), як першій страві прикорму. Важливе значення належить грудному вигодовуванню дітей із АД, оскільки воно забезпечує формування оральної толерантності та запобігає виникненню харчової алергії; становлення функціональної зрілості органів травлення; активації місцевої, а далі – системної імунної відповіді, із переключенням із алергічних механізмів на посиленій протиінфекційний захист. Підсумовуючи, слід вирізнити важливість дотримання принципу поступовості (етапності) у веденні харчування дітей з АД, що узгоджується із тяжкістю основної патології, а також обов'язкового індивідуального підходу до вибору продуктів харчування.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЩИТОВІДНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ЧУТЛИВІСТЬ БРОНХІАЛЬНИХ РЕЦЕПТОРІВ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАЗНАЮТЬ ДІЇ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ

Башкірова Н.С., Іванусь С.Г., Донец М.М.

ДЗ «ДМА МОЗ України», м. Дніпропетровськ

КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня № 2» Дніпропетровської обласної ради, м. Дніпропетровськ

Захворювання дихальної системи продовжують посідати провідне місце в структурі загальної захворюваності серед дитячого населення. У зростанні чисельності хворих на бронхолегеневу патологію велике значення належить тютюнопалінню, стресовому фактору негативний вплив якого з часом проявляється бронхообструктивним синдромом. Можна припустити, що безпосередній, або реалізований через інші системи вплив дії гормонів шитоподібної залози позначається на чутливості рецепторного апарату цитоплазматичних мембран тканини бронхів.

Для дослідження змін чутливості бронхіальних рецепторів у відповідь на дію тютюнового диму в умовах різної функціональної активності щитовидної залози було обстежено 72 дитини віком від 10 до 17 років з різним статусом курця. До першої увійшли 42 дитини без будь-яких клінічних ознак порушення функції щитовидної залози чи характерних лабораторних відхилень. Стан цих дітей був розцінений як еутиреоїдний. До другої групи увійшли 30 дітей зі зниженою функціональною активністю щитовидної залози (гіпотиреоїдизм). У цих дітей не виявилось клінічних проявів гіпотиреозу, але при нормальних показниках Т3, ТТГ був знижений рівень Т4.

У групі дітей з еутиреоїдним станом 29 дітей були курцями (5 активними та 24 пасивними), 13 дітей не зазнавали впливу тютюнового диму.

Аналіз результатів інгаляційного бронхопровокаційного тесту з ацетилхоліном показав, що стан неспецифічної бронхіальної гіперчутливості мав місце у 2 активних курців та в жодного пасивного курця та некурця ($\chi^2=15,4 > \chi^2_{01}=9,21$ або $p < 0,01$).

Частота бронхоспазму фізичного навантаження за результатами бронхопровокаційних тестів з дозованим фізичним навантаженнями також суттєво не відрізнялась у курців та некурців. Так, БФН реєструвався у 8 курців (1 активного та 7 пасивних) і в одного з 13 некурців ($\chi^2=2,3 < \chi^2_{05}=5,99$ або $p > 0,05$).

Таким чином, з отриманих даних видно, що у дітей в умовах еутиреоїдного стану щитовидної залози під впливом тютюнового диму регуляція бронхіального тону бронхів з боку вегетативного відділу ЦНС не страждає. Разом з тим отримані дані про підвищення бронхіальної чутливості до ацетилхоліну у активних курців, що може вказувати на тенденцію до порушення функціонального стану холінорецепторів бронхів під впливом тютюнового диму.

За нашими результатами, бронхопровокаційні тести у дітей з гіпотиреоїдизмом показали, що під впливом тютюнового диму змін у функціональному стані чутливих рецепторів бронхів не відбувається. Так, аналіз результатів бронхопровокаційного ацетилхолінового тесту показав, що з 30 дітей випадки неспецифічної бронхіальної гіперчутливості спостерігались у 2 з 24 пасивних курців та в жодного з 3 активних курців та некурців ($\chi^2=0,53 < \chi^2_{05}=5,99$ або $p > 0,05$).

Бронхоспазм фізичного навантаження діагностувався у 7 з 24 пасивних курців та у одного з трьох некурців, що статистично не відрізнялось ($\chi^2=1,23 < \chi^2_{05}=5,99$ або $p > 0,05$).

Таким чином, представлені в даному розділі результати дослідження показали, що у дітей, які зазнають впливу тютюнового диму активно чи пасивно, зміни у функціональному стані чутливих рецепторів бронхів не залежать від функціональної активності щитовидної залози.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ ГЛУТАТІОНТРАНСФЕРАЗ Т1, М1

Безруков Л.О., Іванова Л.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Бронхіальна астма (БА) – типове мультифакторне захворювання, в основі якого лежить складний характер взаємодії генетичних та факторів зовнішнього середовища. Враховуючи еколого-токсикологічну основу розвитку багатьох мультифакторних захворювань, в тому числі БА, представляється доцільним вивчення причетності генів, патологічні ефекти яких на фенотиповому рівні проявляються при впливі факторів хімічної природи. До таких генів належать гени ферментів біотрансформації ксенобіотиків і, зокрема, глутатіон-S-трансферази.

З метою вивчення впливу поліморфних варіантів генів глутатіонтрансфераз Т1 та М1 (GSTT1 та GSTM1) на формування різних фенотипів бронхіальної астми у дітей шкільного віку 150 хворим, що перебували на лікування в пульмо-алергологічному відділенні обласної дитячої лікарні м. Чернівці, проведено молекулярно-генетичне дослідження делеційного поліморфізму цих генів методом полімеразно-ланцюгової реакції. Середній вік дітей становив $11 \pm 0,4$ років, серед обстежених – 76,4% хлопчиків.

Встановлено, що генотип GSTT1+ GSTM1+ зареєстровано у 69 (46%) дітей, GSTT1- GSTM1+ у 19 (12,7%) пацієнтів, GSTT1+ GSTM1- у 48 (32,0%) хворих та комбінація GSTT1- та GSTM1- у 14 (9,3%) обстежених нами пацієнтів.

При вивченні частоти асоціації делеційного поліморфізму генів глутатіонтрансфераз Т1 та М1 у дітей з різними фенотипами БА доведено, що асоціація генотипів GSTT1- та GSTM1+ найбільш часто реєструється при астмі фізичної напруги, еозинофільній та гіперреактивній формі захворювання. Приблизно з однаковою частотою зустрічається комбінація генотипу GSTT1+ та GSTM1- у хворих на астму пізнього початку, фізичного навантаження та атопічну. Наявність делеційного поліморфізму генів GSTT1 та GSTM1 найбільш часто реєструвалась при гіперреактивній, тяжкій та еозинофільній формі захворювання.

Крім того, встановлено, що асоціація делеційного поліморфізму генів GSTT1 та GSTM1 у хворих з тяжкою (13,9%) та гіперреактивною (14,2%) БА зустрічалась вірогідно частіше, ніж у їх однолітків, що хворіють на негіперреактивну та середньотяжку астму – 3,6% та 5,6% відповідно ($p < 0,05$).

Таким чином, за різних фенотипів бронхіальної астми у дітей шкільного віку найбільш часто зустрічався генотип GSTT1+ GSTM1+ та GSTT1+ GSTM1-. Делеційний поліморфізм генів GSTT1 та GSTM1 хоча і зустрічався лише у 9,3% обстежених нами пацієнтів, найбільш часто був зареєстрований у хворих на тяжку та гіперреактивну БА.

Отримані нами результати дозволяють стверджувати, що виділення окремих генотипів серед хворих з різними фенотипами БА дозволить прогнозувати подальший перебіг захворювання та розробити індивідуалізовані підходи до лікування.

ДИНАМІКА ПІДЛІТКОВОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НЕФРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Безрук В.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Аналіз здоров'я дитячого населення окремих вікових груп свідчить про сучасні особливості динаміки захворюваності та поширеності захворювань. Темпи зростання поширеності та захворюваності дітей підліткового віку випереджають показники інших вікових категорій (Р.О. Моїсєєнко, 2009).

За 2005-2009 рр. в структурі дитячої захворюваності відбулося збільшення захворюваності на хвороби сечостатевої системи у дітей від 0 до 18 років – з 29,8 до 30,3 на 1000 дітей (температура приросту – +0,7%) і поширеності – з 55,4 до 56,6 на 1000 дітей (+2,2%). (Г.О.Слабкий та співавт., 2009).

Впродовж 2005-2009 років в Україні реєструвалося збільшення захворюваності серед підлітків на 19,0% (у 2005 р. – 9113,8 на 10 тис. відповідного населення проти 11251,4 на 10 тис. відповідного населення у 2009 р.), а рівень поширеності хвороб зріс на 16,1%.

У 2009 р. питома вага захворюваності на хвороби сечостатевої системи у підлітків складала 4,6% (513,1 на 10 тис. відповідного населення) та 5,20% (1023,0 на 10 тис. відповідного населення) у структурі поширеності.

Серед нозологічних форм ураження сечостатевої системи у дітей підліткового віку особливої уваги педіатрів та нефрологів вимагають показники захворюваності інфекціями нирок (33,2 на 10 тис. відповідного населення – 2009 р.) та гострим гломерулонефритом (1,8 на 10 тис. відповідного населення – 2009 р.).

Отже, за останні роки стан здоров'я підліткового населення України характеризується прискореними темпами зростання поширеності та захворюваності в цілому та нефрологічної патології зокрема. Організація профілактичної роботи та спеціалізованої нефрологічної допомоги в даній віковій групі дітей повинна враховувати ці особливості.

СТРУКТУРА СЕРЦЕВОГО РИТМУ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНО-ГЕМОРАГІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Безкаравайний Б.О.1, Соловйова Г.О.1, Репіна Г.І. 2, Камінська Д.В.2, Вьющенко О.В.2

1ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

2Міський пологовий будинок, м. Луганськ

Несприятливі умови внутрішньоутробного розвитку, перинатальне ураження центральної нервової системи (ЦНС) у недоношених новонароджених впливають на серцевий ритм.

Мета роботи: вивчити структуру ритму серця недоношених новонароджених з гіпоксично-геморагічним ураженням ЦНС.

Обстежено 65 недоношених новонароджених з гіпоксично-геморагічним ураженням ЦНС, які знаходилися на лікуванні у неонатальному центрі м. Луганська. Гестаційний вік склав від 25 до 34 тижнів. Маса тіла при народженні коливалася від 800 до 2300 грамів. Однобічний внутрішньошлунковий крововилив (ВШК) I – II ступеня було виявлено у 37 дітей. Двобічний ВШК I – III ступеня мав місце у 28 дітей. Діти були поділені на дві групи. У першу групу включені 47 новонароджених, які після народження отримували оксигенотерапію. Другу групу склали 18 новонароджених, котрі виходжувалися без оксигенотерапії. Основним методом обстеження було добове моніторування за Холтером, що проводили на апаратно-програмному комплексі «Кардіотехніка 04-8М» (ЗАТ «Инкарт», Санкт-Петербург, Росія). Реєстрували 3 канали ЕКГ із системою відведень – V4M, Y, V6M, а також канал реопневмограми в одному відведенні. Розрахунок здійснювався програмою «КТ Result 2», статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням Microsoft Excel версія 7,0. Проведений аналіз результатів 24-годинного моніторування електрокардіограми за Холтером виявив, що в структурі аритмій переважали гетеротопні порушення утворення імпульсу. У дітей I групи в 80,85% реєструвалися суправентрикулярні екстрасистолі, переважно під час сну, у немовлят II групи – в 66,67%, більш частіше при неспанні. Шлуночкові екстрасистолі виявлені в дітей обох груп – в 31,91% у немовлят, котрі отримували кисень та в 33,3% у дітей, що виходжувалися без оксигенотерапії. З номотопних порушень утворення імпульсу реєструвалися синусова тахікардія та міграція суправентрикулярного водія ритму частіше у немовлят I групи (59,57% та 36,17%) в порівнянні з новонародженими II групи – 44,45% та 22,22%, відповідно. Серед порушень провідності переважала атріовентрикулярна блокада I ступеня, яка більш ніж у 5 разів частіше зустрічалася у дітей, котрі отримували кисень – 61,11% в порівнянні з немовлятами, котрі його не отримували – 11,10%, причому максимальна тривалість впродовж доби відзначена в новонароджених I групи (17 годин 31 хвилини). Клінічно значущі (більш 1000 мс) паузи ритму, обумовлені наявністю синоатріальної блокади II-III ступеня, мали місце у 18 немовлят (38,29%) I групи й у 6 дітей (33,32%) II групи, максимальна тривалість RR-інтервала склала 2146 мс та 1385 мс, відповідно. Слід зазначити, що ці паузи в обстежених недоношених дітей мали безсимптомний характер.

Таким чином, у новонароджених з гіпоксично-геморагічним ураженням ЦНС, котрі отримували кисень, частіше реєструються номотопні та гетеротопні порушення утворення імпульсу та провідності, що свідчить про більш виражену електричну нестабільність міокарда в порівнянні з дітьми, котрі після народження не потребували проведення оксигенотерапії. Це може бути пов'язане з важким гіпоксичним ушкодженням клітин-пейсмейкерів та провідної системи серця. Таким чином, характеристика порушень серцевого ритму є чутливим маркером глибини порушення кардіальної дезадаптації недоношених новонароджених з гіпоксично-геморагічним ураженням головного мозку і може бути використана із прогностичною метою.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЕОЗИНОФІЛІВ КРОВІ ДЛЯ ВЕРИФІКАЦІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ РАНЬОГО ПОЧАТКУ

Белашова О.В., Власова О.В., Липованчук О.А. 1

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

1 Міська дитяча клінічна лікарня, м.Чернівці

Враховуючи те, що серед багатьох клітин алергічного запалення суттєву роль відіграють еозинофільні гранулоцити крові, метою роботи стало визначення діагностичної значущості метаболічної активності даних лейкоцитів у верифікації бронхіальної астми раннього початку у дітей з першими проявами бронхообструктивного синдрому. Першу (I, основну) клінічну групу сформували 90 дітей віком від 1 до 3-х років із діагнозом бронхіальної астми, що був підтверджений ретроспективно із залученням провідних спеціалістів ОДКЛ №1, м. Чернівці та співробітників кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб БДМУ. У групу порівняння (II) увійшли 55 дітей відповідного віку із обструктивним бронхітом. У дітей основної групи відмічено зниження показників стимульованого НСТ-тесту еозинофілів крові по відношенню до хворих групи порівняння ($0,1 \pm 0,03$ та $0,2 \pm 0,03$ відповідно, $p < 0,01$). Враховуючи ці зміни, визначено резерв киснезалежного метаболізму еозинофільних гранулоцитів крові (різниця між показниками стимульованого та спонтанного НСТ-тесту), який при позитивних значеннях вказує на збереження можливостей посилення «респіраторного вибуху», а при негативних – свідчить про їх виснаження. Негативний резерв оксидазної мікробіцидності еозинофільних клітин виявлений у $87,0 \pm 3,3\%$ хворих I групи, та – лише у $19,0 \pm 5,0\%$ хворих групи порівняння ($p < 0,01$). Показники діагностичної цінності наявності негативного резерву киснезалежного метаболізму еозинофілів крові у виявленні бронхіальної астми раннього початку виявились наступними: чутливість – $88,6\%$, специфічність – $79,4\%$, передбачувана цінність позитивного результату – $86,6\%$, негативного – $82,1\%$, атрибутивний ризик – 59% , відносний – $4,3$ (95%ДІ) [2,6-5,6]. Також виявлене суттєве зниження вмісту катіонних білків та зменшення рівня активності пероксидази в еозинофільних лейкоцитах крові у хворих на бронхіальну астму по відношенню до дітей з обструктивним бронхітом. Діагностична цінність одночасної оцінки показників внутрішньоклітинного вмісту еозинофільних катіонних білків ($< 1,4$ у.о.) та пероксидази ($< 1,7$ у.о.) щодо виявлення бронхіальної астми в дітей раннього віку виявилась наступною: чутливість – $78,4\%$, специфічність – $83,4\%$, позитивна передбачувана цінність – $69,2\%$, негативна передбачувана цінність – $79,3\%$, атрибутивний ризик – $38,0\%$, відносний – $2,4$ (95%ДІ) [1,6-2,7].

Таким чином, наявність негативного резерву еозинофілів крові та зниження внутрішньоклітинного вмісту в цих клітинах катіонних білків ($< 1,4$ у.о.) та пероксидази ($< 1,4$ у.о.) можна використовувати разом з іншими клінічно – параклінічними показниками для верифікації бронхіальної астми раннього початку при перших епізодах бронхообструктивного синдрому у дітей.

ЙОДНА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ВАГІТНИХ, МАТЕРІВ-ГОДУВАЛЬНИЦЬ ТА ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Белих Н.А., Маменко М.Є., Шлеєнкова Г.О., Карпенко Л.І.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

Підтримка тиреоїдного гомеостазу у дітей залежить від надходження до організму йоду з харчуванням. Адекватне йодне забезпечення дитини в антенатальному періоді та ранньому віці визначає подальший нормальний розвиток когнітивних функцій. Норма вживання йоду складає від 90 мкг/добу у дітей дошкільного віку до 250 мкг/добу у вагітних та матерів-годувальниць.

Мета: оцінити йодну забезпеченість вагітних, матерів-годувальниць та дітей грудного віку в Луганській області.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 1052 жінок під час вагітності та лактації. Визначали екскрецію йоду з сечею у всіх вагітних, 120 матерів та їх дітей ($n=120$) у першому півріччі життя (методом Sandell-Koltkoff) в умовах лабораторії Державної установи «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка» з подальшим розрахунком медіани. Збір сечі у дітей проводили з використанням «rad method». Концентрацію йоду в грудному молоці ($n=46$) визначали після попередньої обробки зразків (осаджування білків 1% розчином фтороцтової кислоти та наступного центрифугування) церій-арсенітовим методом в умовах Центральної науково-дослідної лабораторії Донецького Національного медичного університету ім. М. Горького. Обробку результатів проводили з розрахунком параметричних і непараметричних критеріїв.

Результати дослідження. Низька частота застосування індивідуальної йодної профілактики (ЙП) під час гестації (у $25,6\%$ обстежених) відбилася на йодному забезпеченні матері та плода: медіана йодурії у вагітних склала $78,2$ мкг/л (при нормі ≥ 150 мкг/л), під час лактації – $91,2$ мкг/л (при нормі ≥ 100 мкг/л). Частота неонатальної гіпертиреотропінемії за результатами неонатального скринінгу на вроджений гіпотиреоз склала $20,6\%$ та відповідала помірному ступеню йододефіциту за критеріями ВООЗ (2007 р.). Медіана йодурії відповідала нормі лише у $14,2\%$ вагітних та $16,2\%$ матерів-годувальниць.

Концентрація йоду в грудному молоці також не досягала нижньої межі норми ($88,3 \pm 8,0$ мкг/л, $Me=76,0$ мкг/л), нормальний вміст йоду (> 100 мкг/л) встановлений у $26,2\%$ зразків.

Медіана йодурії у дітей, які перебували на виключно грудному вигодовуванні, склала $82,9$ мкг/л. Лише у $36,8\%$ випадків показник відповідав нормі. Поряд з цим, у дітей, які вживали дитячі молочні суміші, збагачені йодом (100 мкг йоду на 1 л готового продукту), медіана йодурії склала $268,0$ мкг/л, нормальний рівень йодурії мали $94,5\%$ дітей.

Висновки. Медіана йодурії у обстежених вагітних, матерів-годувальниць та дітей, які перебувають на виключно грудному вигодовуванні, свідчить про недостатню забезпеченість мікронутрієнтом. З метою профілактики негативного впливу йодного дефіциту на інтелектуальний розвиток дитини доцільно застосовувати індивідуальну ЙП шляхом призначення препаратів калію йодиду матерям під час гестації та лактації, а також дітям, які перебувають на виключно грудному вигодовуванні (лактаційна профілактика). Для підвищення мотивації матерів щодо необхідності проведення ЙП, необхідно підвищувати інформованість населення про негативний вплив йододефіциту на стан здоров'я дітей.

СИНДРОМ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ ЗАЛІЗОМ У ДІТЕЙ З ХГС (МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ)

Березенко В.С., Мостовенко Р.В., Диба М.Б.

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

Мета: дослідити клініко-параклінічні та молекулярно-генетичні особливості хронічного вірусного гепатиту С у дітей з синдромом перевантаження залізом.

Об'єкт і методи дослідження: досліджено показники обміну заліза у 95 дітей з ХГС (феритин – ФРН, залізо сироватки – ЗС, трансферин – ТРН, коефіцієнт насичення трансферину залізом – КНТ). ЗС і ТРН в сироватці крові визначали загальноприйнятими уніфікованими методами з використанням наборів реактивів «Філіт діагностика», м. Дніпропетровськ; ФРН в сироватці крові – імунотурбодиметричним методом з використанням реактивів Randox (Великобританія), КНТ розраховували за формулою: $\text{КНТ} = \text{ЗС}/\text{трансферин} \times 3,98$. Молекулярно-генетичне дослідження на носійство мутації С282У та Н63Д гена гемохроматоза HFE проведено хворим з синдромом перевантаження залізом (підвищений рівень феритину, ЗС та КНТ), з використанням набору (С282У, Н63С, S65С) ЗАО «СИНТОЛ» (Росія) та набору «Wizard Genomic DNA Purification Kit», «Promega» (США). Високочастотне УЗД (7,5 мГц) та доплерометричне дослідження кровотоку в печінкових венах проведено 95 хворим.

Результати. Синдром перевантаження залізом (СПЗ) встановлений у 11 з 95 дітей з ХГС (11,6 %). Середній вік дітей з СПЗ ($12,6 \pm 3,5$) років та тривалість захворювання (77,8 міс; 42,5 – 113,0 міс) не відрізнялись від групи дітей без СПЗ ($10,9 \pm 4,5$) та (77,9 міс; 65,1 – 90,7 міс) відповідно. В групі дітей з СПЗ 3 генотип вірусу встановлений у 54,5 % хворих, а у дітей без СПЗ – лише у 20 %, ($\chi^2 = 13,4$; $p < 0,05$). Середня кількість ФРН в сироватці крові у дітей з СПЗ становила 83,8 нг/мл (56,7 – 110,9), у дітей без СПЗ – 62,7 нг/мл (49,1 – 76,4), $p > 0,05$; в той же час кількість ЗС (26,9; 25,4 – 28,4 мкмоль/л) та КНТ (44,0; 40,4 – 47,5 %) були вірогідно вищими у дітей з СПЗ, ніж без СПЗ (14,4; 13,2 – 15,5 мкмоль/л) та КНТ (20,4; 18,6 – 22,2 %) відповідно, $p < 0,05$. Гіпертрансаміназемія була діагностована у 72,7 % дітей з СПЗ, та 58,9 % дітей без СПЗ ($\chi^2 = 0,8$; $p > 0,05$). Двофазний спектр кровотоку в сегментарних гілках печінкових вен був виявлений у 45,5 % дітей з СПЗ та у 16,8 % дітей без СПЗ ($\chi^2 = 5,1$; $p < 0,05$); а однофазний спектр – у 27,3 % дітей з СПЗ та у 4,2 % без СПЗ, ($\chi^2 = 8,5$; $p < 0,05$).

У 2 дітей (18,2%) з СПЗ виявлена мутація С282У в HFE. Носії мутантного гена були гетерозиготами (С282У/WT) і не мали клінічних ознак хвороби. Кількість феритину в сироватці крові у цих дітей становила 90 нг/мл та 84 нг/мл, а КНТ 44% та 45%.

Таким чином, у дітей з ХГС синдром перевантаження залізом не пов'язаний з наявністю мутантних генів, а визначається з найбільшою ймовірністю фактом вірусу та іншими факторами хазяїна. У таких хворих на відміну від дітей з ХГС без даного синдрому частіше зустрічався 3 генотип вірусу, а за даними доплерографічного дослідження змінювався спектр кровотоку в печінкових венах, що є свідченням більш виразного фіброзу печінки.

ЕХОГРАФІЧНІ ПРОЯВИ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С

Березенко В.С., Мостовенко Р.В., Тарасюк Б.А.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»,

ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», м.Київ

Темпи прогресування хронічного захворювання печінки, в тому числі і хронічного вірусного гепатиту С (ХГС) визначаються швидкістю формування фіброзу печінки. Стандартом для визначення стадії фіброзу на сьогодні залишається пункційна біопсія печінки. Однак, існуючі ризики при її проведенні та негативне ставлення пацієнтів і їх батьків до цієї маніпуляції значно обмежують кількість хворих, яким вона проводиться. Сьогодні для діагностики стадії фіброзу все ширше використовуються неінвазивні методи: ультразвукові (апарат FIBROSCAN, оцінка артеріо-портального співвідношення), діагностичні шкали (Fibrotest, FibroMax та ін.). Однак еластографія в Україні ще не набула широкого застосування з цілого ряду соціально-економічних причин, а діагностичні шкали, які використовуються у діагностиці захворювань печінки, у більшості своїй не валідизовані для дитячого віку. Рутинне ультразвукове дослідження (УЗД) печінки з використанням датчиків 3,5 – 5 МГц для оцінки виразності фіброзу малоінформативне. Використання високочастотних датчиків при УЗД печінки дозволяє визначити мінімальні прояви фіброзу саме в поверхневих шарах печінкової тканини.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості фіброзу печінки у дітей з ХГС шляхом застосування ультразвукових та доплерографічних досліджень печінки високочастотними датчиками.

Об'єкт та результати дослідження. Ультразвукове та доплерографічні дослідження печінки з використанням високочастотних датчиків проведено у 80 дітей 5 – 17 років хворих на ХГС. Середня тривалість захворювання у обстежених складала $5,5 \pm 2,6$ року. У переважній більшості дітей мав місце неактивний, або мінімально активний гепатит – 87,5%. 1 генотип вірусу був виявлений у 75 % дітей, у решти діагностований 2 та 3 генотип вірусу гепатиту С.

Високочастотне ультразвукове сканування дозволило виявити ознаки, характерні для склеротичних процесів (зміна товщини та контуру глісонової капсули, гіперехогенні структури різної форми). У 75,0 % хворих з ХГС при високочастотному скануванні встановлено ущільнення глісонової капсули, а у 30,0 % переважно з активним гепатитом в анамнезі та тривалістю захворювання більше 5 років її помірне потовщення до 0,7 – 0,8 мм та дифузне нерівномірне підвищення ехогенності паренхіми за рахунок ехопозитивних утворень у вигляді трикутників та тубулярних структур діаметром до 2 мм в середньому від 6 до 10/смІ. Ми не виявили чіткої залежності кількості ехопозитивних тубулярних структур в паренхімі печінки від генотипу вірусу та активності процесу, однак у дітей з низькою активністю гепатиту (рівень АЛТ $>3 < 5$ норм) їх візуалізація була більш чіткою. У 40 % дітей з тривалістю хвороби більше 6 років кількість таких структур на одиницю площі була дещо більшою 8-10. Допплерографічне дослідження спектра кровотоку в печінкових венах різного порядку показав, що у 42,5% дітей ХГС з незалежно від генотипу вірусу у сегментарних і лобулярних печінкових венах мала місце зміна спектра кровотоку з трифазного на однофазний – 12,5 % та двофазний – 30 %, що є свідченням ущільнення паренхіми печінки, та може опосередковано відображати ступінь фібротичних змін в печінці.

Таким чином, для оцінки виразності фібротичних змін в печінці у дітей з ХГС доцільним є проведення високочастотного сканування. Ультразвуковими критеріями фіброзу у таких дітей є щільність та товщина глісонової капсули, кількість ехопозитивних утворень на смІ. Використання цього методу дозволяє визначити ранні прояви фіброзу та може використовуватись як критерій оцінки ефективності лікування ХГС.

КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

Боброва В.І., Кошова А.О., Воробієнко Ю.І., Вороніна С.С., Гурьєва О.В., Белякова М.В.

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

Дитяча клінічна лікарня №9, м. Київ

Під нашим спостереженням було 89 дітей віком від 8 до 16 років з верифікованою хронічною гастродуоденальною патологією (ХГДП) в періоді загострення, які надійшли на стаціонарне лікування у дитячу клінічну лікарню № 9 м. Києва. В залежності від віку діти були розподілені на 3 групи спостереження: 20 (22,4%) дітей віком 8-10 років, 45 (50,5%) віком 11-13 років та 24 (27,1%) дитини віком 14-16 років.

При оформленні до стаціонару усі хворі скаржилися на біль в надчеревній ділянці, виразність і інтенсивність його була різною: від короткочасного нападоподібного до неінтенсивного ниючого. Частота проявів больового, диспептичного та астеновегетативного синдромів в різних вікових групах хворих відрізнялася лише по виразності диспептичного синдрому. Аналізуючи прояви диспептичних симптомів залежно від віку дітей можна відзначити, що нудота була провідним клінічним симптомом у 45% дітей 8-10 років, печія частіше (37,8%) турбувала дітей віком 11-13 років, симптом блювоти був більш характерним (33,3%) для дітей 14-16 років. Під час пальпації живота у всіх хворих виявляли локальну болісність в епігастральній і у пілородуоденальній ділянках.

Для верифікації діагнозу всім дітям проводили фіброзофагогастродуоденоскопію верхніх відділів травного каналу. Аналіз отриманих результатів показав, що незалежно від віку дітей у переважній більшості відмічали еритематозні зміни слизової шлунка (СОШ) та СО дванадцятипалої кишки (ДПК). Деструктивні ураження СО ДПК були виявлені у більшості дітей (41,7%) 14-16 років: виразкова хвороба у 29,2% хворих, ерозивні зміни СОШ — у 8,3% пацієнтів, ерозивні зміни СО ДПК у 4,2% — дітей.

Всім 89 дітям за допомогою інтрагастральної рН-метрії була проведена оцінка рівня базальної кислотності. Аналіз результатів базальної кислотності залежно від віку свідчив про те, що серед пацієнтів всіх вікових категорій частіше зберігається нормаацидність: у дітей 8-10 років (55%), 11-13 років — у 64,4% хворих, 14-16 років — у 41,7% пацієнтів. Гіперацидний стан базальної секреції був у більшості дітей (33,3%) 14-16 років, а гіпоацидність визначена у 35% хворих віком від 8 до 10 років.

Таким чином, зіставлення даних клініко-інструментального обстеження залежно від віку дітей виявило багато спільного в обстежуваних групах. На наш погляд, ниючий характер больового синдрому і ступінь виразності диспептичного синдрому зумовлені глибиною ураження СОШ і ДПК та ритмами кислотопродукції. Отримані дані дають можливість припустити, що перебіг ХГД у більшості хворих відбувається на фоні зниженої цитопро-текторної функції шлунка та ДПК. Вказані вікові періоди слід розглядати як критичні щодо стану базальної кислотності і необхідно враховувати для диференційованого підходу до призначення антисекреторних препаратів.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПАЛЯТЬ

Боброва В.І., Воробієнко Ю.І., Кошова А.О., Вороніна С.С., Белякова М.В., Гур'єва О.В.

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

Дитяча клінічна лікарня №9, м. Київ

В структурі захворювань органів гастродуоденальної зони до 54% займає хронічний гастрит та гастродуоденіт. До етіологічних факторів цих захворювань відносять: спадково-конституційний фактор, нераціональне харчування, ульцерогенну дію ліків, психоемоційне перевантаження, шкідливі звички (вживання алкоголю, тютюнопаління, в тому числі і пасивне). За даними МОЗ, в Україні майже 11,5 мільйона активних курців. Поширеність тютюнопаління серед підлітків старше 12 років в 2007р. становила 24,9% та неухильно зростає, тому доцільним є вивчення впливу цього несприятливого чинника на стан здоров'я дітей та особливості перебігу у них гастродуоденальної патології.

Під нашим спостереженням було 97 дітей віком від 8 до 17 років з верифікованою хронічною гастродуоденальною патологією (ХГДП) в періоді загострення, які надійшли на стаціонарне лікування у дитячу клінічну лікарню № 9 м. Києва. Пацієнти були розподілені на 2 групи спостереження: I група — 57 дітей (59,8%), що не палять і II група — 40 хворих (41,2%) активних курців.

При оформленні до стаціонару усі хворі скаржилися на біль в надчеревній ділянці, виразність і інтенсивність його була різною. В I групі дітей переважав інтенсивний, нападоподібний біль (42,1%). У II групі спостереження больовий синдром частіше був неінтенсивний, ниючого характеру (57,9%). Аналізуючи прояви диспептичних симптомів залежно від тютюнопаління можна відзначити, що нудота в I групі пацієнтів спостерігалась частіше (52,6%), а печія була провідним симптомом у дітей II групи спостереження (36,4%). Під час пальпації живота у всіх хворих виявляли локальну болісність в епігастральній і в пілородуоденальній ділянках.

Для верифікації діагнозу всім дітям проводили фіброзофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС) верхніх відділів травного каналу. Аналіз отриманих результатів показав, що незалежно від групи спостереження у більшості дітей були діагностовані еритематозні зміни слизової оболонки шлунка (СОШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК). Гіпертрофічні зміни СОШ були відмічені лише у пацієнтів II групи спостереження (36,4%). Виразкові зміни слизової оболонки ДПК були діагностовані лише у 26,3% хворих I групи спостереження.

Всім дітям за допомогою інтрагастральної рН-метрії була проведена оцінка рівня базальної кислотності. Аналіз результатів базальної кислотності свідчив, що серед пацієнтів частіше зберігається нормальна кислотоутворююча функція шлунка (42,1% і 45% відповідно I і II групи). За даними уреазного та серологічного методів дослідження контамінацію хелікобактерної інфекції частіше діагностували у дітей, які палять (72,7%), а в I групі спостереження цей показник становив 52,6%.

Таким чином, зіставлення даних клініко-інструментального обстеження свідчить про доцільність вивчення впливу тютюнопаління на формування ХГДП та розроблення диференційованих підходів до її лікування.

ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ГОРМОНОМ РОСТУ У ДІТЕЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВІКУ З СОМАТОТРОПНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ОСНОВІ БАЗАЛЬНИХ АУКСОЛОГІЧНИХ ТА РОСТОВИХ ПОКАЗНИКІВ З УРАХУВАННЯМ РОСТОВОЇ ВІДПОВІДІ

Большова О.В., Лукашук І.В.

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

У дітей з соматотропною недостатністю (СН) спостерігають різну ростову відповідь (РВ) на терапію рекомбінантним гормоном росту (рГР), яка залежить від дози препарату, віку дитини на початок терапії, її генетичних та індивідуальних особливостей. РВ дитини на лікування рГР є результатом інтегрованого балансу між секрецією гормону росту (ГР) та реакцією тканин її на ГР. У дітей з дефіцитом ГР ростова відповідь визначає низький ступінь реактивності організму на ГР, тому прогнозування РВ є важливим інструментом для вивчення причини варіабельності її та індивідуалізації лікування рГР.

Відсутні систематизовані дані щодо ефективності терапії препаратами рГР, не визначені предиктори ефективності лікування дітей препубертатного віку з СН. 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, а ефективність терапії у частини дітей низька.

Завданням нашого дослідження було створення прогностичної таблиці для передбачення РВ на терапію рГР у дітей препубертатного віку з СН на основі базальних ауксологічних та ростових показників.

На початок терапії рГР виникла необхідність за наявними предикторами РВ розрахувати передбачувану РВ на терапію рГР, оскільки РВ за перші два роки лікування забезпечує основне збільшення зросту, що визначає ефективність терапії рГР. Для прогнозування ефективності лікування соматотропною недостатністю препаратами рГР у дітей препубертатного віку ми використали метод послідовного аналізу Вальда А. та алгоритми Гублера Є.В.

У 150 дітей препубертатного віку з СН (max пік ГР < 10 нг/мл), вивчили РВ за 1-й та 2-й рік на терапію рГР в дозі 0,033 мг/кг/добу за показниками швидкості росту та у співставленні з базальними ауксологічними та ростовими показниками. Проаналізували всі базальні ауксологічні та ростові показники з урахуванням РВ за 1-й рік лікування препаратом рГР: низька < 8 см (n=35), і висока > 8 см (n=115). Аналіз величини інформативності базальних ауксологічних та ростових показників у 115 дітей з високою РВ дозволив віднести до найінформативніших 9 предикторів. Для них розраховали прогностичні коефіцієнти і на цій основі створили бальну прогностичну таблицю передбачення РВ на терапію рГР у дітей препубертатного віку з СН. Прогностична таблиця базується на доступних і інформативних предикторах для передбачення ростової відповіді на терапевтичну дозу рГР.

Провели перевірку прогностичної таблиці і встановили 90,7% правильних відповідей, число помилкових відповідей склало 3,9%, кількість не визначених відповідей (5,4%).

Таким чином, завдяки створеній та апробованій прогностичній таблиці передбачення високої РВ на терапію рГР у дітей з СН стало можливим виявляти дітей з високим ризиком низької ростової відповіді, що дозволяє своєчасно оптимізувати лікування ще на його початку.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСІВ ТЕРАПІЇ ПРИ СИСТОЛІЧНІЙ ДИСФУНКЦІЇ МІОКАРДА У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Богмат Л.Ф., Рак Л.І., Головка Т.О., Ахназарянц Е.Л., Молева В.І.

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

Адекватне патогенетичне лікування хворих із будь-якою патологією серця та субклінічними ознаками систолічної дисфункції міокарда сьогодні розглядається як первинна профілактика розвитку хронічної серцевої недостатності (ХСН). Це зумовлено прогресуючим характером перебігу ХСН та майже 7 % частотою щорічного переходу латентної стадії ХСН у застійну. Водночас відсутні конкретні рекомендації для дітей і підлітків із початковими стадіями хронічної серцевої недостатності (ХСН) та систолічною дисфункцією міокарда. У зв'язку з цим метою дослідження стало вивчення впливу терапії на морфофункціональні параметри серця та показники систем регуляції (симпто-адреналової, ренін-ангіотензин-альдостеронової, варіабельності серцевого ритму (ВСР), прозапальних цитокінів ІЛ-1 β , ІЛ-6, ФНП α) й визначення оптимальних комплексів лікування дітей із систолічною дисфункцією міокарда.

Проаналізовано результати лікування 58 дітей 12-18 років з патологією міокарда запального (міокардит в анамнезі) та незапального генезу (дисплазія сполучної тканини серця, порушення ритму) за 1-1,5 року спостереження. 27 хворих із субклінічною ХСН (фракція викиду лівого шлуночка – ФВ в межах від 40 до 55%) отримували терапію інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ), в окремих випадках разом з β -блокаторами. Діти з граничним зниженням ФВ (55 – 60 %) отримували: 11 хворих – іАПФ, а 20 – курси кардіометаболічних препаратів (триметазидін, тіотриазолін, кардонат, мілдронат) 1-2 рази на рік.

Терапія іАПФ призводила до покращення систолічної функції серця (ФВ, % Δ S, $pX2<0,05$) та параметрів гемодинаміки (підвищення ударного, хвилинного об'ємів ($pX2<0,05$), зниження загального периферичного опору судин ($pX2<0,001$)) у дітей із субклінічними ознаками ХСН та з помірним зниженням ФВ. Відбувалися також позитивні зміни нейрогуморальних показників: достовірно знижувалися рівні екскреції адреналіну й норадреналіну з сечею ($pX2<0,01$), рівні ангіотензину-II, альдостерону ($pX2<0,05$), ІЛ-1 β ($pX2<0,001$) та ФНО α ($pX2<0,01$) в крові. На тлі кардіометаболічної терапії відмічено подальший зсув гемодинамічних співвідношень у бік гіпокінетичного типу кровообігу, підвищення екскреції катехоламінів ($pX2<0,001$) й рівня ангіотензину-II плазми ($pX2<0,05$). В третини пацієнтів із початковими ознаками ХСН констатовано значне переважання тону симпатичної нервової системи у денні та підвищення його в нічні часи. На тлі терапії іАПФ достовірно знижувалась частота екстрасистолії та подовженого інтервалу QT ($p<0,05$), проте суттєвих змін показників як часових, так і частотних характеристик спектра не спостерігалось. Вірогідно, це пов'язано з відсутністю значущого зниження ВСР у дітей з систолічною дисфункцією міокарда, яке визначає несприятливий прогноз при застійній ХСН. Кардіометаболічна терапія також істотно не впливала на показники ВСР.

Отже, дітям із патологією міокарда, які мають ознаки дезадаптивного ремоделювання серця із зниженням його функціональної здатності на тлі активації нейрогуморальних систем показана терапія засобами, ефективність яких при ХСН доведена багатоцентровими дослідженнями. Дітям із субклінічною ХСН або при наявності ознак ремоделювання серця разом із граничним зниженням ФВ показано призначення препаратів патогенетичної дії, які здійснюють блокаду нейрогуморальної активації і попереджають прогресування ХСН (іАПФ та β -адреноблокатори). Дітям із граничним зниженням ФВ при відсутності ознак ремоделювання можливо курсове призначення препаратів кардіометаболічної дії з контролем морфофункціональних параметрів серця через 4-6 місяців.

СПЕКТР СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПЕРСИСТУВАЛЬНОЮ РЕСПІРАТОРНОЮ АЛЕРГІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Богуцька Н.К., Гарас М.Н., Колюбакіна Л.В., Власова О.В.

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Метою дослідження було здійснити оцінку такої компоненти атопії, як сенсibilізація до найпоширеніших алергенів у дітей із цілорічним алергійним ринітом (АР) із супутньою бронхіальною астмою (БА), або без неї.

Гіперчутливість до 18 кліщових, епідермальних, грибкових і комашиного алергену таргана, що здебільшого зумовлюють цілорічні клінічні прояви, а також пилоквих (трави, дерева) алергенів, причинно значущих для сезонної маніфестації алергії, вивчена за даними шкірних прик-тестів (Stallergenes, Stallerpoint) паралельно із визначенням вмісту специфічних IgE сироватки крові (радіоалергосорбентний тест ImmunoCAP Specific IgE 0-100 з мінімальним рівнем визначення 0,1 kU/l) в 35 дітей шкільного віку з цілорічним алергійним ринітом, 18 із яких хворіли і на персистувальну бронхіальну астму.

У 35% пацієнтів виявлено наявність сенсibilізації лише до однієї групи алергенів, зокрема у 5% – до епідермальних алергенів kota і собаки, та в 30% – до кліщів домашнього пилу. У решти 55% дітей встановлено гіперчутливість щонайменше до одного з кліщів домашнього пилу та до однієї іншої групи досліджуваних алергенів. Зокрема, полісенсibilізація встановлена в 35% дітей до хоча б ще однієї групи алергенів, у 15% – до двох та в 5% – до всіх досліджуваних чотирьох груп алергенів. У дітей із гіперчутливістю до двох і більше груп алергенів виявлено істотно більший вміст IgE до *D.farinae* (відповідно 74,1±33,1 проти 37,7±40,5 kU/l, $p<0,04$), а також вищу лабільність бронхів після інгаляції сальбутамолу (46,6±9,5 проти 10,3±7,6%, $p<0,002$, відповідно). Рівень сенсibilізації виявився дуже високим (>17,5 kU/l) у 70% дітей до *D.pteronysinus* та у 75% пацієнтів до *D.farinae* (причому в 40% пацієнтів він перевищував 100 kU/l до хоча б одного з кліщів домашнього пилу), високим (>3,5 kU/l) – у 30% пацієнтів до алергену kota та в 15% – до алергену собаки, та слабо позитивним (>0,35 kU/l) до хоча б одного з грибків цвілі або алергену таргана – відповідно лише у 15% та 25% обстежених пацієнтів. У мешканців сільської місцевості рівень гіперчутливості до усіх грибків цвілі за даними IgE був істотно вищим. У половини дітей із персистувальним АР встановлено сенсibilізацію до хоча б одного алергену з групи дерев, трав або бур'янів. Найвищим серед алергенів пилку був рівень сенсibilізації до тимофіївки, причому за супутньої бронхіальної астми в дітей виявлено достовірно вищий рівень сенсibilізації до цього алергену. Не існувало залежності досліджуваної гіперчутливості від статі, віку, тривалості захворювання та грудного вигодування, наявності домашніх улюбленців, умов мешкання, вакцинного анамнезу, спірографічних показників.

Отже, в дітей шкільного віку із персистувальною респіраторною алергійною патологією найбільш значущою серед аероалергенів виявилась сенсibilізація до кліщів домашнього пилу *D.pteronysinus* та/або *D.farinae*, менше – до епідермальних алергенів домашніх тварин, та низькою – до цвілевих грибків.

«КАТАМНЕСТИЧНІ ПРОБЛЕМИ» НЕДОНОШЕНИХ НЕМОВЛЯТ – ПРОБЛЕМИ ГОДУВАННЯ

Больбот Ю.К., Мавропуло Т.К., Степаненко Т.І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Зі збільшенням кількості глибоконедоношених дітей великого значення набуває дослідження якості їх подальшого життя. Більше 70% дітей, народжених з гестаційним віком 28 і менше тижнів, мають довготривалі порушення соматичного та неврологічного стану, в тому числі порушення поведінки, труднощі годування (Thoyre S. M., 2007).

Вирішення проблеми становлення адекватного годування недоношених немовлят в неонатальних відділеннях має кілька етапів: вибір часу початку ентерального годування (мінімального трофічного годування), тактика розширення обсягу ентерального навантаження, подолання проблеми непереносимості ентерального годування, вибір субстрату ентерального харчування, збереження матір'ю грудного молока, забезпечення потреб дитини в період наздоганяючого росту, досягнення повного обсягу «корального годування» (годування соскою/груддю). Наступний етап (етап катамнестичного спостереження) вимагає вирішення проблеми функціональних гастроінтестинальних розладів та проблеми поведінкових порушень, пов'язаних з годуванням у недоношених немовлят.

Більш 40% дітей першого року життя з функціональними гастроінтестинальними розладами – це недоношені діти. До 6-и літнього віку вони мають в 3,6 раза частішу вірогідність таких порушень.

В другому півріччі життя у 20-55% недоношених дітей відмічають проблеми поведінки, пов'язані з процесом годування (відмова від їжі, «примхлива» поведінка під час їжі, тривалий час годування, відмова від твердої їжі). 68% дворічних недоношених дітей з проблемами досягнення повного обсягу ентерального годування в перші місяці життя мають низькі показники фізичного розвитку, а також порушення поведінки (гіперактивність, щоденні істерики). У віці чотирьох років 71% недоношених дітей мали проблеми з годуванням (вибіркова відмова від їжі, тривалі годування, «примхлива і роздратована» поведінка під час їжі). Доведено, що високий рівень материнської тривоги в неонатальному періоді є предиктором розвитку поведінкових проблем недоношеної дитини, в тому числі проблем годування (Thoyre S. M., 2007; Mathisen B., 2000, Ross E., 2009).

Згідно з нашими спостереженнями, в перші два роки життя різноманітні скарги на порушення поведінки під час їжі пред'являли більше 80% матерів дітей, народжених в гестаційному віці менше 30 тижнів. Ці труднощі, підвищуючи рівень тривоги матері відносно здоров'я дитини, вимушували її бути «гіперактивною» під час годування, тим самим поглиблюючи поведінкові порушення у дитини.

Напрямки вирішення проблеми поведінкових порушень недоношених немовлят та проблем з годуванням:

- на етапі неонатальних відділень – раннє залучення матері до процесу догляду та годування дитини (в тому числі і на етапі відділення інтенсивної терапії), формування «позитивного досвіду» орального годування у матері і дитини на всіх етапах його становлення, збереження лактації у матері;
- на етапі катамнестичного спостереження – підготовка сім'ї до передбачуваних проблем з годуванням, раннє виявлення та індивідуальна корекція цих проблем з залученням різних засобів, урахування постконцептуального віку та поведінкових особливостей матері і дитини при зміні характеру харчування.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Большот Ю.К., Калічевська М.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Більш ніж у половини дітей з бронхіальною астмою (БА) виявляється патологія верхніх відділів ШКТ. Ці захворювання негативно впливають на перебіг один одного. Традиційні методи лікування гастроудоденальної патології для пацієнтів з БА найчастіше виявляються недостатньо ефективними: тривалість ремісії коротка, симптоми швидко повертаються. Цьому сприяє тривалий прийом препаратів базисної терапії, наявність тканинної гіпоксії і періодичного підвищення внутрішньочеревного тиску у хворих на БА, а також наявність у певній кількості хворих алергічного компоненту запалення слизової оболонки ШКТ.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування пролонгованої цитопротекторної терапії у дітей з БА і супутньою патологією верхніх відділів травного тракту (ВВТТ). Обстежено 78 дітей з БА і супутньою патологією ВВТТ. Методом пар-копій пацієнтів розділили на 2 групи, порівняли за віком, тяжкістю БА і ступенем її контролю, а також за тривалістю і структурою патології ВВТТ. І групу склали 39 дітей, які додатково до стандартної терапії патології ВВТТ (кислотосупресія, ерадикаційна терапія (за потребою), пробіотики) з 2-го тижня лікування протягом 28 днів отримували сукральфат (по 0,5 г 4 рази на день). Групу порівняння склали 39 дітей, які отримували тільки стандартну терапію згідно з чинним протоколом МОЗ України – наказ МОЗУ № 438 від 26.05.2010 р. Тривалість катамнестичного спостереження склала 12 місяців, протягом яких визначалася наявність клініко-ендоскопічних ознак патології ВВТТ та показники контролю БА.

В І групі середня тривалість клініко-ендоскопічної ремісії склала $9 \pm 1,5$ місяця, у той час як в II – $6 \pm 2,6$ міс. Тільки 4 дітей (10,5%) І групи відзначали наявність диспепсичних розладів через місяць після закінчення лікування, в II групі – 8 (21%) дітей. Через 6 і 9 місяців клініко-ендоскопічна ремісія зберігалася відповідно у 32 (82%) і 28 (71,8%) дітей І групи і у 18 (46,2%) та 12 (30,8%) дітей II групи. Частота ерадикації *H. pylori* в I та II групах не мала достовірних відмінностей і склала 89,5% і 84,2% відповідно.

До початку лікування патології ВВТТ тільки 16,7% дітей в обох групах мали контрольований перебіг БА і у 19,2% дітей контролю перебігу БА досягнуто не було. По закінченню лікування патології ШКТ у дітей на тлі базисної терапії БА вдалося досягти поліпшення показників контролю БА за рахунок зниження частоти денних і нічних симптомів, а також зменшення частоти використання β 2-агоністів короткої дії в I групі у 95% дітей, а в II – у 92%. По закінченню лікування в I групі число дітей, що мають контрольований перебіг БА зросло з 18% до 46,2%, в II – з 15,4% до 41% відповідно. Однак, якщо в основній групі досягнуті показники зберігались і через 12 місяців, то у II групі в цей період відзначалось зниження числа дітей з контрольованим перебігом до 23%. Число дітей з неконтрольованим перебігом БА за 12 місяців спостереження в I групі знизилось з 20,5% до 5,3%, а в II групі – з 18,1% до 10,3%.

Висновок: у дітей з БА необхідно своєчасно виявляти та лікувати супутню патологію верхніх відділів ШКТ. Залучення до стандартних схем лікування пролонгованої цитопротекторної терапії сукральфатом забезпечує більш стабільний клінічний ефект і сприяє покращанню показників контролю БА.

ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЩО НАРОДИЛИСЯ З ДУЖЕ НИЗЬКОЮ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНО НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА

Боярська Л.М., Котлова Ю.В., Великанова Т.В., Печерська К.В., Пилипенко І.В., Коротина Н.Н. 1

Державний медичний університет, м. Запоріжжя

¹ Національний учбово-реабілітаційний багатопрофільний центр, м. Запоріжжя

В останнє десятиліття проблеми виходжування та реабілітації дітей, що народилися передчасно (ДНП) з дуже низькою і екстремально низькою масою тіла (ДНМТ і ЕНМТ), набувають особливого значення у зв'язку з активним розвитком сучасних медичних технологій, які визначають ефективність інтенсивного лікування таких дітей. Наявність у більшості з них перинатальної патології ЦНС, коморбідні стани залишають питання забезпечення якості життя малюкам та їх сім'ям відкритим.

Метою дослідження стала оцінка ефективності реабілітаційної програми малюків перших 3 років життя, що народилися з ДНМТ і ЕНМТ.

В 2010 – 2012 рр. за умов катамнестичного спостереження передчасно народжених дітей, ініційованого кафедрою дитячих хвороб ФПО ЗДМУ, обстежено 63 дитини – 14 (22%) малюків, що народжені з ЕНМТ, та 49 (78%) – дітей з ДНМТ. Пацієнти консультовані неонатологами, педіатрами, дитячим неврологом, окулістом, ортопедом. Неврологічний стан оцінювали за шкалою Claudine Amiel-Tison (2001) з акцентом визначення динаміки м'язово-постурального тону у малюків. Проводились загальноклінічні, інструментальні (ЕКГ, ЕЕГ, УЗС) динамічні дослідження. Оцінювали фізичний розвиток, аналізували склад та якість вигодовування. В структурі захворюваності дітей періоду новонародженості домінували перинатальні ураження ЦНС з судомним синдромом у 50% дітей ЕНМТ та у 20% малюків ДНМТ, з синдромом пригнічення ЦНС – 29% та 55%, відповідно, рухових порушень – у 36% та 31% дітей, відповідно.

Реабілітацію передчасно народжених дітей з ЕНМТ і ДНМТ виконували фахівці відділення ранньої соціальної реабілітації Хортицького національного учбово-реабілітаційного багатопрофільного центру (ХНУРБЦ) індивідуально з метою попередження формування/зменшення патологічного м'язового тону, проявів патологічних рухових стереотипів. У реабілітаційній програмі залежно від віку використовувалися: масаж, ЛФК, кінезіотерапія, лікувальне плавання, апаратна фізіотерапія, арт-терапія, музикотерапія, іпотерапія, методики адаптивної фізичної реабілітації, які поновлюють природні моделі руху немовлят, гідрокінезотерапія, фітболгмнастика, системи розвитку Монтессорі і Доман. При консультуванні увагу всіх батьків акцентували на освітні програми для активної інтеграції родичів в процес реабілітації.

До реабілітаційної програми залучено 28 дітей, з них 8 (29%) з ЕНМТ. У 2 (7%) малюків досягнуто повне відновлення неврологічного статусу. У 11 (39%) досягнутий значний реабілітаційний ефект – неврологічний статус оцінений як мінімальна мозкова дисфункція, у тому числі у 3 немовлят, народжених з ЕНМТ. Клінічного поліпшення у вигляді придбання нових рухових навичок досягли 59% дітей.

Спостерігали, що ефективність реабілітації визначалася максимально раннім початком роботи з дитиною, комплексністю реабілітаційних заходів, систематичністю і безперервністю реабілітаційного процесу, які можливо досягти лише при формуванні «тандем-партнерства» – активного включення батьків в роботу, високого комплайнза фахівців і батьків.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ГАСТРИТОЛ» ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Боярська Л.М., Іванова К.О., Дмитрякова Г.М., Скалозубова І.Б.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Головною метою лікування будь якого захворювання є покращення якості життя хворого. Але значною проблемою лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) є її довготривалість та виникнення рецидивів протягом декількох місяців після досягнення ремісії. Терапія ГЕРХ повинна бути спрямована на основні ланки патогенезу захворювання.

Мета дослідження: вивчення окремих ланок патогенезу ГЕРХ та клінічної ефективності фітопрепарату «Гастритол» у складі комплексного лікування та профілактики ГЕРХ.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 97 дітей з ГЕРХ, група порівняння – 41 дитина з хронічним гастродуоденітом. Проведено холтеровське моніторування варіабельності серцевого ритму, вивчення психоемоційного стану (опитувальник Спілбергера, тест САН). Оцінку клінічної ефективності терапії провели при порівнянні результатів лікування дітей 1 групи – 20 дітей, які з першого дня лікування отримували окрім стандартного лікування (інгібітори протонної помпи, антациди та прокінетики) «Гастритол» протягом 2 тижнів; та 2 групи – 20 дітей, які отримували тільки стандартну терапію, згідно протоколу лікування ГЕРХ у дітей. Обов'язковою умовою було дотримання дієти та режимних заходів (з виключенням паління). Оцінку ефективності лікування проводили на 7, 14 та 28 день від початку лікування.

Результати дослідження: 80,0% дітей з ГЕРХ відмічали скарги на головні болі, слабкість, запаморочення, втомлюваність. При проведенні холтеровського моніторування у більшості дітей з ГЕРХ реєструвалось превалювання симпатичної ланки ВНС, при цьому відмінністю дітей з ГЕРХ було зберігання симпатикотонії і вночі ($p < 0,05$). У 85,0% дітей з ГЕРХ відмічали зниження самооцінки самопочуття, активності та настрою ($p < 0,05$), що корелювало з високим рівнем реактивної та особистісної тривожності. Ці зміни вказують на доцільність призначення фітопрепарату «Гастритол», який окрім дії на слизову оболонку та моторику ШКТ, покращує психоемоційний та вегетативний стан, виявляє помірну антидепресивну дію. У дітей 1 групи регрес клінічних симптомів був більш швидким: на 7 день встановлена достовірно більш висока ефективність лікування в 1-й групі хворих по відношенню до 2-ї по зменшенню вираженості печії та больового синдрому ($p = 0,043$). На 14 день лікування больовий або диспепсичний синдроми слабкого ступеня вираженості зберігались у 20,0% хворих 1 групи та у 40,0% хворих 2 групи. Відмічено достовірні відмінності по змінам психоемоційного стану та регресу астено-невротичного синдрому у дітей 1 групи.

Відсутність побічних ефектів дозволили рекомендувати «Гастритол» в міжсезонний період з метою профілактики рецидивів, що дозволило збільшити тривалість ремісії та зменшити кількість рецидивів ($p < 0,0001$). При цьому загострення мали легким ступінь вираженості та не потребували госпіталізації ($p < 0,0001$).

Таким чином, застосування в комплексній терапії ГЕРХ у дітей фітопрепарату «Гастритол» дозволяє швидше досягти регресу клінічної симптоматики, включаючи астено-невротичні скарги та покращання психоемоційного стану, а використання препарату з метою профілактики сприяє зменшенню кількості рецидивів та подовженню тривалості ремісії захворювання.

КАРДІАЛЬНІ ПРОЯВИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Боярська Л.М., Іванова К.О., Кравець Л.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

При гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ) можуть реєструватись разом з езофагеальними скаргами або навіть без них екстраезофагеальні симптоми. Серед них суттєве місце займає кардіальний синдром, однією із складових якого при ГЕРХ є порушення серцевого ритму та провідності, що викликає потребу в диференційній діагностиці між порушеннями ритму серця у дітей з органічними змінами у серці.

Мета дослідження: виявлення кардіальних проявів у дітей з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.

Матеріали та методи дослідження: 20 дітям з ГЕРХ проведено одночасне добове холтеровське моніторування серцевої діяльності та моніторування рН стравоходу.

Результати дослідження: у 50,0% хворих реєструвались кислі рефлюкси, у 30,0% – змішані та у 20,0% лужні рефлюкси. У 80,0% дітей були зареєстровані як денні, так і нічні епізоди гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР). У більшості дітей з нічними рефлюксами загальна кількість рефлюксів вночі менша, а кількість епізодів тривалістю понад 5 хвилин більше, ніж в денні часи, не залежно від якісного складу рефлюксату. Проте ці зміни статистично достовірно виразніші у дітей з кислими рефлюксами. Співставляючи дані ацидометрії у стравоході з аналізом варіабельності серцевого ритму (ВСР) було помічено, що для дітей з кислими та змішаними рефлюксами характерно зниження показників часового аналізу ВСР вдень, а у дітей з кислими рефлюксами в більшості випадків зберігаються зниженими ці показники і в нічні години. У дітей з симпатикотонією відмічено наявність достовірно більшої кількості кислих рефлюксів, до того ж вони були більш тривалими ($p < 0,05$). У дітей з ваготонією також реєструвались кислі рефлюкси, але їх кількість та тривалість були меншими. У більшості дітей з симпатикотонією вдень, вночі показники нормалізувались до референтних значень, але в них зберігались кислі рефлюкси, проте їх кількість та тривалість зменшились. Показники часового аналізу ВСР вночі залишались зниженими у 5 хворих, при цьому в них також зберігались кислі рефлюкси, проте їх кількість та тривалість були більшими, ніж у дітей без порушень ваго-симпатичної рівноваги з кислими рефлюксами. У 90,0% дітей були встановлені порушення з боку електричної діяльності серця, при цьому більш виразні зміни реєструвались у дітей з кислими рефлюксами, особливо якщо вони виникали в нічні години. Так, у 25,0% дітей з ГЕРХ реєструвались порушення ритму з переважанням протягом доби брадикардії, у 20,0% – тахікардії, непостійна міграція суправентрикулярного водія ритму серця спостерігалась у 25,0%, порушення процесів реполяризації шлуночків – у 12,5% дітей. Відмінністю дітей з ГЕРХ було виявлення у 20,0% з них порушень ритму серця у вигляді наявності в них помірної кількості суправентрикулярних екстрасистол (на відміну від дітей з гастродуоденальною патологією без клініко-ендоскопічних проявів з боку стравоходу), кількість яких зменшилась після проведення лікування ГЕРХ. Порушення ритму супроводжувались метаболічними змінами з боку міокарда у 25,0% дітей з ГЕРХ.

Таким чином, використання добового моніторування рН та серцевої діяльності у дітей з ГЕРХ дозволить виявити екстраезофагеальні прояви ГЕРХ, зокрема кардіальні, що є проявом тяжкості хвороби, а призначення даних досліджень у дітей з порушеннями ритму серця при відсутності патології з боку серцево-судинної системи є доцільним у діагностиці порушень ритму серця як наслідок впливу гастроєзофагеального рефлюксу.

ЗНАЧЕННЯ ВІРУСІВ РОДИНИ ГЕРПЕС У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ РЕВМАТИЧНОЮ ЛИХОМАНКОЮ

Боярчук О.Р., Томашівська Т.В., Буднік Т.О.

Державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Останніми роками активно вивчається значення вірусів у розвитку багатьох хвороб. Особлива роль надається вірусам родини Herpesviridae у формуванні серцево-судинних захворювань, в тому числі і аутоімунних процесів. Незважаючи на те, що етіологія гострої ревматичної лихоманки (ГРЛ) давно з'ясована, патогенетичні ланки розвитку хвороби та формування хронічної ревматичної хвороби серця (ХРХС) вивчені не до кінця.

Метою нашої роботи було визначити частоту інфікованості вірусами родини Herpesviridae хворих з ГРЛ, ХРХС та визначити їх вплив на перебіг захворювання.

Під спостереженням знаходилося 94 дітей віком від 7 до 17 років. 10 дітей було з діагнозом ГРЛ, у 44 відмічалася хронічна ревматична хвороба серця. 40 дітей становили пацієнти з перенесеною ГРЛ, без формування вади серця чи інших ознак ревматичного ураження серця. Контрольну групу склали 30 дітей. Проводилось кількісне визначення в сироватці крові IgG та IgM антитіл до цитомегаловірусу; вірусів герпесу I-II типів; капсидного (VCA) антигену вірусу Епштейна-Барр (ЕБВ) методом ІФА. Визначали рівень концентрації сироваткових цитокінів (ФНП- α , ІЛ-4, ІЛ-8, ІЛ-10, ІФН- γ) методом ІФА.

Середній вік дітей, хворих на ГРЛ становив $12,9 \pm 1,3$ року. У 90,0 % з них виявлені антитіла до вірусів родини Herpesviridae. У 20,0 % хворих визначалися IgG-антитіла до одного збудника, у 50,0 % дітей – до двох збудників та у 20,0 % підлітків виявлялося носійство усіх трьох вірусів даної родини. IgG-антитіла до цитомегаловірусу та вірусів простого герпесу I та II типу виявлялися з однаковою частотою (77,8 %) у дітей з ГРЛ, що було достовірно частіше у порівнянні з показниками контрольної групи (відповідно 48,0 % та 40,0 %).

У дітей з ХРХС середній вік становив $15,8 \pm 0,7$ року. Інфікованість персистуючими внутрішньоклітинними збудниками родини герпес виявлено у всіх дітей з ХРХС, причому у половини з них було встановлено наявність IgG-антитіл до всіх трьох вірусів, у 25,0 % – до двох збудників та у 25,0 % – до одного представника вірусів. Хронічна Епштейна-Барр вірусна інфекція (ХЕБВІ) визначалася у всіх 100,0 % дітей з ХРХС, що також достовірно частіше у порівнянні з контролем (48,0 %). Вірогідніше в даній групі і виявлялися IgM антитіла до цитомегаловірусу та до ЕБВ, що свідчить про реактивацію інфекції.

У групі дітей з перенесеною ГРЛ середній вік становив $14,8 \pm 0,8$ року. Інфікованість збудниками родини герпес спостерігалася також у всіх хворих, у половини з них також відмічалася персистенція усіх трьох вірусів, ще у 40,0 % – виявлялися антитіла IgG до двох вірусів, а у 10,0 % – носійство одного вірусу.

Таким чином, хронічна цитомегаловірусна та герпетична інфекція частіше зустрічалася у хворих з ГРЛ, тоді як ХЕБВІ достовірно частіше у порівнянні з контролем спостерігалася у пацієнтів з ХРХС, частіше в даній групі спостерігалася і реактивація даної інфекції. У хворих з ХРХС на фоні реактивації ХЕБВІ спостерігали вищу активність показників запального процесу, тяжчий перебіг вад серця при нижчих показниках рівня лейкоцитів. Виявлені також зміни цитокінового профілю у хворих на ХРХС на тлі інфікованості вірусами родини герпес, що може свідчити про можливу їх роль у розвитку і прогресуванні вад серця.

КОМПЕНСАЦІЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Будрейко О.А., Морозов О.В., Чумак С.О.

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

Лікування цукрового діабету наразі відзначається неможливістю повної компенсації захворювання за допомогою тільки інсулінотерапії, навіть за умови використання його нових форм і програм введення. Підходи до дієтотерапії продовжують розвиватися, але до теперішнього часу повністю не вирішені у зв'язку з технічними і організаційними питаннями. Тому обґрунтованим є пошук альтернативних шляхів поліпшення компенсації цукрового діабету у дітей, а особливого інтересу набуває питання про розробку оптимізованої фізичної активності (ФА) у цієї групи хворих.

Мета дослідження: Дослідити показники компенсації цукрового діабету у хворих дітей з різним рівнем фізичної активності.

Матеріали і методи: обстежено 37 дітей з цукровим діабетом 1 типу віком 5-18 років з тривалістю захворювання 1-11 років. Обстеження включало визначення рівня компенсації вуглеводного обміну (глікозильованого гемоглобіну – HbA1c, середньодобової глікемії та її добових коливань), а також проведення анкетування хворих та визначення рівня ФА з використанням опитувальника International Physical Activity Study). Діти були розділені на групи в залежності від рівня HbA1c відповідно до рекомендацій ISPAD (2009р). – I гр. HbA1 <7,5% (n = 7); II гр. HbA1 – 7,5-9% (n = 8); III гр. HbA1 $\geq 9,0\%$ (n = 22). За рівнем ФА хворі були розділені на групи: 1 група – ФА ≥ 21 балів (n = 7), 2 група – ФА = 18-20 балів (n = 7), 3 група – ФА ≤ 17 балів (n = 22). Статистична обробка даних проводилась з використанням прикладних програм Excel і SPSS 17.0.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що показники вуглеводного обміну в середньому по групі склали HbA1 ($9,7 \pm 0,4\%$) і середньодобова глікемія ($10,7 \pm 0,5$) ммоль / л, що підтверджувало незадовільну компенсацію захворювання у більшості хворих. При цьому в 3 групі з найменшим рівнем ФА, показники вуглеводного обміну виявилися найгіршими: HbA1 – ($11,1 \pm 0,5\%$), середньодобова глікемія ($11,3 \pm 0,7$) ммоль / л у порівнянні з відповідними показниками 1 групи (HbA1 – ($9,3 \pm 0,5\%$); середньодобова глікемія – ($10,4 \pm 0,6$) ммоль / л, p <0,05). Це підтверджувалось і даними кореляційних аналізів рівня HbA1c і ФА в балах (r = -0,297, p = 0,055). Слід зазначити, що низький рівень ФА вірогідно частіше відзначався у дівчаток (52,4% в порівнянні з 25,0% у хлопчиків, p = 0,043), що супроводжувалось у них більш вираженою декомпенсацією вуглеводного обміну за показником HbA1 ($10,5 \pm 0,5\%$ в порівнянні з $8,9 \pm 0,7\%$ у хлопчиків, p = 0,047).

Висновок: у дітей, хворих на ЦД 1 типу, низький рівень ФА тісно пов'язаний з погіршенням компенсації вуглеводного обміну, особливо у дівчаток.

УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ І СИСТЕМ ПРИ ОЖИРІННІ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Будрейко О.А., Нікітіна Л.Д., Чумак С.О., Філіпова Н.В., Шляхова Н.В., Косовцова Г.В.

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

В останні роки ожиріння є одним із самих розповсюджених хронічних захворювань у світі. При цьому дитяче та підліткове ожиріння, яке продовжується у дорослому віці, відзначається більш тяжким перебігом, збільшеною частотою супутніх захворювань, ніж ожиріння, яке дебютувало у дорослому віці.

В умовах пубертату перебудова центрів нейровегетативної, ендокринної регуляції та лабільність процесів обміну, може призвести до порушень механізмів адаптації і розвитку прогресуючого ожиріння з формуванням комплексу ускладнень. При ожирінні збільшується ризик розвитку патології з боку серцево-судинної, ендокринної систем, органів дихання, травлення та психологічних розладів. Висока медико-соціальна значущість захворювань, які пов'язані з ожирінням, яке почалося у дитячому віці, обумовлюють актуальність досліджень у даному напрямку.

Мета дослідження – визначити частоту порушень органів і систем у дітей та підлітків з ожирінням.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 400 дітей та підлітків віком 7–18 років із ожирінням (в т.ч. 143 дівчини та 257 хлопців), що перебували на стаціонарному обстеженні у відділенні ендокринології. Проводилась оцінка антропометричних показників (в тому числі маси тіла, росту, обводу талії та стегон), рівня статевого розвитку (за Tanner), стану показників вуглеводного та ліпідного обміну, наявності інсулінорезистентності (за показником НОМА), та ураження окремих органів і систем за даними інструментального обстеження (ЕКГ, ФКС, УЗД, РЕГ, ЕЕГ, ехоЕГ, капіляроскопія).

Результати дослідження. В процесі обстеження дітей та підлітків з ожирінням виявлено порушення соматостатевого розвитку у вигляді збільшення частоти прискореного росту (12,3%) та інвертованого пубертату (у 11,9%) незалежно від статі, значну поширеність мікроциркуляторних розладів (74,1%) та артеріальної гіпертензії (36,4%) із помітною перевагою у хлопців (45,7% проти 20,8% у дівчат), цереброваскулярних і психопатологічних порушень (від 25,8% до 52,5%), диспепсії та гепатопатії (у 60,2% та 43,8% відповідно). При ожирінні у дітей та підлітків доведено наявність імунологічної недостатності із ознаками порушень декількох ланок захисту (Т-клітинний дефіцит, дисбаланс фагоцитозу, підвищення апоптозу), що супроводжувалось збільшенням частоти гострих та хронічних захворювань носоглотки. Так, хронічний тонзиліт діагностувався у 20,5%, хронічний фарингіт у 13,0% хворих, вазомоторний риніт та алергічний риніт – у 5,5% та 4,0% хворих відповідно, що перевищує популяційні показники. При цьому поширеність хронічних запальних захворювань носоглотки у хворих з інсулінорезистентністю дещо перевищувала подібний показник серед хворих без неї (24,5% та 15,3% відповідно), що потребує аналізу особливостей імунного статусу хворих з урахуванням наявності зниженої чутливості до інсуліну.

Таким чином, наявність інсулінорезистентності обумовлювала формування ускладненого перебігу ожиріння із збільшенням частоти артеріальної гіпертензії та мікроциркуляторних розладів, функціональних порушень жовчного міхура, цереброваскулярних порушень та психопатології.

ЗАСТОСУВАННЯ ШКАЛИ NTISS З МЕТОЮ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ТА АГРЕСИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ТЯЖКОЮ ДИХАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ КРИТИЧНИХ СТАНАХ

Буряк О.Г. 1, Яценко Ю.Б. 2, Нечитайло Д.Ю. 1, Міхєєва Т.М. 1

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

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

Загальновідомо, що прийняття рішення про вибір тактики інтенсивної терапії повинне ґрунтуватися на знанні доказових предикторів несприятливого результату захворювання. Проте поліетіологічність захворювань, гетерогенність тяжкості стану пацієнтів, а в педіатрії і фізіологічні особливості різних вікових груп дітей, часто сприяють як невизначеності прогнозу, лікувальної тактики, так і матеріальних затрат. Для вирішення даних проблем актуальним є застосування стандартизованих шкал оцінки тяжкості стану.

Метою нашої роботи було оцінити агресивність та інвазивність лікування у новонароджених із дихальними розладами при критичних станах та визначити основні чинники агресії, які призводять до призначення більш агресивного та інвазивного лікування в умовах відділення інтенсивної терапії новонароджених.

Матеріал і методи. До групи спостереження увійшли новонароджені з дихальним дистресом (84 дитини) на тлі різної неонатальної патології.

Для оцінки інвазивності та агресивності лікування нами використано шкалу NTISS (Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System – система показників терапевтичних втручань в неонатальний період).

Результати дослідження та їх обговорення. Досягнення сучасної неонатології покращили виходжування новонароджених із груп високого ризику. Від'ємною стороною цього процесу являється збільшення тривалості штучної вентиляції легень (ШВЛ) і перебування у відділеннях інтенсивної терапії, збільшення числа різноманітних ускладнень із застосуванням більш агресивного лікування. Згідно з результатами нашого дослідження середній бал за шкалою NTISS у новонароджених групи спостереження склав $22,4 \pm 0,2$ бала. Згідно з класифікацією новонароджені групи спостереження відносяться до III класу тяжкості та агресивності лікування. Актуальним є пошук основних чинників, які сприяють погіршенню стану та призводять до застосування більш інвазивних та агресивних методів лікування.

З метою визначення основних чинників, які впливають на агресивність та інвазивність подальшого лікування серед новонароджених із дихальною недостатністю (ДН) при критичних станах, нами проведено багатофакторний аналіз показників методом головних компонентів. За результатами проведеного аналізу визначено, що основними негативними чинниками, які призводять до призначення більш інвазивного та агресивного лікування є: тяжке порушення адаптації дитини після народження, надмірна активація пероксидного окиснення білків на альвеолярному рівні з подальшим накопиченням продуктів їх пероксидації, надмірна активація нейтрофільних гранулоцитів крові та застосування надмірних концентрацій кисню під час проведення заходів інтенсивної терапії.

Таким чином, застосування надмірних концентрацій кисню під час проведення ШВЛ, особливо новонародженим із тяжкими порушеннями адаптації після народження та, як наслідок, розвитком тяжких дихальних розладів, являється чинником ризику токсичної дії кисню на біоструктури з розвитком оксидативного стресу. Все це негативно впливає на організм новонародженого та призводить до призначення більш інвазивного та агресивного лікування в умовах відділення інтенсивної терапії.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ В ДІТЕЙ У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ

Буряк В.М., Махмутов Р.Ф., Бабич В.Л.

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

Сучасні принципи терапії пієлонефриту передбачають, перш за все, ліквідацію гострого процесу. Попередження ж хронізації запалення залежить від його причин та можливо шляхом хірургічного усунення вродженої аномалії розвитку сечовивідних шляхів, корекції функціональної активності центрів вегетативної регуляції діяльності цих шляхів, а також нормалізації стану їх імунологічних бар'єрів. На жаль, нормалізація імунологічного захисту слизової сечовивідних шляхів не досягається ні антибактеріальною терапією, ні хірургічним лікуванням.

Метою дослідження стало вивчення стану місцевого імунітету слизової сечовивідних шляхів та можливості його відновлення у випадках порушення при гострому пієлонефриті у дитячому віці під впливом комплексного рослинного препарату КАНЕФРОН®Н.

Нами було обстежено 50 дітей у віці від 1-го року до 17-ти років, що знаходились на лікуванні у педіатричному відділенні міської дитячої клінічної лікарні №4 м. Донецьк з приводу гострого пієлонефриту. Усі пацієнти були розподілені на дві групи. В основну групу увійшли 26 хворих, яким у доповнення до базової терапії антибіотиками, НПЗЗ, дезінтоксикаційними засобами з метою відновлення та нормалізації імунологічної реактивності сечовивідного тракту призначався препарат КАНЕФРОН®Н у вікових дозуваннях строком на 4 тижні. Групу порівняння склали 24 дитини з гострим пієлонефритом, що отримували тільки стандартне лікування згідно протоколу (антибіотики, НПЗЗ, дезінтоксикаційна терапія). У групу контролю увійшли 20 практично здорових дітей аналогічного віку, що не переносили ніяких захворювань та не приймали ніяких препаратів протягом останнього півроку перед обстеженням.

У пацієнтів з гострим пієлонефритом аналізувались скарги, анамнестичні відомості, характер клінічної симптоматики. Крім того, у всіх обстежених вивчалися загальний аналіз сечі, результати бактеріологічного посіву сечі, а також вміст в сечі секреторного імуноглобуліну А, імуноглобулінів А, М, G, лізоциму. Вказані лабораторні обстеження хворим дітям проводились двічі: до початку лікування (1-й день госпіталізації) та одразу після його закінчення (через 4 тижні).

В результаті обстеження встановлено зниження у сечі дітей з гострим пієлонефритом концентрацій лізоциму, імуноглобуліну А, секреторного імуноглобуліну А при підвищенні рівнів імуноглобулінів М і G. Виявлена закономірність свідчить про пригнічення місцевих захисних бар'єрів слизової сечовивідних шляхів у обстежених пацієнтів.

З метою відновлення місцевого імунітету слизової сечовивідного тракту у 26-ти з обстежених дітей з гострим пієлонефритом у комплексній терапії застосовувався препарат КАНЕФРОН®Н. У 24-х обстежених дітей з гострим пієлонефритом, що склали групу порівняння, застосовувалась тільки стандартна терапія.

Чотирьох тижневий курс лікування дозволив добитися в обох групах ліквідації клінічної симптоматики, нормалізації лабораторних показників, у тому числі стерильних бактеріологічних посівів сечі. Однак показники місцевого імунітету в основній групі пацієнтів та групі порівняння, отримані після вказаного курсу терапії, мали достовірні різниці ($p < 0,05$). В основній групі відмічено достовірне підвищення імуноглобулінів та лізоциму у сечі та наближення цих показників до показників групи здорових дітей. В групі порівняння титри імуноглобулінів залишались патологічно зниженими та не наближались до норми по жодному з показників.

СТАН АНТИТОКСИЧНОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ ДИФТЕРІЇ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ ВАКЦИНАЛЬНИМ СТАТУСОМ

Буц О.Р., Дорошенко В.О., Євтушенко В.В., Колибо Д.В., Романюк С.І.

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

Інститут біоорганічної хімії та нафтохімії НАН України, м. Київ

Мета дослідження: вивчення залежності рівня антитоксичних антитіл, спектра антитіл до різних фракцій дифтерійного токсину від вакцинального статусу в сировотці крові у дітей, яким було встановлено діагноз дифтерії, за допомогою методу непрямого твердофазного імуноферментного аналізу (ELISA).

Матеріал та методи: обстежено 150 дітей з діагнозом дифтерії у віці від 4 міс. до 14 років, які знаходились на лікуванні в МДКІЛ м. Києва. Легка форма дифтерії була встановлена у 112 дітей, середньотяжка – у 27, тяжка – у 11 дітей. Серед обстежених 111 (74,0%) дітей отримали щеплення дифтерійним анатоксином відповідно до календаря профілактичних щеплень, 28 (18,7%) – були щеплені з порушенням календаря, 11 (7,3%) дітей взагалі не отримали профілактичних щеплень проти дифтерії. Визначення рівня антитоксичних антитіл проводили за допомогою методу непрямого твердофазного імуноферментного аналізу (ELISA, а також реакції пасивної гемаглютинації. Для визначення специфічності антитоксичних антитіл були проведені SDS-електрофорез дифтерійного токсину, попередньо розщепленого трипсином на субодиниці, та імуоблотинг. Дослідження проводили відразу після госпіталізації до проведення специфічної терапії антитоксичною протидифтерійною сировоткою (ПДС).

Результати та їх обговорення: При визначенні титрів антитоксичних антитіл за допомогою РПГА у всіх щеплених відповідно до календаря результати були позитивними. Високі титри ($>1:40$) були виявлені у 30 (27%) дітей даної групи, низькі ($\leq 1:40$) – у решти 81 (73%) дітей. Серед хворих, які отримали щеплення з порушенням календаря, лише 1 (3,6%) дитина мала титри $>1:40$, у 22 (78,5%) пацієнтів титри склали $\leq 1:40$, а у 5 (17,9%) дітей титри були «нульовими». У 8 (72,7%) хворих, які не отримували щеплення проти дифтерії взагалі, антитіла до дифтерійного токсину не знайдені, а у 3 (27,3%) титри були $\leq 1:40$, титри вище $1:40$ не визначались у жодної дитини.

При визначенні титрів антитоксичних антитіл за допомогою методу непрямого твердофазного імуноферментного аналізу (ELISA) отримані подібні результати. Так, серед дітей, щеплених відповідно до календаря, титри антиоксину вище $1:300$ спостерігались у 74 (66,7%) пацієнтів, $1:300$ та нижче – у 32 (28,8%) дітей. Проте у 5 (4,5%) дітей даної групи антитіла не були знайдені. Серед хворих, які отримали щеплення дифтерійним анатоксином з порушенням календаря, тільки у 4 (14,2%) дітей титри склали $>1:300$, у 11 (39,3%) пацієнтів титри були $\leq 1:300$, «нульові» титри визначались у 13 (46,5%) дітей. У 8 (72,8%) хворих, які не отримали щеплення проти дифтерії, антиоксин не знайдений, у 3 (27,3%) титри були $\leq 1:300$, а титрів вище $1:300$ не було визначено у жодного пацієнта. При визначенні співвідношення антитоксичних антитіл до А та В фракцій дифтерійного токсину у 60 (56,6%) щеплених відповідно до календаря співвідношення В/А перевищувало 1, і, навпаки, у пацієнтів, щеплених з порушенням календаря, співвідношення В/А було меншим за 1 у 10 (66,7%) дітей даної групи, у яких були знайдені антитіла до дифтерійного токсину. У всіх нещеплених, у яких знайдені антитіла (3 (27,3%) пацієнтів), співвідношення В/А було меншим за 1.

Висновки: Питома вага дітей, які мають захисні титри антитіл, найвища серед пацієнтів, які отримали щеплення проти дифтерії відповідно до календаря. Вихідний рівень антиоксичного імунітету у дітей, хворих на дифтерію, мав статистично достовірний зв'язок із вакцинальним статусом. У дітей, щеплених дифтерійним анатоксином відповідно до календаря профілактичних щеплень, переважають антитіла до В фракції дифтерійного токсину.

МОЖЛИВОСТІ КОЛІРНОЇ МЕТОДИКИ ДЛЯ ОЦІНКИ РІВНЯ АДАПТОВАНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИХ БУДИНКІВ

Височина І.Л.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України, м. Дніпропетровськ

Досвід використання кольорового тесту Люшера в світовій та вітчизняній практиці підтвердив його ефективність, простоту та переваги в практиці. Методика восьмикольорового тестування дозволяє визначити актуальний стан людини через симпто-парасимпатичні характеристики, а саме виявляє чутливість зорового аналізатора за рахунок переважання тропотропних або ерготропних тенденцій в межах вегетативного балансу. Доведено, що кольорова сенсорика дуже тісно пов'язана з емоційним життям особистості, а зіставлення кольірних виборів дає уявлення про ті тенденції, які схильні до найбільшої варіабельності і створюють резерв адаптивного механізму. За даними аналізу літературних джерел за проблемою, існує велика кількість факторів, які викликають дезадаптаційні стани та порушення гармонійності психічного розвитку дітей. Діти, позбавлені батьківської опіки, відносяться до групи ризику розвитку дезадаптаційних станів, високо інформативними та значущими предикатами, формування яких є порушення мікросоціального оточення.

Метою дійсного дослідження було проведення аналізу колір-асоціативного реагування дітей шкільного віку з дефіцитом батьківського піклування. Обстежено 81 дитину шкільного віку з дитячих будинків. До 1 групи спостереження увійшли діти віком від 6 до 9 років (7 дітей); друга група – діти від 10 до 14 років (40 дітей); третя група – діти від 15 до 18 років (34 дитини). Психологічне тестування здійснювалось індивідуально, відповідало вимогам біоетики та проводилося тільки за згодою дітей і вихователів дитячих будинків. Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням пара- та непараметричних методів статистичної обробки.

За результатами проведення простого тесту Люшера, у дітей з дитячих будинків незалежно від віку тривожність, виразність якої коливалась від 6 до 12 балів, була зареєстрована у 61,7% всіх спостережуваних, але з дорослішанням відносна кількість дітей, які не мали проявів тривоги збільшувалась в три рази (з 14,3% в першій групі до 44,1% в третій групі спостереження), при цьому максимальну тривожність за бальною оцінкою мали діти від 6 до 9 років. Наявність компенсаторних можливостей, спрямованих на нівелювання проявів тривоги, незалежно від віку була зареєстрована у переважної кількості обстежених дітей (66,7%), що свідчить про відносну врівноваженість компенсаторних механізмів в цілому у цих дітей. Але, якщо у дітей 2 та 3 вікових груп компенсаторні можливості практично повністю відповідали наявному рівню тривожності, то у дітей від 6 до 9 років компенсаторні можливості мали лише 14,3% спостережуваних проти 85,8% з високим рівнем тривожності, що свідчить про дезадаптацію у цих дітей. Серед всіх обстежених дітей високу працездатність за тестом Люшера зареєстровано лише у 22,2% випадків, серед яких зовсім були відсутні діти першої вікової групи, при цьому відмічалось зростання кількості дітей з більш високими показниками працездатності (від 6 до 10 балів) з дорослішанням та з формуванням серед підлітків у 73,4% випадків достатнього рівня працездатності. Узагальнення результатів восьмикольорового тесту Люшера показало, що незалежно від віку, у кожній четвертій дитини найбільша кількість ахроматичних і змішаних виборів виявлялась на перших позиціях, що відображувало складнощі адаптаційного процесу, а максимальні порушення адаптації були зареєстровані у дітей молодшого шкільного віку. Формування певного рівня адаптованості у дітей більш старшого віку у порівнянні з дітьми дошкільного та раннього шкільного віку, можливо пов'язане з формуванням пристосувальних механізмів за рахунок подовшення тривалості терміну проживання дитини у дитячому будинку.

Таким чином, проведення короткого тесту Люшера дозволило виявити наявність ускладненої адаптації у дітей шкільного віку з дефіцитом батьківського піклування.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЩОДО ДОСЯГНЕННЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ

Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Черній О.Ф., Вовк Н.В.

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

Бронхіальна астма (БА) залишається актуальною медико-соціальною проблемою сучасності, при цьому, незважаючи на сучасний прогрес в фармакотерапії, дослідження AIRE (Asthma Insights and Reality) показало, що лише у 5,8% пацієнтів вдається досягти повного контролю над перебігом цього захворювання. Поняття контролю астми включає в себе два компоненти: поточний контроль – контроль «зараз», а також зниження ризиків у майбутньому – контроль «завтра» (Bahna S.L., Murray M., 2011).

Основні проблеми в досягненні контролю над БА можна умовно розподілити на питання діагностики, впливу факторів зовнішнього середовища, наявності коморбідних захворювань, фармакотерапії.

Актуальною є проблема гіподіагностики БА в роботі лікарів загальної практики і педіатрів, а наслідком несвоечасної діагностики є те, що дитина отримує лише симптоматичне лікування без використання базисної терапії, що недостатньо для досягнення контролю захворювання.

При діагностиці БА у дітей важливо приділяти увагу ролі коморбідних станів, особливо захворюванням верхніх дихальних шляхів, гастроєзофагально-рефлюксній хворобі, ожирінню (Boulet L.P., 2008).

Контакт з алергенами зовнішнього середовища може призвести до повторних загострень БА. Головні тригери – активне і пасивне куріння, домашній пил, аерополітанти, мікогенна сенсibiliзація, респіраторні інфекції (Samuel M., 2011).

Щодо факторів, які знижують ефективність лікування БА, слід підкреслити проблеми низького комплаєнсу за рахунок неповного розуміння дітьми та їх батьками суті захворювання та необхідності тривалого лікування. Вибір інгаляційного пристрою є одним з найважливіших факторів, які впливають на комплаєнс. Слід звернути увагу в процесі лікування на питання стероїдної резистентності, при цьому останню ділять на первинну, котра обумовлена генетичним дефектом і придбану в процесі лікування (Hedlin G., 2010).

Освіта є необхідною складовою частиною комплексної програми лікування дітей з БА, вона має на увазі встановлення партнерства між пацієнтом, його сім'єю і медичним працівником. Важливо інформувати про необхідність елімінаційних заходів, навчання техніці використання пристроїв доставки лікарських засобів, основи фармакотерапії, моніторингу симптомів захворювання, пікфлоуметрії у дітей старше 5 років, ведення щоденника самоконтролю пацієнтом, складання індивідуального плану дій при загостренні (Горячкина Л.Д., Ільїна Н.С., 2008).

Таким чином, для досягнення оптимального контролю над перебігом БА у дітей необхідно врахування всіх вищевказаних чинників, які ускладнюють її контроль.

ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З ФЕНОТИПАМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ РАНЬОГО ТА ПІЗЬОГО ПОЧАТКУ

Гарас М.Н., Григола О.Г. 1, Горенко Н.Б.2, Грицюк М.М.2

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

1 Ковельський державний медичний коледж, м. Ковель

2 Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Метою дослідження було оцінити показники лабільності дихальних шляхів у дітей, хворих на бронхіальну астму з ознаками фенотипів раннього і пізнього початку.

Матеріал та методи. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ №1 м. Чернівці обстежено 50 дітей, хворих на бронхіальну астму. За віком дебюту захворювання сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу (I) клінічну групу склали 25 дітей із фенотипом раннього початку, інші 25 хворих із фенотипом пізнього початку сформували другу (II) клінічну групу. За основними клінічними ознаками групи порівняння вірогідно не відрізнялися. Лабільність бронхів визначали шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію β 2-агоніста короткої дії (200 мкг салбутамолу) з наступним обчисленням показника лабільності бронхів (ПЛБ) як суми його компонентів – індексів бронхоспазму (ІБС) та бронходилатації (ІБД). Аналіз отриманих даних проводився з позицій біостатистики.

Результати дослідження та їх обговорення. У дітей з фенотипом БА раннього початку спостерігалася тенденція до виразнішої лабільності бронхів. Зокрема, ПЛБ у представників I клінічної групи становив $29,8 \pm 3,63\%$ проти $27,8 \pm 3,06\%$ у дітей групи порівняння ($p < 0,05$). Ймовірно, така реакція бронхів зумовлювалася їх значнішою дилатацією у відповідь на інгаляцію β 2-агоніста. Так, ІБД у дітей з бронхіальною астмою раннього початку сягав $14,9 \pm 2,52\%$, а у групі порівняння – $10,7 \pm 1,72\%$ ($p < 0,05$). Позитивна бронхомоторна проба з β 2-адреноміметиком спостерігалася у більшості хворих I клінічної групи (56,5%), та лише у третини дітей групи порівняння (33,3%, $P_f > 0,05$).

Відмічено, що низька лабільність дихальних шляхів (ПЛБ менше 17%) притаманна 37,4% дітей, хворих на БА з фенотипом раннього початку та, лише кожному п'ятому пацієнту з БА пізнього початку (20,8%, $P_f > 0,05$). Натомість, виразна лабільність дихальних шляхів однаково часто спостерігалася у представників обох клінічних груп (37,4% та 33,3% у I та II групах відповідно, $P_f > 0,05$).

Водночас, тенденція до виразнішої бронхоспастичної реакції на ДФН зафіксована у представників II клінічної групи. Зокрема, ІБС у дітей з фенотипом раннього початку бронхіальної астми становив $14,9 \pm 2,65\%$ проти $27,8 \pm 3,06\%$ у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$). Виразна спастична реакція (ІБС більше 20%) виявилася притаманною більше, ніж третині дітей з БА пізнього початку (37,5%), а серед представників I клінічної групи дані значення реєструвалися лише у 17,3% пацієнтів ($P_f > 0,05$).

Висновки. Таким чином, дітям, хворим на бронхіальну астму з фенотипом раннього початку притаманна тенденція до виразнішої лабільності бронхів за рахунок бронходилатаційної реакції на β 2-адреноміметик короткої дії. Пацієнти з бронхіальною астмою пізнього початку характеризуються схильністю до виразнішої бронхоспастичної реакції у відповідь на дозоване фізичне навантаження.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЇХНІЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ АДИПОНЕКТИНУ У ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ, УСКЛАДНЕННЯМ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Гладун К.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Ожиріння в сучасній медицині розглядається як хронічне багатофакторне захворювання, що підвищує ризик серцево-судинної патології, передусім артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця. Жирова тканина крім функції енергозабезпечення має ще й ендокринні властивості, синтезуючи адипокіни. Зменшення вмісту одного з них, а саме циркулюючого адипонектину, в сироватці крові є маркером інсулінорезистентності і ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Метою нашого дослідження було визначення особливостей артеріального тиску протягом доби та виявлення можливого впливу на нього рівня адипонектину у підлітків з ожирінням та артеріальною гіпертензією. Дослідження проводилось серед 60 дітей підліткового віку з ожирінням, серед яких у 34 дітей було зареєстроване підвищення «офісного» артеріального тиску (АТ). Контрольну групу склали 20 практично здорових дітей з нормальною вагою, репрезентативних за віком і статтю. Добове моніторування електрокардіограми проводили з використанням приладу АВРМ-04 (фірма "Meditech Ltd.", Угорщина) з осцилометричним методом вимірювання АТ. Оцінювали стандартні показники АТ. Для визначення рівня адипонектину (мкг/мл) в сироватці крові використовували кількісний метод конкуруючого імуноферментного аналізу *in vitro*, виробництва BioVendor (Німеччина). За результатами аналізу артеріального тиску, у дітей з підвищенням «офісного» АТ спостерігалось достовірне підвищення середнього за добу систолічного АТ, пульсового АТ, максимального систолічного АТ, максимального пульсового АТ, добового навантаження систолічним АТ, середнього систолічного АТ в активний період та середнього діастолічного АТ в пасивний період. В той же час в групі підлітків з ожирінням та нормальним «офісним» АТ у 19% дітей визначалось підвищення добового навантаження тиском, що є незалежним чинником розвитку серцево-судинних катастроф у майбутньому. Аналіз отриманих показників не виявив змін добового коливання АТ у обстежених дітей. Для підлітків з ожирінням, у яких було зареєстровано підвищення АТ, характерною рисою виступало достовірне зниження вмісту в сироватці крові адипонектину у порівнянні з показниками контрольної групи та дітьми з нормальним «офісним» АТ. В нашому дослідженні був виявлений негативний взаємозв'язок середньої сили між концентрацією адипонектину в сироватці крові дітей з ожирінням та середнім за добу систолічним АТ ($r = -0,32$, $p < 0,05$), добовим навантаженням систолічним АТ ($r = -0,32$, $p < 0,05$), а також середнім систолічним АТ в активний та пасивний періоди ($r = -0,33$, $p < 0,05$). Зменшення вмісту адипонектину в сироватці крові хворих на ожиріння підлітків з підвищеним «офісним» АТ виступало свідченням зниження чутливості тканин до дії інсуліну. Отримані дані пов'язані з формуванням змін з боку серцево-судинної системи, що підтверджується даними добового моніторування АТ. Отже, проведення добового моніторування АТ у комплексі з визначенням рівня адипонектину дозволяє покращити діагностику і прогнозування формування можливих ускладнень ожиріння, передусім вторинної артеріальної гіпертензії.

СОМАТИЗАЦІЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Гнатейко О.З.1, Личковська О.Л.2, Кулачковська І.Ю.2, Семен В.Д.3

1ДУ "Інститут спадкової патології НАМН України", м. Львів

2Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

2КЗ Львівська обласна дитяча клінічна лікарня "ОХМАТДИТ", м. Львів

Серед численних факторів, з якими пов'язують виникнення захворювань гастроудоденальної зони (ГДЗ), вагомою є роль психоемоційних та психосоціальних чинників. Зокрема, F.Alexander, 1933, 1934, вважав, що виразкова симптоматика є реакцією на перешкоди у реалізації орально-рецептивної особистісної настанови. Пасивно-оральні бажання означають "бути нагодованим" – на рівні їжі, а на рівні контактів отримати безпеку, любов, опіку. Базовий конфлікт у пацієнтів з ВХ за F.Alexander, 1951, виникає між інфантильним бажанням бути залежним, отримати любов і увагу шляхом пасивного харчування (тобто "бути нагодованим") – з одного боку, і зростаючим "Я", формуванням власної активності і самостійності – з іншого. Особистість виразкового хворого характеризується пасивністю, залежністю, схильністю до депресії, однак зустрічається також гіперактивний, агресивний (псевдонезалежний) тип. Однак подальші дослідження не виявили чіткої залежності між особистісними особливостями та психосоматичними захворюваннями окремих органів і систем (Brautigam W., 1983). На сучасному етапі основну увагу спрямовано на вивчення не стільки нозоспецифічних, скільки спільних рис пацієнтів з психосоматичними захворюваннями – алекситимії та соматизації.

Метою нашого дослідження було вивчення ролі соматизації при патології ГДЗ у дітей.

Матеріали і методи дослідження. Для визначення ступеня соматизації та діагностики соматоформних розладів (СР) у дітей з патологією ГДЗ нами використано тести SOMS-2J та SOMS-7T. Тест SOMS (Screening für somatoforme Störungen, somatoform symptom screening) – інструмент, який дозволяє діагностувати СР. Методика розроблена Rief W. et al., 1993, 1997 і орієнтована на класифікацію хвороб DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Обстежено 83 дитини з гастроудоденальною патологією, серед них 21 дитина з функціональною диспепсією (ФД), 43 дитини з гастроудоденітом (ГД), 19 дітей з деструктивними формами патології ГДЗ.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед обстежених дітей з патологією ГДЗ індекс соматизації (SSI) склав $5,31 \pm 0,26$, при цьому найвищим він виявився у групі дітей з ФД ($7,04 \pm 0,48$), найнижчим – при деструктивних формах патології ГДЗ ($2,89 \pm 0,33$). У дітей з ФД частіше виявляли інші критерії діагностики СР, такі як соматосенсорне підсилення, заперечення психоемоційних чинників у виникненні симптомів, вплив симптомів на щоденні заняття дитини та інше. У сім'ях дітей зі схильністю до соматизації ознаки СР виявлено в одного або навіть обох батьків. Високий рівень соматизації у таких сім'ях підтверджує міжособистісну модель соматизації, згідно з якою до соматизації схильні особи, що сформували ненадійну або амбівалентну прив'язаність у ранньому дитинстві. Не маючи досвіду надійних стосунків на найбільш ранніх етапах розвитку, вони намагаються через соматичні симптоми отримати опіку від близьких, співчуття і поблажливості від оточення. Індекс інтенсивності симптомів також був найвищим у групі дітей з ФД, що може свідчити про часте сприйняття пацієнтами з цієї групи соматизованих симптомів як тяжких, нестерпних, загрозливих.

Висновки. Соматизація відіграє вагомую роль у формуванні хронічних захворювань гастроудоденальної зони у дітей. Найбільш виражений феномен соматизації у групі дітей з функціональною диспепсією, найменш виражений – при деструктивних захворюваннях ГДЗ. Найвищу коморбідність соматоформних розладів і патології гастроудоденальної зони виявлено у пацієнтів з функціональною диспепсією. Соматоформні розлади частіше виявляли серед батьків дітей зі схильністю до соматизації, що може свідчити про роль сімейних факторів у його формуванні.

ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ПІДЛІТКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Головченко Н.М., Сульженко М.Ю., Андреева Л.В., Кузнєцова М.О., Кидалова О.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

Луганська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Луганськ

Однією з актуальних проблем сучасної педіатрії є визначення взаємин таких факторів несприятливого перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) як дисліпопротеїдемія (ДЛП), надлишкова вага та інсулінорезистентність.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було визначення ліпідного спектра крові у підлітків з АГ, що супроводжується надмірною масою тіла (ІМТ) і ожирінням; а також оцінка впливу на нього препарату, що містить омега-3 жирні кислоти.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходився 61 підліток з АГ і надмірною масою тіла та ожирінням у віці від 12 до 18 років. Ліпідний спектр крові (ЛСК) вивчався на підставі визначення рівнів загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) спектрофотометричним методом. Всі пацієнти отримували базисну терапію АГ. Для порівняльної оцінки ефективності корекції ДЛП хворі були розділені на дві групи: I (n=31), які отримували препарат, що містить омега-3 жирні кислоти. Пацієнтам II групи (n=30) були надані дієтичні рекомендації (вживання продуктів із високим вмістом поліненасичених жирних кислот).

Результати та їх обговорення. До початку лікування діти I та II груп мали скарги на надлишкову масу тіла – 61 пацієнт (100%), підвищення артеріального тиску (АТ) – 100%, головний біль – $90,2 \pm 3,8\%$, запаморочення – $47,5 \pm 6,4\%$, кардіалгії – $44,3 \pm 6,4\%$, носові кровотечі – $13,1 \pm 4,3\%$, підвищений апетит – $32,8 \pm 6,0\%$. При оцінці фізичного розвитку високорослість відзначалася в $7,2 \pm 6,0\%$ випадків. Надлишкова маса тіла реєструвалася у $32,8 \pm 6,0\%$, ожиріння у $67,2 \pm 6,0\%$ пацієнтів.

Через 2 тижні після початку лікування у 56 ($91,8 \pm 3,5\%$) дітей I та II груп відзначалося поліпшення самопочуття, зниження АТ, позитивна динаміка показників ЛСК. В результаті проведеного лікування відзначалося достовірне зниження показників ЛСК у пацієнтів I групи. Так, рівень ЗХС вже через 2 тижні терапії достовірно знизився, досягнувши норми ($3,93 \pm 0,59$ ммоль/л ($p < 0,01$)). При цьому зниження вмісту в крові ОХС здійснювалося за рахунок зменшення концентрації ХС в складі як ЛПНЩ ($2,10 \pm 0,40$ ммоль/л), так і ЛПДНЩ ($0,79 \pm 0,22$ ммоль/л ($p < 0,05$)). Рівень тригліцеридів значимо знизився і через 2 тижні становив $1,53 \pm 0,32$ ммоль/л, що відповідає нормальним показникам. Слід також відзначити достовірне підвищення рівня ХС ЛПВЩ в крові хворих I групи – $1,22 \pm 0,14$ ммоль/л ($p < 0,05$). Коефіцієнт атерогенності (КА) через 2 тижні знизився до нормальних показників ($2,73 \pm 0,29$ у.о. ($p < 0,05$)). У пацієнтів II групи рівень ОХС мав тенденцію до підвищення, хоча і залишався в межах норми ($4,63 \pm 0,33$ ммоль/л). Вміст ЛПВЩ, що відіграють провідну антиатерогенну роль, у хворих цієї групи трохи знизився – $0,93 \pm 0,16$ ммоль/л. КА мав межове значення – $2,99 \pm 0,18$ у.о.

Після лікування відмічене достовірне зниження показників АТ у пацієнтів I та II групи. Однак, найбільш виражена динаміка як САД, так і ДАТ була відзначена в I групі, що свідчить про перевагу поєднання гіпотензивної з гіполіпідемічною терапією.

Висновки. Препарат, що містить омега-3 жирні кислоти має виражений гіпохолестеринемічний ефект, а також в комбінації з антигіпертензивними засобами підсилює гіпотензивний ефект, що дозволяє зменшити добову дозу базисних препаратів.

КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, СТРАЖДАЮЧИХ ОЖИРІННЯМ, ОБУМОВЛЕНИМ НАДМІРНИМ НАДХОДЖЕННЯМ ЕНЕРГЕТИЧНИХ РЕСУРСІВ

Гуменюк Л.М., Кабатова І.М.

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь
Міська дитяча поліклінічна установа № 1

Введення. На сьогоднішній день ожиріння визнано ВООЗ новою хронічною неінфекційною «епідемією». За даними National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), кількість дітей з ожирінням у віці від 6 до 11 років за останні три роки збільшилася більш ніж в три рази (від 4% до 15.3%). Сучасні дослідники вказують, що дана проблема є ще більш актуальною у зв'язку з низькою ефективністю існуючих методів лікування. Поряд з необхідністю зниження маси тіла, дітям з ожирінням необхідна психологічна підтримка, яка буде сприяти корекції психічного статусу та покращенню якості життя.

Мета дослідження. Визначення клінічної феноменології депресивних розладів у дітей шкільного віку, що страждають ожирінням, обумовленим надмірним надходженням енергетичних ресурсів на основі вивчення емоційних і когнітивних особливостей.

Матеріал і методи дослідження. З дотриманням принципів етики та деонтології здійснено комплексне (клінічне, психодіагностичне) обстеження 46 дітей віком від 7 до 12 років з документованим діагнозом «ожиріння, обумовлене надмірним надходженням енергетичних ресурсів» (Е66.0).

З метою діагностики наявності депресивного розладу і оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики використовували шкалу CDRS-R для дітей 6–12 років. Вивчення операційних властивостей пам'яті проводилося за допомогою методики «Запам'ятовування 10 слів» (А.Р. Лурія); для визначення функціональних особливостей уваги (концентрації) використовували тест на обсяг і якість довільної уваги Тулуз-П'єрона.

Результати дослідження. У 93,2% досліджених виявлено депресивні розлади неспихотичного рівня. Основними клінічними проявами були афективні, невротичні та поведінкові розлади. Переважаючими симптомами були: пригнічений настрій (100,0%), надмірна втомлюваність (100,0%), низька самооцінка (98,1%), погіршення успішності (91,2%), порушення сну (94,1%), дратівливість (88,4%), афект у виразі обличчя (81,2%), скарги на стан здоров'я (77,1%), надмірна плаксивість (73,2%), гіпоактивність (68,9%), суїцидальні думки (67,8%). Легкий ступінь вираженості клінічних симптомів реєструвалася у 20,3% досліджених, помірний – у 42,0%, високий – у 37,7%. У ході вивчення когнітивних особливостей хворих отримані наступні результати: у більшості дітей (89,4) реєструвалося порушення динаміки відтворення слів. Для 64,7% була характерна виснаженість уваги по астенічному типу, для – 35,3% по нестійкому. Оцінка рівня концентрації і стійкості уваги показала, що швидкість переробки інформації відповідала хорошему рівню лише у 15,4% обстежених, субнормі – у 34,1%, нормі – у 27,7%, рівню патології – у 22,8%, коефіцієнт точності уваги – у 17,2%; 39,9%; 34,1%; 24,6%, відповідно.

Висновки. Отримані в ході проведеної роботи дані свідчать про необхідність комплексного лікування дітей шкільного віку, що страждають ожирінням, обумовленим надмірним надходженням енергетичних ресурсів поліпрофесійною бригадою, що складається з фахівців різного профілю (педіатри, інструктори по ЛФК, психіатри, медичні психологи, соціальні педагоги). Обов'язковим компонентом надання допомоги даному контингенту є психотерапевтична інтервенція, спрямована на психопрофілактику і психокорекцію порушень емоційної і когнітивної сфери, яка дозволить поліпшити психічний і соматичний стан хворих, а також сприятиме підвищенню рівня їх соціального функціонування.

ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ НА ЕТАПІ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

Гуменюк Л.М., Сарчук О.В.

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

На підставі результатів комплексного дослідження клінічних, психологічних і соціальних характеристик 140 хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), що знаходилися на етапі санаторно-курортного лікування, розроблена система психотерапії (ПТ) для даного контингенту, базовими принципами якої є: добровільність, адекватність, доцільність, допустимість, гуманність, системність, багаторівневість психотерапевтичних заходів, комплексність, використання декількох психотерапевтичних методів з наступною зміною їх ролі в залежності від завдань етапу ПТ. Встановлено, що найбільш доцільною та ефективною формою психотерапевтичної інтервенції в рамках реабілітації пацієнтів з ЮРА на етапі санаторно-курортного лікування є групова терапія при максимальній індивідуалізації психотерапевтичного впливу з використанням тілесно-орієнтованої та особистісно-орієнтованої експресивної ПТ.

Психотерапевтичний вплив включає три етапи:

– **Етап психологічної адаптації.** Мета: формування комплайенса. На даному етапі здійснюється короткострокова ПТ інтервенція з використанням комплайенс-терапії. Використовуються такі прийоми: презентація «анонсів» майбутньої роботи в групі; активне вислуховування; підкреслення переваг активного комплексного оздоровлення. Психотерапевтичний процес здійснюється лікарем-психіатром/психотерапевтом. Тривалість даного етапу 1 день.

– **Психодіагностичний.** Мета: визначення «мішеней» ПТ впливу. На даному етапі з позицій системного міждисциплінарного підходу вивчаються клінічні, психологічні та соціальні особливості хворих. Використовуються клініко-анамнестичний, психометричний, психодіагностический та соціо-демографічний методи дослідження.

Застосовуються дитяча психіатрична шкала – Children's Psychiatric Rating Scale (CPRS), дитяча шкала депресії – Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) і дитяча шкала проявів тривоги – Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS), MOS SF-36 (J.Ware).

Тривалість етапу 2 дні.

– **Псіхокорекційний (III етап).** Мета: зміна актуальної життєвої стратегії. На даному етапі для досягнення інтеграції когнітивного, емоційного, поведінкового та соматичного рівнів психічного здоров'я одночасно використовуються два психотерапевтичних методи. Базисним є тілесно-орієнтована терапія, основні методи якої терапія пантомімою, танцем; додаткові – особистісно-орієнтована психотерапія, експресивна, що включає ізотерапію, казкотерапію, терапію драмою.

Висновки. Розроблена система психотерапії в рамках реабілітації пацієнтів з ЮРА на етапі санаторно-курортного лікування спрямована на психопрофілактику і психокорекцію порушень психологічного здоров'я, що дозволить поліпшити психічний і соматичний стан хворих, а також сприятиме підвищенню рівня їх соціального функціонування та якості життя.

ВПЛИВ ШТУЧНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ

Дитятковський В.О., Кривуша О.Л., Дюбіна М.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

В Україні близько 2 млн. дітей страждають від хвороб травної системи. А, відповідно, більше 30% дітей шкільного віку страждають хронічними захворюваннями травного тракту (ТТ), один з факторів розвитку яких є харчовий стереотип дитини. Взаємозв'язок характеру харчування і захворюваності ТТ у дітей недостатньо висвітлений у вітчизняних літературних джерелах.

Метою роботи було встановлення впливу харчового стереотипу на формування хронічної патології органів ТТ у дітей.

Під нашим спостереженням перебувало 24 пацієнти у віці від 6 до 18 років, які перебували у відділенні гастроентерології № 6 ДМКЛ № 1 з діагнозами: дискінезія жовчовивідних шляхів (ДЖВШ), функціональна диспепсія (ФДіс), хронічний гастрит (ХГ), хронічний дуоденіт (ХД), хронічний гастродуоденіт (ХГД), гастро-езофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ЯБЖ, ЯБДК). Хворі були розділені на вікові групи 6-11 і 12-18 років, які були порівнянні за статтю. Хворі діти разом з батьками заповнювали анкети стереотипу харчування з періоду новонародженості до теперішнього часу на предмет наявності штучного вигодовування (ШВ) або похибки у харчуванні (ПХ) – регулярного вживання жирної, смаженої їжі, продуктів, що містять багато екстрактивних речовин, барвників та консервантів, нерегулярне харчування, в т.ч. вночі. Були використані такі методи дослідження: збирання анамнезу (захворювання, життя, харчового), фізикальне обстеження дітей; лабораторні та інструментальні методи дослідження; статистична обробка отриманих даних.

Характеристика моделі харчування в групах дітей 6-11 років: ШВ- 42,7%, ПХ- 25%, ШВ+ПХ- 8,3%, без ШВ і ПХ- 25%; 12-18 років: ШВ- 8,3%, ПХ – 16,7%, ШВ+ПХ- 50%, без ШВ і ПХ- 25%. Спектр нозологічних форм захворювань у дітей 6-11 років: ДЖВШ- 8,3%, Фдисп- 35,4%, ХГ- 16,7%, ХД – 8,3%, ХГД- 8,3%, ГЕРХ- 25%, ЯХ- 0%; і 12-18 років: ДЖВШ та Ф.Дисп – по 0%, ХГ-25%, ХД- 0%, ХГД-50%, ГЕРХ- 16,7%, ЯХ-8,3%. Нами був встановлений достовірний зворотній зв'язок ($p<0,05$) між віком і комбінацією захворюваності ДЖВШ і ФДісп і прямий достовірний зв'язок ($p<0,05$) між поєднанням ШВ і ПХ в харчовому стереотипі із захворюванням ХГ, ХД, ХГД.

Нами встановлено прямий достовірний вплив поєднання штучного вигодовування і похибки в харчуванні на формування захворюваності хронічним гастритом, дуоденітом та гастродуоденітом у дітей віком від 6 до 18 років. У дітей 6-11 років спостерігається вірогідно більш висока захворюваність ДЖВШ і функціональною диспепсією. У дітей старшого віку спостерігається більш висока частота комбінації таких чинників ризику гастроентерологічної патології, як штучне вигодовування і похибка в харчуванні. Для профілактики формування гастродуоденальної патології у дітей необхідно забезпечити максимальне отримання дитиною грудного вигодовування, мінімізувати вживання їжі, агресивної до органів травного тракту, починаючи з періоду новонародженості.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ, ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Дмитришин Б.Я., Лукашук В.Д., Головатюк Л.М., Ходаківська С.П., Сафонова Г.І., Бовкун О.А., Коротич Т.І., Вашкулат В.П., Кірічек В.М.

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

Особливості психоневрологічного статусу дітей, які часто хворіють на ГРВІ з обструктивним синдромом, завжди привертала увагу педіатрів, невропатологів, психологів. Актуальним залишається питання щодо первинності чи вторинності неврологічних змін стосовно до основної патології, зокрема на тлі доведення факту тісного зв'язку нервової та імунної систем. Все це визначило мету нашого дослідження.

За результатами ретроспективного спостереження за 56 дітьми молодшого та середнього шкільного віку з частими ГРВІ з бронхообструктивним синдромом виявлено, що нервово-психічні розлади в тій чи іншій формі спостерігаються у 89% дітей. Вони з'являлися після декількох епізодів перенесеного захворювання і утримувались у середньому впродовж півроку у разі відсутності повторних епізодів.

З урахуванням зазначеного провели обстеження 45 дітей 7-14 років з частими ГРВІ з бронхообструктивним синдромом (І група). Групу порівняння складало 26 дітей такого ж віку зі спорадичними випадками ГРВІ без синдрому обструкції. Всім дітям проводили загальноклінічне обстеження, консультацію невропатолога, ехо-, електроенцефалографію, психологічне тестування за загальноприйнятими методиками (тест для визначення рівня невротизації Айзенка, тест фрустраційної толерантності Розенцвейга і частковий варіант кольорових виборів Люшера).

В І групі найчастіше мали місце астенічні прояви різного ступеня, які характеризувалися в основному емоційними, в меншій мірі сенсорними та руховими розладами. Емоційні порушення домінували у вигляді невмотивованого колювання настрою – пригнічення або емоційне збудження (вимушений сміх, надмірна радість, безпричинні сльози, екзистенціальні страхи). Крім того, серед проявів астенії часто спостерігали знижену фізичну активність, втрату працездатності. У половини дітей визначалися зниження інтелектуальної працездатності, погіршення пам'яті.

Характерними були розлади сну (82,2% випадків): сповільнене засинання, безсоння, поверхневий нічний сон, часті тяжкі сновидіння, сонливість вдень. Крім того, у майже половини дітей виявили істероїдні риси характеру, зокрема егоцентризм, демонстратизм у мові та поведінці. Цим дітям властива емоційна лабільність, поєднана зі зниженням екстравертності, що проявляється деякою загальмованістю та інертністю. Рівень нейротизму дещо вищий, ніж в групі порівняння.

У обстежених дітей визначаються наступні риси особистості: – підвищена сенситивність (схильність до сильних емоційних реакцій, чутливість до стосунків з людьми, потреба співчуття, співпереживання); – знижена гіпертимність (вітальна сила), що пояснює зниження ініціативності, активності, песимізм; – інертність афекту, «заstopорення» на якійсь емоції; – дистимність (зниження настрою), що формує поведінкові реакції.

За результатами теста Люшера зелений колір (основний, що разом з червоним відповідає за самозбереження) у половини обстежених І групи витіснений у блок групи байдужих чи відторгнених (відхилених) кольорів, тоді як коричневий (пасивний) перемістився до зони основних.

Таким чином, діти з частими епізодами ГРВІ в поєднанні з бронхообструктивним синдромом зазнають значного несприятливого впливу на психологічний статус і потребують психологічної допомоги.

ДИСЕЛЕМЕНТОЗ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВАХ

Дубова Г.В., Бордюгова О.В., Коваль О.П.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

Проживання дітей на техногенно забруднених територіях супроводжується постійним потраплянням до організму токсичних і потенційно токсичних елементів, їх накопиченням, що призводить до гострої та/або хронічної інтоксикації, етіопатогенетично впливає на розвиток захворювань, знижує ефективність лікувально-реабілітаційних заходів. При цьому перевищення допустимого вмісту токсичних та потенційно токсичних хімічних елементів може призводити до дефіциту життєво необхідних мінеральних речовин. Дефіцит життєво необхідних хімічних елементів також є наслідком недостатнього надходження останніх до організму або неповного їх засвоєння внаслідок порушення роботи шлунково-кишкового тракту.

Метою даної роботи була оцінка вмісту 33 хімічних елементів (9 токсичних, 8 потенційно токсичних і 16 життєво необхідних) у дітей, що живуть в екологічно несприятливих умовах Донбасу. Об'єктом обстеження стали 464 дитини (246 хлопчиків і 218 дівчаток) з різноманітною хронічною патологією віком від 1 місяця до 18 років. Про вміст хімічних елементів в організмі судили за результатами спектрального аналізу волосся методами атомно-емісійної спектрометрії в індуктивно-зв'язаній плазмі та атомно-абсорбційної спектрометрії з електротермічною атомізацією.

Фізіологічні показники макро- та мікроелементів у обстежених були відсутні. Перевищення допустимого вмісту токсичних та потенційно токсичних хімічних елементів констатовано у 401 (86,4%): кадмій – у 211 (45,5%), свинець – у 183 (39,4%), барій – у 87 (18,8%), алюміній – у 73 (15,7%), ртуть – у 46 (9,9%), вісмут – у 12 (2,6%), талій – у 2 (0,4%); стронцій – у 321 (69,2%), олово – у 62 (13,4%), нікель – у 324 (69,8%), кремній – у 77 (16,6%), бор – у 65 (14,0%), літій – у 61 (13,1%), миш'як – у 49 (10,6%), ванадій – у 43 (9,3%) Звертало увагу, що надлишок кадмію та нікелю вірогідно частіше ($p < 0,05$) спостерігався у дітей з алергічними захворюваннями, свинцю та стронцію – у обстежених з патологією кістково-суглобової системи, ртуті і миш'яку – у пацієнтів із захворюваннями нервової системи, барію і талію – у дітей з алопецією, вісмуту та олова – при захворюваннях органів дихання. У 459 (98,9%) виявлено дефіцит життєво необхідних елементів: хрому – у 349 (75,2%), йоду – у 321 (69,2%), кобальту – у 316 (68,1%), кальцію – у 312 (67,2%), заліза – у 309 (66,6%), фосфору – у 304 (65,5%), селену – у 298 (64,2%), марганцю – у 287 (61,9%), цинку – у 264 (56,9%), калію – у 259 (55,8%), натрію – у 231 (49,8%), магнію – у 227 (48,9%), сірки – у 221 (47,6%), міді – у 219 (47,2%), молібдену – у 29 (6,3%) чол. Важливо відзначити, що дефіцит хрому достовірно частіше ($p < 0,05$) мали діти з надлишковою масою тіла, селену – пацієнти з алергічними захворюваннями і синдромом вторинної імунної недостатності, дефіцит кобальту і заліза – діти з хронічною патологією шлунково-кишкового тракту, дефіцит кальцію, магнію, марганцю, фосфору, цинку – обстежені з патологією кістково-суглобової системи; дефіцит калію спостерігався у всіх дітей з серцево-судинною патологією.

Таким чином, у всіх дітей, що живуть в екологічно несприятливих умовах, є патологічні зміни показників макро- і мікроелементів, які полягають, з одного боку, у перевищенні допустимого вмісту токсичних (74,8% чол.) і потенційно токсичних (82,5% чол.) хімічних елементів, а з іншого – в дефіциті життєво необхідних хімічних елементів (98,9% чол.), що важливо враховувати при складанні лікувально-реабілітаційних програм щодо поліпшення їх фізичного, психічного здоров'я та працездатності.

ПРОДУКЦІЯ ПРОЗАПАЛЬНОГО ЦИТОКІНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ 1В У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця

Хронічний гломерулонефрит вважається одним із найбільш розповсюджених хронічних захворювань нирок, що характеризується прогресуючим перебігом з формуванням ниркової недостатності та ранньою інвалідизацією пацієнтів. Вважається, що гломерулонефрит є імунотоксичним захворюванням, при якому активуються моноцити і у кров виділяється широкий спектр біологічно активних сполук. Відомо, що у розвитку гломерулярного пошкодження і нефросклерозу особлива увага надається прозапальним цитокінам, перш за все ІЛ-1 β . Доведено, що ІЛ-1 β є ключовим цитокіном, який індуктує розвиток каскаду інших прозапальних цитокінів при хронічному гломерулонефриті. Це призводить до гломерулярних та тубулоінтерстиціальних пошкоджень і стимулює фіброгенез нефронів, тому ІЛ-1 β вважається одним із факторів прогресування хронічного гломерулонефриту.

Метою нашої роботи було визначення рівня прозапального цитокіну ІЛ-1 β у дітей, хворих на хронічний гломерулонефрит.

Під спостереженням знаходилися 64 дитини, хворих на хронічний гломерулонефрит, серед яких 44 (68,75%) із гематуричною та 20 (31,25%) дітей з нефротичною формою. Обстежено 35 (54,69%) хлопчиків та 29 дівчаток (45,31%). Середній вік дітей становив $11,73 \pm 3,63$ року. В дослідження увійшли діти із рівнем швидкості клубочкової фільтрації >90 мл/хв., на І стадії ХЗН. Під спостереженням було 29 (45,31%) дітей із частковою клініко-лабораторною ремісією, а в період повної клініко-лабораторної ремісії – 35 (54,69%) пацієнтів. Кількісне визначення ІЛ-1 β проводилося методом імуноферментного аналізу (ELISA) за допомогою стандартних наборів реактивів.

Аналіз вмісту ІЛ-1 β в крові обстежених нами дітей показав його достовірне підвищення як у дітей із гематуричною формою (у 3,2 раза), так і при нефротичній формі гломерулонефриту (у 3,3 раза) ($p < 0,05$). ІЛ-1 β був достовірно підвищений при частковій клініко-лабораторній ремісії ($13,51 \pm 0,39$) пг/мл (у 1,8 раза) у порівнянні із обстеженими із повною клініко-лабораторною ремісією ($7,46 \pm 0,57$) пг/мл та із здоровими дітьми ($3,16 \pm 0,24$) пг/мл (у 4,2 раза). При дослідженні показника ІЛ-1 β в залежності від віку встановлено його достовірне зростання у всіх вікових групах у порівнянні із здоровими дітьми. При аналізі показників прозапального цитокіну ІЛ-1 β у обстежених дітей в залежності від тривалості захворювання мало місце достовірне підвищення цитокіну (у 3 рази), як у дітей із тривалістю більше 5 років, так і у хворих із тривалістю менше 5 років ($p < 0,05$), що може свідчити про збереження активності запального процесу при тривалому перебігу хронічного гломерулонефриту. Також нами показано, що у дітей, хворих на хронічний гломерулонефрит, незалежно від рівня ІЛ-1 β була зниженою ШКФ (на 6,4% при нормальному рівні ІЛ-1 β та на 8% при підвищеному рівні ІЛ-1 β) ($p < 0,05$). Аналізуючи вплив активності запального процесу на показники гемопоезу, ми відмітили вдвічі нижчий вміст еритропоетину при наявності підвищеного вмісту рівня ІЛ-1 β >11 пкг/мл у порівнянні із нормальним його вмістом ($p < 0,05$). При проведенні кореляційного аналізу між показниками ІЛ-1 β та еритропоетину виявлено сильний зворотній зв'язок ($r_{xy} = -0,67$) ($p < 0,05$), що підтверджує вплив активності запального процесу на показник еритропоетину.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Дудник В.М., Вишга Ю.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

В країнах світу відмічається стрімке збільшення числа дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) (0,4 на 1000 дитячого населення). Саме тому встановлення діагностичних маркерів захворювання, дослідження кореляції з основними показниками активності запального процесу – основні напрямки досліджень в дитячій ревматології. Саме тому метою нашого дослідження було оцінити вміст антитіл до модифікованого цитрулінованого віментину (анти-МЦВ) в залежності від особливостей клінічного та лабораторного перебігу ЮРА.

Матеріали та методи дослідження. В процесі дослідження ми комплексно обстежили 82 дитини хворих на ЮРА (47 дівчаток та 35 хлопчиків), що знаходились на лікуванні в ВОДКЛ. Середній вік пацієнтів склав $11,9 \pm 3,2$ року. Група контролю склала 30 практично здорових дітей. Комплексне обстеження включало: загальноклінічне, біохімічне дослідження, а також кількісне визначення вмісту анти-МЦВ в сироватці крові методом ELISA.

Результати досліджень. Серед обстежених дітей суглобова форма ЮРА відмічалась у 76 (92,6%) та у 6 (7,4%) – суглобово-вісцеральна, окрім того, суглобовий синдром по типу моноартриту спостерігався у 41 (50%), олігоартриту – у 23 (28%) та поліартриту у 18 (22%) пацієнтів, що супроводжувалось відчуттям ранкової скрутості у 67 (81,7%) та інтоксикаційним синдромом – у 43 (52,4%) дітей. У 12 (14,6%) дітей були виявлені позасуглобові прояви ЮРА у вигляді переднього увеїту та кардіоміопатії. Перебіг ЮРА супроводжувався помірними активністю запального процесу у 54 (65,8%) та ступенем функціональних змін у 53 (75,7%) дітей, а також рентгенологічними змінами I ступеня у 61 (74,3%) пацієнтів. У 39 (47,5%) обстежених дітей захворювання мало швидкопрогресуючий перебіг з більш істотними функціональними порушеннями у 18 (21,9%) та рентгенологічними змінами у 23 (28%) пацієнтів.

Аналіз активності запального процесу свідчив про його помірний ступінь за ШОЕ та вмістом С-реактивного протеїну у 53 (64,6%) та 56 (68,2%) дітей відповідно ($p < 0,05$). Крім того, відзначалось достовірне підвищення вмісту серомукоїду у 46 (56,1%) та сіалових кислот у 42 (51,2%) пацієнтів ($p < 0,01$). У 68 (82,9%) дітей з ЮРА було встановлено підвищення вмісту ЦІК, а у 61 (74,3%) – загального сироваткового ІgG в порівнянні з показниками здорових дітей ($p < 0,05$). У 57 (69,5%) дітей з ЮРА були виявлені зміни при ультразвукографії колінних суглобів за рахунок ексудативного та проліферативного синовіїту. У 57 (69,5%) обстежених дітей відмічалось достовірне підвищення вмісту анти-МЦВ в сироватці крові, в порівнянні з показниками здорових дітей ($p < 0,05$). Підвищення вмісту антитіл до модифікованого цитрулінованого віментину визначалось із однаковою частотою серед дітей з різною тривалістю захворювання, незалежно від статі та віку. Сильний прямий зв'язок був встановлений між показниками вмісту анти-МЦВ та С-реактивного протеїну (r ху від 0,78 до 0,91, $p < 0,01$), а зв'язок середньої сили між показниками анти-МЦВ, ЦІК та ІgG (r ху від 0,62 до 0,69, $p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані переконливо доводять необхідність визначення вмісту анти-МЦВ в якості достовірного маркера ЮРА.

РЕЗЕРВЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ПЕДИАТРИИ

Дука Е.Д., Дука И.Г.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», м. Днепропетровск

Анализ динамики эволюции всего живого на земле свидетельствует о том, что человек находится на вершине биоэнергетической лестницы эволюции, а «сползание» с неё приводит к нарушению в организации клеточных структур и развитию патологии. Чем выше уровень здоровья, тем меньше вероятность развития эндогенных факторов риска манифестных форм заболеваний. Возникновение острых инфекционных заболеваний лишь отчасти зависит от традиционных факторов риска.

Открытие новых факторов риска – возможность найти новые резервы здоровья детей. В условиях медицинской реформы важно понять, зачем здоровому ребенку наблюдение специалиста. А также, до какого возраста необходимо наблюдение и кто должен наблюдать, семейный врач или педиатр. Ни тех, ни других в настоящее время не хватает катастрофически. Даже педиатры сегодня забывают о выделении детей с так называемым преморбидным фоном. Мы говорим о здоровье, как об отсутствии заболеваний и способности организма выполнять биологические и социальные функции. Это обеспечивается самоорганизацией организма ребенка, в основе которой лежит адаптация, гомеостаз, реактивность и резистентность, онтогенез и др.

Проведение скрининга заболеваний в периоде новорожденности подразумевает предполагаемую их идентификацию. Все скринирующие факторы должны быть направлены на повышение мощности и эффективности ранней диагностики. Отсюда может быть создана эффективная система управления болезнью и здоровьем. Такая система управления – это не только компетенция врача, но и родителей ребенка. Эффективность скрининговых программ можно разработать путем проведения рандомизированных исследований. Ценность скрининговых программ должна быть установлена относительно определенных характеристик патологических состояний. Так, ряд метаболических заболеваний, которые могут диагностироваться и лечиться в периоде новорожденности, до появления симптомов заболевания быстро увеличивается. Проводимый сейчас скрининг новорожденных на гипотиреоз и фенилкетонурию не совсем удовлетворяет нынешнюю ситуацию. В США, например, проводят скрининг на галактоземию и гемоглобинопатию. Недоношенные и больные новорожденные должны скринироваться в возрасте не менее одной недели. Независимо от результатов предшествующего скрининга диагностическое исследование должно проводиться, если имеется какое – либо клиническое подозрение.

На сегодня важным вопросом является здоровье детей, рожденных с экстремально низкой массой. Какие условия их выхаживания наиболее эффективны? Сколько таких детей станут полноценными? Эта проблема совершенно нова и в условиях медицинской реформы должна занять одно из важных и неотложных проблем современной медицины. Создание перинатальных центров еще не в состоянии обеспечить наблюдение таких детей до такого возраста, когда их можно передать педиатру, а тем более семейному врачу. Поэтому не секрет, что многие такие дети продолжают наблюдаться неонатологами до 3-5-летнего возраста.

Разработка четких рекомендаций для педиатров и семейных врачей по выхаживанию и наблюдению недоношенных детей и детей, родившихся с экстремально низкой массой, сегодня является первоочередной задачей педиатров и неонатологов.

СТАН ЕНЕРГОМЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ МІОКАРДА У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ

Дука К.Д., Чергінець В.І., Іванусь С.Г., Ільченко С.І.

Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня №2» ДОР, м. Дніпропетровськ
ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України, м. Дніпропетровськ

Науковий інтерес представляє вивчення ознак дисфункції клітинної біоенергетики міокарда у дітей з хронічною бронхолегеневою патологією, що супроводжується хронічною тканинною гіпоксією, яка є однією з основних патогенетичних ланок формування вторинних кардіоміопатій з розвитком метаболічного стресу і появою ознак мітохондріальної недостатності. На жаль, в дитячій кардіології цій проблемі приділяється недостатня увага. Тому поглиблене вивчення цитохімічних змін у таких дітей дозволить підвищити якість ранньої діагностики та ефективність диференційованої терапевтичної корекції виявлених порушень, що в свою чергу сприятиме покращенню енергометаболічного і функціонального стану міокарда, попередженню прогресування хвороби та поліпшенню прогнозу.

Дослідження енергометаболічної активності міокарда на підставі визначення активності мітохондріальних ферментів лімфоцитів периферичної крові (сукцинатдегідрогеназа (СДГ), лактатдегідрогеназа (ЛДГ), гліцерофосфатдегідрогеназа (α -ГФДГ)) у дітей з первинним (ПХБ) і вторинним хронічним бронхітом (ВХБ) дозволило встановити наступні закономірності. З'ясувалося, що у дітей з ПХБ спостерігалось зменшення інтенсивності клітинного енергообміну у вигляді зниження активності ферменту СДГ до $16,7 \pm 0,19$ гр/кл в порівнянні з показником дітей контрольної групи ($17,6 \pm 0,21$ гр/кл, $P < 0,05$). Істотніші зміни активності ферменту зафіксовані у хворих з ВХБ, де середнє значення СДГ склало $13,8 \pm 0,11$ гр/кл і виявилось в 1,3 раза менше, ніж у здорових дітей ($P < 0,001$). Підвищення активності ферменту ЛДГ у групах хворих на ХБ також було вірогідним у порівнянні з контрольною групою ($13,8 \pm 0,17$ гр/кл). Зокрема, у дітей з ПХБ рівень ензиму зростав до $14,3 \pm 0,14$ гр/кл ($P < 0,05$), а при ВХБ – до $20,4 \pm 0,12$ гр/кл ($P < 0,001$). Середнє значення α -ГФДГ виявилось зниженим до $17,4 \pm 0,18$ гр/кл у дітей з ПХБ і до $16,7 \pm 0,11$ гр/кл – у пацієнтів з ВХБ ($P < 0,001$).

При розгляді міри відхилень від нормативу активності ферментів у хворих із хронічним бронхітом (ХБ) встановлено, що якщо у дітей з ПХБ перше рангове місце належить порушенню активності α -ГФДГ у вигляді її депресії, а останнє – порушенню метаболізму ЛДГ у вигляді підвищення її активності, то у хворих на ВХБ, навпаки, перший ранг має підвищення активності ЛДГ, а останній – депресія активності α -ГФДГ.

Встановлено, що міра дисбалансу ферментів серед пацієнтів з ХБ виявилася більше вираженою у дітей з ВХБ, яка в 4,6 раза перевищувала таку у хворих, що страждають на ПХБ. При цьому ступінь зниження інтенсивності клітинного енергетичного обміну має тісний кореляційний зв'язок з тривалістю хронічного запалення ($r = 0,56$ і $r = 0,68$ відповідно по групах; $P < 0,05$), ступенем вентиляційних порушень ($r = 0,32$ і $r = 0,57$; $P < 0,05$) та ступенем функціональних порушень ССС ($r = 0,61$ і $r = 0,64$; $P < 0,05$).

Абсолютно очевидно, що закономірна констатація енергометаболічних розладів послідовно веде у таких хворих до зниження пластичних можливостей міокарда, порушення утилізації в них енергії і, як наслідок, до розвитку дистрофічних змін в кардіоміоцитах. В зв'язку з цим дітям з ХБ показано використання метаболічної коригуючої терапії, спрямованої на відновлення втраченої клітинної енергетичної здатності міокарда.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС, СИНДРОМОМ ВЕГЕТО-ВІСЦЕРАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Дука К.Д., Мишина Н.В., Македонська І.В., Єфанова А.О., Мишина Т.В., Карнацька Т.А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія», м. Дніпропетровськ
Дитяча міська клінічна лікарня №5, м. Дніпропетровськ

Вегето-вісцеральні порушення, як прояви перинатального ураження нервової системи, а також незрілості окремих мозкових структур, широко розповсюджені в клінічній неврології дітей раннього віку [2, 3, 4, 5]. Доведено, що вегето-вісцеральні дисфункції найчастіше проявляються [1] у вигляді порушень функції шлунково-кишкового тракту: пілороспазму, кишкових кольок, порушень перистальтики, функціональних закрепів. Останні мають перебіг на фоні високо розповсюджених дисбіотичних порушень кишківника. Іншими видами вісцеральних дисфункцій у дітей раннього віку є порушення ритму дихання, недостатня прибавка маси тіла, зміни кольору шкірних покривів (зазвичай у вигляді посиленого судинного малюнку чи блідості), порушення терморегуляції [6].

Найбільш поширеним клінічним синдромом у дітей грудного віку є гастроєзофагеальний рефлюкс (GER), який найчастіше зникає у віці від 6 міс. до 1 року. Найбільша ж частота GER (у 40-65% дітей) спостерігається у віці від 1 до 4 міс. Метою нашого дослідження, яке проводилось у відділенні неврології раннього віку ДМКЛ №5 м. Дніпропетровська протягом 2009 – 2011 років була оптимізація комплексного лікування GERD у 35 дітей раннього віку з перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням нервової системи. Провідним синдромом був GERD різного ступеня, який призводив до дефіциту маси тіла і розвитку гіпотрофії різних ступенів тяжкості (гіпотрофія I – у 19 дітей, гіпотрофія II – у 16 дітей). Інші вегетативні-порушення у цих дітей: кишкові кольки – у всіх дітей, порушення сну – 27 дітей, диспное – у 9 дітей, шкірні прояви – у 60%, порушення терморегуляції – у 2 дітей.

В комплексній терапії ми використовували раціональне вигодовування з дотриманням правил техніки, а також корекцію харчування (збільшення частоти прийомів, зменшення об'єму, збільшення щільності їжі). Ефективним було призначення антирефлюксних молочних сумішей (Детолакт-антирефлюкс, Фрисовом-1, Фрисовом-2, Хумана AR, Лемолак, Нутрилон-антирефлюкс). З методів медикаментозної корекції GERD ми використовували препарат комплексної дії Цераксон по 100 мг два рази на день, як протикінетичний агент метоклопрамід (реглан) в дозуванні 0,1 мг/кг 2-3 рази на день внутрішньом'язово; препарати для лікування метеоризму, кишкових кольок, такі як Еспумізан L по 1 мл перед кожним прийомом їжі та кармінативум бебінос по 3-6 крапель 3 рази на день до досягнення ефекту. Після дослідження калу на дисбактеріоз ми призначали корекцію мікрофлори з використанням специфічних комплексних та моно- бактеріофагів. Найчастіше у дітей з перинатальними ураженнями нервової системи зустрічалась комбінація виділення у високих титрах таких патогенних та умовно патогенних агентів, як золотистий стафілокок, клебсієлла, протей, гемолізуєча кишкова паличка. Для корекції рівнів облігатної мікрофлори та другим курсом в лікуванні дисбіозу кишківника ми включали в терапію мультипробіотик вітчизняного виробництва Сімбітер.

Покращення стану ми спостерігали у всіх дітей з різними строками появи позитивного ефекту в залежності від ступеня тяжкості GERD: зменшувалась кількість зригувань, поступово відновлювалась маса тіла, змінювався колір шкірних покривів, покращувався тургор м'яких тканин, нормалізувався сон та апетит дитини. Безумовно, в залежності від основної нозологічної форми ураження ЦНС, ми проводили базову неврологічну терапію.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІПІНУ ПРИ ПОРУШЕННЯХ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ

Дука К. Д., Ільченко С. І., Іванусь С. Г.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Серед не вивчених в етіопатогенезі бронхолегеневої дисплазії на сьогодні є, насамперед, такі питання: які ж особливості морфо-функціонального стану легень впливають на запуск неадекватної репарації або пневмофіброзу та що призводить до незворотних змін в легенях? У недоношених дітей має місце низька активність антиоксидантного захисту легень, дефіцит антипротеаз та відносна адренкортикальна недостатність. Ці особливості є основними в розумінні того, чому так важко контролювати запалення у дітей з БЛД. За нашими спостереженнями та даними інших дослідників, є діти з різною чутливістю до дії кисню та ШВЛ. Тільки чверть дітей, при майже однакових умовах реанімаційної допомоги, формують БЛД. Пошук нових засобів профілактики ремоделінгу бронхів у дітей з БЛД допоможе знизити інвалідизацію та підвищити якість життя дітей з даною патологією.

В педіатричній пульмонології, інтенсивно розвивається метаболічний напрямок терапії. В цьому плані важливі препарати ліпосомальної дії, а саме ліпін, який має антигіпоксичні, метаболічні властивості; нормалізує процеси тканинного дихання, функціональну активність ендотеліальних клітин; інгібує процеси ПОЛ і має мембранопротекторний ефект.

Метою даного фрагменту дослідження було визначення ефективності інгаляцій ліпіну у дітей з хронічною БЛД на рівень антитрипсину, фактору росту TGF- β та мітохондріальних ферментів. Проведено клініко-анамнестичне, інструментальне та імуноцитохімічне обстеження 16 дітей віком від 1 до 3 років, що страждають на БЛД в хронічній стадії. Імуноцитохімічне дослідження показало, що серед обстежених дітей можна було виділити групу ризику по розвитку пневмосклерозу, коли рівень сироваткового TGF- β виходив за межі середніх значень в групі. Результати досліджень стверджують ефективну позитивну дію курсу ліпіну у дітей з хронічною БЛД на деякі показники. Після лікувального курсу підвищився енергетичний потенціал лімфоцитів. Середнє значення альфа-1-антитрипсину в групі знизилось за рахунок зменшення активності у дітей з високими показниками, але корекції дефіциту цього ферменту не відбулось. Отже, ліпін може використовуватись в програмі реабілітації дітей, які страждають на БЛД, з метою профілактики розвитку енергодефіцитного стану.

СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ І ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ У МАТЕРІВ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Сгоров О.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків
Дорожня клінічна лікарня станції Харків, м. Харків

Створення нових технологій органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки один із перспективних напрямів клінічної онкології останніх років. Абсолютно не вивченим залишається питання про стан здоров'я дітей, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування.

Метою дослідження було вивчення стану новонароджених і дітей, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки.

Основну групу склали 45 новонароджених, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку шийки матки. До контрольної групи увійшли 35 новонароджених, які народилися у матерів з фізіологічним перебігом вагітності і неускладненим анамнезом.

Двоє дітей основної групи, народжених на 30-31 тижні вагітності і таких, що мали вагу від 1100 до 1200 грамів, померло на 3-4 добу після пологів у зв'язку з глибокою недоношеністю і розвитком респіраторного дистрес-синдрому. Перинатальна смертність в контрольній групі склала 0%. У основній групі 9 (20,0%) дітей мали при народженні вагу менш 2500 грамів, 7 (15,6%) народилися з вагою від 2500 до 2999 грамів, 29 (64,4%) – від 3000 до 3499 грамів. Середня вага новонароджених склала 2698 ± 169 грамів. У основній групі 3 недоношених дітей оцінені за шкалою Апгар на 1 хвилині в 5 балів, на 5 хвилині в 6 балів, 4 новонароджених оцінені в 7-8 балів. Останні мали оцінку за шкалою Апгар 8-8 і 8-9 балів. Всі 43 дитини основної групи зростають і розвиваються нормально. Відхилень в розумовому і фізичному розвитку не виявлено. У жодного з 43 дітей, у котрих проводилося дослідження метаболічного профілю сечі, не виявлено змін метаболізму. Термін спостереження від 2 до 15 років. У контрольній групі 1 (2,9%) новонароджений мав вагу менше 2500 грамів, 4 (11,4%) – від 2500 до 2999 грамів, 17 (48,6%) – від 3000 до 3499 грамів, 13 (37,1%) – від 3500 до 4000 грамів. Середня вага склала 3389 ± 263 грамів. Всі діти контрольної групи при народженні оцінені за шкалою Апгар в 8-8 і 8-9 балів.

Таким чином, середня вага дітей, народжених у матерів, що перенесли органозберігаюче лікування передраку і початкових стадій раку шийки матки, була нижче (2698 ± 168 грамів), ніж у дітей контрольної групи (3389 ± 263 грамів). Цей факт, а також високу перинатальну смертність в основній групі можна пояснити частішим виникненням передчасних пологів.

Проведене обстеження показало, що всі діти зростають і розвиваються без істотних відхилень від вікових норм. Відставань в розумовому і фізичному розвитку не виявлено. У жодного з 43 дітей, у яких проводилося дослідження метаболічного профілю сечі, не виявлено змін метаболізму. Термін спостереження від 2 до 15 років. Це свідчить про відсутність негативного впливу перенесеного онкологічного захворювання на здоров'я потомства у матерів, які перенесли органозберігаюче лікування.

БРОНХОЛЕГЕНЕВА ДИСПЛАЗІЯ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Срохіна О.І., Буднік Т.В., Білецька Л.М., Уманська О.Ю., Гейвах В.С., Макогонов С.Г.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ
Луганська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Луганськ

Передчасні пологи та народження недоношеної дитини найбільш несприятливий фактор розвитку респіраторного дистрес-синдрому новонароджених (РДС). Ці діти потребують проведення штучної вентиляції легень із високими концентраціями кисню, тяжким ускладненням якої може бути розвиток бронхолегеневої дисплазії (БЛД). Сучасні високотехнологічні методи інтенсивної терапії та реанімації недоношених новонароджених, використання сурфактанту дозволили досягти значних успіхів у лікуванні та зниженні рівня смертності серед цих дітей, що призвело до збільшення частоти БЛД у всьому світі.

Питома вага передчасних пологів в Україні становить 4-5,5%, що співпадає з даними інших країн. За останні роки у Луганській області частота народження недоношених дітей відносно стабільна (4,4 – 4,13%). Новонароджені з вагою від 500 до 1499 грамів складають 15% від усіх недоношених, а в структурі неонатальної смертності – 40%. Статистична звітність щодо частоти БЛД у структурі дитячої смертності на сьогодні відсутня. Тому метою нашого дослідження було ретроспективно проаналізувати усі випадки БЛД серед дітей першого року життя, що лікувалися у профільних відділеннях ЛОДКЛ у 2008-2011 рр.

За три роки у Луганській області померло 26 дітей із ознаками БЛД, підтвердженими морфологічно. У структурі дитячої смертності частка БЛД зростає з 3% у 2009 до 5% у 2010 р. та склала 4,3% у 2011 р. Серед хлопчиків ця патологія розвивалась у 1,8 раза частіше, ніж серед дівчаток (65% проти 35%). У 38,5 % випадків вага дітей при народженні не перевищувала 1500 г., а у 65,5% – не перевищувала 2500 г. Більша кількість дітей (68,5%) померла у віці 2-6 міс, з них 80% на другому місяці життя, 34,6% – у перші 28 днів життя.

Гістологічно у легенях померлих дітей частіше виявлялися ознаки “нової” БЛД: порушення диференціювання паренхіми у 23%, помірний септальний, перібронхіальний фіброз та запалення – у 70%, ураження епітелію. “Стара” БЛД з ознаками вираженої деструкції відносно незрілих легеневих структур (кісти, дифузне ураження дихальних шляхів, гнійне запалення, паренхіматозний фіброз) виявлені у 4 –х дітей (15%). За даними проведеного аналізу найбільш вагомими факторами несприятливого перебігу БЛД стали: тяжкий перебіг РДС (73% дітей), інфекції, сепсис (71%), чоловіча стать (65%), первантаження рідиною (62%), гестаційний вік менший 32 тижнів (58%), внутрішньоплощочкова кровотеча (27%), маса тіла <1500 г (28%).

Протягом останніх років виживаність пацієнтів з БЛД підвищилась. Кількість дітей, що отримувала сурфактантну терапію з приводу РДС, сформувала БЛД та лікувалася в ЛОДКЛ зростає з 2 дітей у 2009 році до 5 у 2011 році, однак показники менші порівняно з іншими регіонами та країнами.

Таким чином, на сучасному етапі відмічається більш легкий перебіг БЛД, недостатня обізнаність лікарів з даною проблемою й відповідно гіподіагностика означеного стану. Виникає необхідність у розробці комплексної програми реабілітації дітей із БЛД, яка сприятиме зниженню рівня її розвитку у недоношених та інвалідизації хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАНЯТЬ З МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Загородній М.П., Маркевич В.Е.

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Практичному лікарю вкрай важко зорієнтуватися в розмаїтті спадкової патології. Знання практичних лікарів з клінічної генетики, на думку директора інституту медичної генетики Гречаніної О.Я. (2007), ще залишаються мінімальними та не дозволяють відносити спадкові захворювання до диференційно-діагностичних критеріїв при уточненні складного діагнозу.

Задачею нашого дослідження було на основі анкетування 36 лікарів-інтернів, що проходили поглиблення знань на кафедрі педіатрії з курсом медичної генетики, висвітлити основні проблеми в освоєнні програми медичної генетики. Цикли медичної генетики для інтернів за передбаченою програмою поводяться у вигляді лекцій, семінарів та практичних занять.

На заняттях використовуються спеціально розроблені лекції з демонстрацією хворих, вивчаються медичні карти стаціонарних хворих, які лікувалися в клініці, демонструються навчальні фільми, зібрані фотографії хворих, аналізуються результати лабораторних та інструментальних досліджень дітей зі спадковою патологією. Приділяється увага ситуаційним задачам з елементами ділової гри. При цьому звертається увага на можливості пренатальної діагностики в області та республіканських центрах медичної генетики. В кінці курсу проводиться комп'ютерне тестування.

В результаті анонімного анкетування встановлено, що 91,7% респондентів задоволені циклом, і всі (100%) вважають, що він є дуже корисний. Наявною програмою циклу задоволені 83,3% респондентів, проте за зміни в програмі проголосували лише 11,1% (незадоволені тривалістю циклу – він на їх думку дуже короткий). Майже у всіх інтернів є персональні комп'ютери (94,4%), що дозволяло використовувати підручники в електронному вигляді. Респонденти відмітили доброзичливе ставлення медперсоналу клініки до себе під час циклу. Радує той факт, що більше 30% лікарів-інтернів мають передплату періодичних медичних видань. Відмічено, що 88,9% респондентів щоквартально відвідує обласну наукову медичну бібліотеку, а 83,3% мають власну довідкову літературу в електронному вигляді. Не зважаючи на наявність електронних перекладачів, 77,8 інтернів відчувають потребу у вивченні іноземних мов і з них мали бажання вивчати іноземну мову під час проходження інтернатури (на платній основі). Серед респондентів 55,6% під час навчання в інституті брали участь у наукових дослідженнях та результати доповідали на науково-практичних конференціях. Серед опитаних 83,3% задоволені своїм вибором професії, проте на питання, чи поступали б в медінститут, якби була можливість повернутися на 6 років назад, то 39% відповіли, що ні (серед педіатрів цей показник 81,3%). І основною причиною цього є повне розчарування в заробітній платі при високому рівні відповідальності та вимогах пацієнтів до лікаря. На питання відношення інтернів до Болонської системи – 27,7% вважають, що вона вже впроваджена в медичних інститутах. Серед лікарів-інтернів 77,8% відвідали своє майбутнє місце роботи і залишилися ним задоволені 44,4% (серед педіатрів 25,0%). Це дає можливість передбачити бажання залишитися працювати за направленням. Слід зазначити, що в більшості випадків лікарям обіцяють житло чи кімнату в гуртожитку. Відмітили відчуття гордості за свою професію майже 70% респондентів.

Таким чином, наявна програма підготовки лікарів-інтернів відповідає їх очікуванням. Доцільно розглянути можливість збільшення тривалості циклу.

ВПЛИВ ЕЛЕКТРОСОН-ТЕРАПІЇ НА НЕЙРОГУМОРАЛЬНІ ФАКТОРИ У ДІТЕЙ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Зюкова І.Б., Каладзе М.М.

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

Значна поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) серед молодих людей зумовлює актуальність проблеми та пошук шляхів її профілактики та лікування.

Метою нашого дослідження було вивчити вплив електросну на динаміку показників кількісної продукції та ритму секреції мелатоніну, гормонів гіпофізарно-надниркової осі у хворих з різними формами артеріальної гіпертензії.

Нами обстежено 132 дитини (87 хлопчиків і 43 дівчинки) з артеріальною гіпертензією у віці від 12 до 17 років (середній вік $13,87 \pm 1,46$). Визначення рівня гормонів проводили з використанням методу імуноферментного аналізу (ІФА).

Електросон-терапія проводилась за допомогою апарата Електросон-4т імпульсним струмом низької частоти прямокутної форми в безперервному режимі роботи. Коливання підводилися до електродів, які накладалися на ділянку очних ямок і потиличну частину голови. Частота 5-10 Гц, тривалість процедури 20-40 хвилин, тривалість курсу – 10 процедур, що проводяться через день.

Всі діти були розподілені на 2 групи за діагнозом лабільна артеріальна гіпертензія (ЛАГ) -71 (54%), стабільна артеріальна гіпертензія (САГ) – 61 (46%).

При вивченні рівнів гормонів гіпофізарно-надниркової системи у дітей з АГ ми виявили зниження концентрації АКТГ до $14,36 \pm 0,74$ пг / мл ($p < 0,001$), підвищення рівня кортизолу до $494,36 \pm 13,45$ нмоль / л ($p < 0,01$), адреналіну до $5,08 \pm 0,14$ нмоль / л ($p < 0,001$) в порівнянні з контрольною групою.

При вивченні вмісту мелатоніну було виявлено, що у хворих з ЛАГ спостерігається зниження концентрації денного 6-СОМТ до $11,08 \pm 1,1$ нг / мл ($p < 0,001$), нічного 6-СОМТ до $85,14 \pm 3,87$ нг / мл і добового 6-СОМТ до $96,21 \pm 4,44$ нг / мл ($p < 0,001$) в порівнянні з контрольною групою. У хворих з САГ спостерігалася дещо інша продукція 6-СОМТ: в денній порції 6-СОМТ рівень склав $57,8 \pm 6,86$ нг / мл ($p < 0,001$), нічний – $76,22 \pm 7,12$ нг / мл ($p < 0,001$) та добовий 6-СОМТ до $134 \pm 8,76$ нг / мл ($p < 0,001$).

Після проведеного лікування відмічено достовірне підвищення рівня АКТГ до $18,23 \pm 2,54$ пг / мл ($p < 0,01$), але він не досягав групи контролю. У змісті гормонів наднирників відзначилася тенденція до нормалізації їх секреції: адреналін до $2,67 \pm 0,98$ нмоль / л ($p < 0,001$), кортизол до $349,3 \pm 21,56$ нмоль / л ($p < 0,01$). На тлі проведеної електросон-терапії відзначено достовірне підвищення рівня секреції денного мелатоніну в групі з ЛАГ і зниження його в групі САГ ($25,8$ нг / мл і $28,7$ нг / мл відповідно; $p < 0,001$) і відзначена тенденція до нормалізації його секреції. Нічний рівень секреції мелатоніну достовірно підвищувався в обох групах і склав у середньому 151 нг / мл, але не досягав групи контролю.

Таким чином, у дітей з АГ спостерігається зниження рівня АКТГ, підвищення активності кортизолу та адреналіну, а також має місце порушення кількісної продукції та ритму секреції мелатоніну.

Результати проведених досліджень показали, що при застосуванні електросну після курсу лікування відзначаються позитивні зміни в гормональному гомеостазі у дітей з артеріальною гіпертензією. Електросон-терапію можна розглядати як метод лікування артеріальної гіпертензії, обумовлений десинхронізом.

ЧОМУ В УНІВЕРСИТЕТІ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ПОТРІБНІ ВЕЛОТРЕНАЖЕРИ?

Іванько О.Г., Підкова В.Я., Пащенко І.В., Кизима Н.В., Пацера М.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Негативні тенденції розвитку сучасної цивілізації формують проблеми, пов'язані з погіршенням стану здоров'я дітей та підлітків. Однією з таких найгостріших проблем є артеріальна гіпертензія (АГ), яка досить часто починається у підлітковому віці і далі трансформується у гіпертонічну хворобу дорослих з притаманними їй кардіо-церебральними ризиками летальності. Водночас поширення АГ серед підлітків пов'язане із синдромом надмірної ваги на тлі гіподинамії, випадки якого значно почастишали останнім часом.

Як свідчать наші спостереження у 2008 – 2011 роках, виявлення АГ різних форм і ступенів серед 769 підлітків (625 дівчат і 225 юнаків) у віці 16-17 років, що почали навчання на першому курсі медичного, фармацевтичного і стоматологічного факультетів Запорізького державного медичного університету, становило 9,53% (5,76% серед дівчат і 20,0% серед юнаків). Із них у осіб обох статей гіпертензію «білого халата» у дослідженій субпопуляції діагностовано у підлітків – із частотою 2,59%, передгіпертензію («високі нормальні цифри артеріального тиску») – у 0,35%, лабільну АГ – у 2,94%, стабільну АГ 1 ступеня – у 2,0%, 2 ступеня – у 1,65% дітей. Таким чином, при середній кількості студентів-першокурсників у віці 16-17 років, яка дорівнює близько 250 особам на рік, приблизно 25 – 30 студентів можуть скласти групу ризику з формування гіпертонічної хвороби. Наші спостереження також підтвердили щільний зв'язок зайвої ваги та ожиріння з розвитком АГ. Дійсно, показник частоти виявлення підлітків із зайвою вагою та ожирінням становить у студентів медичного університету 11,83%; серед юнаків із АГ він дорівнює 46,34%, а серед дівчаток – 36,0%. При цьому, якщо припустити існування ескалації тяжкості перебігу АГ у підлітковому віці від передгіпертензії до лабільної, а далі стабільної АГ першого і другого ступенів, то виявляється щільний кореляційний зв'язок між рангом гіпертензії та частотою виявлення зайвої ваги і ожиріння. В умовах, що склалися, на наш погляд, необхідним є пошук і впровадження засобів реабілітації, спрямованих на корекцію артеріального тиску та контроль маси тіла у підлітків. Умови навчання в медичному університеті певним чином підказують можливий шлях започаткування реабілітаційних програм за умов часткового використання навчального часу, наданого для занять загальною фізичною культурою.

Як свідчать наші дослідження, створення велотренажерного залу на 5 місць та надання інструктора з фізичної реабілітації дозволяє здійснити проведення необхідної реабілітаційної програми АГ з усіма виявленими студентами під час профілактичного огляду першокурсників. Тренування на тренажерах здійснюються 2 рази на тиждень тривалістю 30-40 хвилин у період з жовтня до травня. Тренувальна програма потребує від студентів жорсткого дотримання відвідування занять із залученням в окремих випадках адміністративних важелів. За звітний період повний курс фізичної реабілітації пройшли 81 підліток з АГ. Під час тренувального процесу за результатами офісних багаторазових вимірювань, а також добового моніторингу артеріального тиску, у досліджених відзначено зниження артеріального тиску. Тренування підвищували фізичну працездатність за даними тесту PWC170 і не спровокували жодного ускладнення стану здоров'я. Також нами визначені тенденції до зниження у тренуваних студентів індексу маси тіла Кетле.

Таким чином, одержані результати свідчать про доцільність створення фітнес-залів безпосередньо в навчальному закладі, спеціалізованих на профілактиці прогресування артеріальної гіпертензії у студентів підліткового віку.

М'ЯСНІ ПРОДУКТИ У ХАРЧУВАННІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Казицька Н.М., Степаненко Т.І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Проблема дитячого харчування залишається актуальною. З одного боку це пов'язано зі зниженням біологічної цінності як самого харчового продукту, в порівнянні з попередніми десятиріччями, так і з використанням в обробці, зберіганні, приготуванні продуктів харчування нових технологій (барвники, консерванти, стабілізатори, посилювачі смаку, формоутворювачі та інше), які впливають на їх склад (по основних макро- та мікроелементах, вітамінах) та на біологічну цінність (зниження біодоступності незамінних амінокислот, наявність з складі насичених жирних кислот). М'ясні блюда прикорму є важливим компонентом раціону, а у дітей до 1 року життя, ще й єдиним джерелом повноцінного за амінокислотним складом білка, гемового заліза, яке має високу біодоступність, цинку, солей калію, магнію, кальцію, вітамінів В12, В1, В2 і В6.

З метою характеристики введення м'ясних продуктів нами було проведено анкетування батьків 231 дитини у віці 12-36 місяців. В анкеті були висвітлені питання строків введення м'ясних блюд, вид м'яса, характер блюд (промислового чи домашнього приготування).

Згідно з нашими даними, середній вік введення м'ясних блюд прикорму склав 7,5 місяця, що відповідає сучасним національним рекомендаціям по вигодовуванню дітей раннього віку. Однак, в одному випадку (0,43%) м'ясний прикорм був введений занадто рано – у 3-місячному віці, а у 28 дітей (12,12%) – запізно, після 9 місяців. Основними видами м'яса, які вибирають сучасні українці в харчуванні своєї родини виявились курятина та яловичина, які відносяться до м'яса з високим ступенем алергенності. Так, перше м'ясне блюдо з яловичини спробували 95 малюків (41,13%), а з м'яса курки – 61 дитина (26,41%). В 20,34% випадків введення м'ясного прикорму було розпочато з використання м'яса кролика, в 10,82% випадків – м'яса індички і тільки в 1,3% випадків – з використанням нежирної свинини.

Найбільш біодоступні по складу повноцінного білка та заліза види м'яса (кролик та яловичина), в якості першого м'ясного блюда прикорму почали літримувати 142 дитини (61,47%) в середньому в 7,3 місяця, а до 1 року ці види м'яса використовувались в раціоні вже у 198 дітей (84,85%). М'ясні блюда тільки з пташиного м'яса (курятина та індичка) використовувались у дітей до 1 року в 12,99% випадків. Кожна шоста дитина до 1 року спробувала тільки один вид м'яса. Продукти прикорму з печінки використовувались у харчуванні 7 дітей (3,03%) з 7,5-місячного віку.

Середі анкетованих родин в 79,22% випадків батьки вважали за потрібне самим в домашніх умовах готувати дитині м'ясні блюда. В 20 родин (8,66%) м'ясний прикорм розпочинався з використанням продуктів промислового виробництва. Використання м'ясних продуктів прикорму дітям до 12 місяців виключно промислового виробництва вибрала кожна восьма родина (12,12%).

Таким чином, нами було виявлено, що кожна 8 дитина розпочинає отримувати повноцінний тваринний білок та біодоступне залізо з м'ясних продуктів прикорму несвоєчасно, з переважанням більш пізніх строків введення; родини віддають перевагу більш повноцінним видам м'яса (яловичині та кролику); батьки вважають за краще самостійно готувати м'ясні блюда прикорму в домашніх умовах; відмічається більша частота односпрямованості і консерватизму у виборі м'ясних продуктів прикорму у дітей до 1 року.

КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Каладзе М.М., Мурадосілова Л.І., Юр'єва А.В.

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

Бронхіальна астма (БА) займає провідне місце серед хронічних захворювань дитячого віку. Продовжує зростати частота тяжких форм перебігу БА. В останні роки спостерігається значне зростання ролі психоемоційних розладів у патогенезі хронічних захворювань. Виражена тенденція до підвищення частоти і тяжкості БА у дітей різних вікових груп в значною мірою обумовлена недостатніми адаптаційними можливостями дитячого організму до тривалого впливу стресових екзо- і ендогенних факторів, першочергове значення серед яких можуть мати погіршення екологічних умов, психологічні стреси. Поведінка, як частина фенотипу, є найбільш об'єктивним маркером не тільки психоемоційного, але і фізіологічного стану дитячого організму, завжди має адаптивний сенс, що зберігається й в умовах патології. Визначення та зрозуміння особливостей поведінку у дітей з БА сприяє своєчасній діагностиці психоемоційних розладів та корекції терапії для досягнення контролю над БА.

Обстежено 137 дітей з БА різного ступеня тяжкості у віці 7-16 років, з них 103 дитини в період загострення, і 34 дитини в період ремісії захворювання. Обстеження дітей включало вивчення функції зовнішнього дихання методом спірографії, етологічний моніторинг з кількісним і якісним аналізом невербальної поведінки, визначення функціонального стану ЦНС методом ЕЕГ.

Дані спірографії свідчили про виразність дихальних порушень і гіпоксичних впливів на ЦНС. Аналіз біоелектричної активності головного мозку констатував неспецифічні легкі й помірні зміни у 76,6% дітей, хворих на БА, у вигляді дисфункції дієнцфально-стволових структур мозку зі зниженням α -індексу, амплітуди базового ритму, наявності патологічних хвиль θ - і Δ -діапазону. Кількісний аналіз етологічних протоколів виявив найбільшу активність мімічного, позовного і жестового каналів комунікацій у дітей. Підвищення мімічної активності відбувалося на тлі зниження жестової активності й вокалу. Зниження активності каналу вокалу відзначалося в обох фазах захворювання. Мімічна активність прямо корелювала з тяжкістю перебігу захворювання, а підвищення її відносної рухливості на тлі зниження позової і маніпулятивної активності відрізняло персистуючий перебіг БА від інтермітуючого. Адаптивний сенс поведінки при БА було спрямовано на збереження енергії в умовах гіпоксії. Якісний аналіз етологічних ознак дозволив встановити у дітей з БА часті еквіваленти агресивної поведінки (АП), субмісії, тривоги, депресії, найбільш в період загострення та при тяжкому перебігу захворювання, і зніження ознак дружелюбної поведінки (ДП), зміщеної активності, грумінга в порівнянні зі здоровими дітьми. При цьому елементи АП і субмісії поєднувались з посиленням депресивних проявів. Дані зміни на тлі зниження вокалу відображали значний рівень психоемоціонального напруження у дітей з БА, як наслідок порушення комунікацій, і були маркерами стрессового стану. Еквіваленти АП вірогідно частіше реєструвались у хлопчиків, а ознаки аутоАП – у дівчат. Прямі кореляційні взаємозв'язки статі з АП та елементами депресії, а зворотні взаємозв'язки статі з аутоАП і з грумінгом підтверджували вищезазвані особливості. Таким чином, прояви АП і депресії, як наслідок психоемоційної напруги, були більш властиві хлопчикам з БА. Більша частота грумінга, як буфера АП, у дівчаток свідчила про більш виражені адаптаційні можливості та являлася сприятливим етологічним маркером. Тривога з високою частотою зустрічалась в різні періоди захворювання як у хлопчиків, так і у дівчаток. На основі етологічного аналізу визначена головна типологія поведінки при БА у дітей: АП з елементами субмісії, аутоАП, соматогенної депресії.

Виявлені кореляційні взаємозв'язки показників ФЗД з етологічними особливостями свідчили про значну роль гіпоксії в розвитку стресу. Зниження бронхіальної прохідності вело до розвитку гіпоксії ЦНС і дезінтеграції центрів, що контролюють поведінку. Збереження етологічних розладів в обох фазах захворювання свідчила про хронічний характер психоемоційної напруги у дітей з БА.

ВИКОРИСТАННЯ БАЛЬНЕОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Каладзе М.М., Яніна Т.Ю., Ревенко Н.А.

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

Недостатня ефективність профілактичних програм у дорослих диктує необхідність пошуку нових ранніх превентивних заходів та їх зміщення в більш ранні вікові періоди. На початкових стадіях у дітей провідними в корекції артеріальної гіпертензії є немедикаментозні методи лікування. Враховуючи, що організм підлітків знаходиться в стадії формування, неприпустимо застосування агресивних фізичних факторів, які поряд з терапевтичним ефектом можуть викликати небажані побічні реакції. Тому в цей віковий період краще застосовувати фактори, які мають лагідні впливи і володіють потужним лікувальним потенціалом.

Мета роботи: визначити ефективність реабілітації з використанням бальнеотерапії у дітей з первинною артеріальною гіпертензією в залежності від рівня маркерів дисфункції ендотелію. Обстежено 112 дітей з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ), які пройшли лікування в санаторії «Ювілейний» (м. Євпаторія), середній вік $13,8 \pm 0,2$, з них хлопчиків – 65 (58%), дівчаток – 47 (42%). У контрольну групу (КГ) увійшли 20 здорових дітей, порівнянних за статтю і віком. Усім дітям проводили загальноклінічні та лабораторні дослідження. За результатами СМАД дітей з ПАГ розділили на дві групи: 66 дітей (59%) з лабільною артеріальною гіпертензією (ЛАГ) і 46 дітей (41%) зі стабільною артеріальною гіпертензією (САГ). Визначення рівня асиметричного діметиларгініна (АДМА) і ендотеліну-1 (ЕТ-1) в сироватці крові проводили з використанням методу імуноферментного аналізу за допомогою стандартних наборів тест-систем «Imundiagnostik», «R&D Systems». В залежності від проведеного лікування виділено дві групи: I-а група – 30 дітей, які отримали стандартний комплекс санаторно-курортного лікування (I-II руховий режим – дозована ходьба, ЛФК групова, прогулянки в прибережній зоні в відповідно до погодних умов, рухливі спортивні ігри; повноцінне збалансоване харчування; кліматолікування відповідно до сезону року; санація вогнищ хронічної інфекції; масаж комірцевої зони № 10), II-а група – 30 дітей, які отримали стандартний комплекс СКЛ і хлоридні натрієві ванни (мінералізація 20 г/л, 36-37 °С, 10-12 хвилин, № 8).

При вивченні маркерів дисфункції ендотелію у дітей з АГ ми виявили вірогідне підвищення ($p < 0,05$) рівня АДМА в порівнянні з контрольною групою в 2 рази ($0,59 \pm 0,04$ та $0,26 \pm 0,07$ мкмоль/л відповідно). Між групами ЛАГ і ПАГ достовірних відмінностей рівня АДМА не встановлено ($0,52 \pm 0,079$ мкмоль/л та $0,69 \pm 0,10$ мкмоль/л).

Середній рівень ЕТ-1 у дітей з ПАГ був в 1,9 раза достовірно вищим ($p < 0,05$), ніж рівень контрольної групи і склав відповідно $5,6 \pm 0,12$ та $2,9 \pm 0,07$ пг/мл. Між групами ЛАГ і ПАГ достовірних відмінностей рівня ЕТ-1 не виявлено.

У дітей з ПАГ після проведеного лікування відзначається позитивна динаміка в обох групах, але достовірне ($p < 0,05$) зниження рівня маркерів дисфункції ендотелію в 1,2 раза відзначено тільки в II-й групі. Середній рівень АДМА в I групі склав $0,56 \pm 0,06$ мкмоль/л, у II групі – $0,51 \pm 0,04$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Середній рівень ЕТ-1 в I групі склав $5,4 \pm 0,10$ пг/мл, а в II групі – $4,7 \pm 0,04$ пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки: у дітей хворих на первинну артеріальну гіпертензію були виявлені порушення функціональної активності ендотелію, які виражалися в підвищенні АДМА, ЕТ-1. Проведення реабілітаційного комплексу з включенням бальнеотерапії призвело до стабілізації стану ендотелію у вигляді зниження рівня АДМА, ЕТ-1, але для повної нормалізації порушених функцій потрібно більш довгий строк перебування в санаторії, або повторні реабілітаційні заходи.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА

Кашіна-Ярмак В.Л.

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

Незважаючи на той факт, що синдром Дауна є найбільш вивченою хромосомною хворобою, у зв'язку з різноманітною клінічною симптоматикою, характерною для цієї патології, в медичних працівників, що здійснюють нагляд за такими пацієнтами, виникають певні труднощі. Тому вважалося доцільним провести аналіз особливостей розвитку дітей із синдромом Дауна, що отримують допомогу спеціалістів БФ «Інститут раннього втручання для дітей з порушеннями розвитку та дітей-інвалідів», з метою подальшого обґрунтування заходів їх медичного супроводження. Проаналізовано дані перинатального анамнезу, фізичного розвитку, стану соматичного здоров'я 22 дітей віком від одного місяця до трьох років із регулярною формою трисомії 21.

Від першої вагітності була народжена третина пацієнтів. 42,8 % матерів мали вік на час зачаття понад 30 років і 42,8 % батьків – понад 35 років. Фізіологічний перебіг вагітності відзначався лише у 26,6 % матерів. Серед патологій вагітності майже з однаковою частотою реєструвалися анемії, гестози вагітності та імунні конфлікти за групою крові і резус-фактором. Перебіг пологів не мав фізіологічного характеру в 86,8 % породіль за рахунок випадків передчасних пологів, слабкості пологової діяльності або, навпаки, стрімких пологів. Співвідношення хлопчиків і дівчат серед новонароджених склало 1,3:1. При народженні 61,5 % дітей мали масу від 3000 до 3500 грамів. Серед дітей з масою менше 3000 грамів 60,0 % народилися передчасно. Ці дані підтверджують результати досліджень інших авторів, у яких вказується на відповідність маси тіла при народженні у більшості дітей із синдромом Дауна середнім популяційним показникам. Але у подальшому, починаючи вже з перших місяців життя, 84,6 % оглянутих дітей почали відставати у фізичному розвитку. На час обстеження 23,1 % пацієнтів мають показники зросту та маси тіла нижче середніх, а 53,8 % – низькі показники фізичного розвитку.

Аналізуючи особливості розвитку дітей із синдромом Дауна на першому році життя, слід зауважити, що дві третини їх матерів відзначають значні труднощі в організації вигодовування своїх дітей (слабкість смоктання, зригування, порушення дефекації у вигляді закрепів). На процес вигодовування впливають анатомічні особливості носоглотки та великий язик, що призводить до затруднення дихання через ніс і проходження їжі, а також досить виражена м'язова гіпотонія та моторні порушення кишечника за гіпотонічним типом. Серед інших особливостей звертає на себе увагу пізня поява зубів (у половини дітей старше одного року перший зуб прорізався у віці 10-12 місяців) та порушення фізіологічного порядку їх появи при відсутності клінічних ознак рахіту. Особливого контролю при медичному супроводженні дітей із синдромом Дауна заслуговує стан серцево-судинної системи. У нашому дослідженні лише у однієї дитини при проведенні ехокардіоскопічного дослідження при народженні не було встановлено анатомічних змін. У 38,9 % пацієнтів відзначалося функціонує овальне вікно, у 22,2 % – вторинний дефект міжпередсердної перегородки некритичних розмірів, тобто вони потребують подальшого динамічного нагляду. 27,8 % дітей мали комбіновані вроджені вади серця, у зв'язку з чим були прооперовані кардіохірургами у віці 6-12 місяців.

Таким чином, діти раннього віку із синдромом Дауна мають певні особливості фізичного розвитку та функціонування основних систем організму, у зв'язку з чим потребують визначення індивідуальних програм лікування та реабілітації. Об'єднання зусиль спеціалістів різного профілю (лікарів, реабілітологів, логопедів та інших) забезпечить найсуттєвішу фізичну та соціальну адаптацію таких пацієнтів протягом періоду дитинства.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ПОРУШЕННЯМИ ТЕРМОРЕГУЛЯЦІЇ

Квашніна Л.В., Скобенко О.В., Ігнатова Т.Б.

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

На сьогоднішній день залишається актуальною проблема виявлення і своєчасної діагностики у дитячому віці тривалого субфебрилітету, фебрильних кризів, а також інших видів терморегулювань неінфекційного генезу, умовно об'єднаних під назвою "термопатологічних" синдромів. За даними різних авторів до 15% дітей віком від 7 до 17 років страждають тією чи іншою різновидністю вказаної патології. Однак, лише декілька з них присвячені дослідженням у дитячому віці. Тому метою даного дослідження було вивчення стану вегетативного гомеостазу при різних типах порушень терморегуляції у дітей молодшого шкільного віку з проявами вегетативної дисфункції.

Обстежено 60 дітей віком 6-10 років з проявами вегетативної дисфункції. Всім дітям було проведено клініко-інструментальне дослідження для виключення порушень терморегуляції інфекційного, запального або іншого генезу. Оцінку діяльності вегетативної нервової системи (ВНС) проводили за допомогою експрес-аналізу варіабельності ритму серця "Кардіо-Спектр". Для реєстрації температури тіла використовувалась традиційна аксиллярна та центральна інфрачервона аурікулярна термометрія (ІЧАТ) за допомогою професійної моделі медичного електронного інстант термометру типу "ThermoScan proLT 607" виробництва компанії "Braun" (Німеччина) – по три послідовних вимірювання з кожного боку. При застосуванні ІЧАТ використовувалась шкала нормативних значень, запропонована Chamberlain J.M. et al (1995), згідно з якою підвищення тимпанічної температури тіла до 37,9°C і вище та зниження до 36,0 °C і нижче вважалась патологічною у дітей даної вікової групи.

За характером температурних порушень діти були розділені на 2 групи: 80% дітей мали порушення терморегуляції за гіпертермічним типом і 20% дітей – за гіпотермічним. В групі дітей з гіпертермією зареєстровані 3 типи вихідного вегетативного тону: приблизно однакова кількість дітей мали ваготонію (45,0%) та ейтонію (40,0%), симпатикотонія спостерігалась тільки у 15,0% дітей. Розподіл дітей з гіпотермією виявився дещо інший: переважала кількість дітей з вихідною ваготонією (66,6%), ейтонія відмічалась у 33,4% дітей. Жодної дитини з вихідним симпатикотонічним вегетативним тону в даній групі дітей виявлено не було.

При розподілі за типами вегетативної реактивності в групі з гіпертермією переважала гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність (40,0%), однакова кількість дітей мали асимпатикотонічну та нормальну вегетативну реактивність (по 30,0%). У дітей з гіпотермією виявлені різні типи вегетативної реактивності: нормальна (33,3%), гіперсимпатикотонічна (33,3%) та асимпатикотонічна (33,4%).

За типом перебігу вегетативної дисфункції у більшості дітей переважав перманентний тип (60,9%), у 39,1% дітей – пароксизмальний тип. Половина дітей з перманентним перебігом мали ваготонію, 35,7% дітей – ейтонію, 14,3% – симпатикотонію. При пароксизмальному перебігу переважала кількість дітей з ейтонією (44,4%) та ваготонією (44,4%), симпатикотонічний вегетативний тонус відмічався тільки у 11,2% дітей. Вегетативна реактивність у більшості дітей з перманентним перебігом зареєстрована по асимпатикотонічному типу (42,8%), у однакової кількості дітей відмічались гіперсимпатикотонічний і нормальний типи вегетативної реактивності (по 28,6%). При пароксизмальному перебігу також переважала кількість дітей з асимпатикотонічним типом вегетативної реактивності (44,4%), нормальну мали 33,3% дітей, гіперсимпатикотонічну – 22,3% дітей. Таким чином, порушення терморегуляції частіше відмічається у дітей з перманентним перебігом ВД, ваготонічним вихідним вегетативним тону та асимпатикотонічною вегетативною реактивністю.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ И ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИЙ

Квашніна Л.В., Ігнатова Т.Б., Маковкіна Ю.А., Скобенко Е.В.

ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», г. Київ

На сьогоднішній день отмечается значительный рост и «омоложение» заболеваний сердечно-сосудистой системы, в структуре которых функциональные отклонения встречаются в 3 раза чаще по сравнению с органической патологией. Возросла также и частота кардиальных проявлений синдрома вегетативных дисфункций (ВД). Актуальность проблемы обусловлена также тем, что вегетативные дисфункции (особенно нейроциркуляторная и вегето-сосудистая формы), рассматриваются как интегральный фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в дальнейшем. Поэтому целью нашего исследования было изучить особенности вегетативного гомеостаза у детей школьного возраста с ВД.

Обследовано 158 детей школьного возраста (6-18 лет) с проявлениями нейроциркуляторной и вегето-сосудистой дистонии. Клиническое состояние пациента определяли с помощью схемы обследования для определения признаков вегетативных нарушений, субъективное состояние пациента – с помощью анкетного опросника. Оценку деятельности ВНС проводили при помощи системы экспресс-анализа вариабельности ритма сердца "Кардио-Спектр" (АОЗТ "Солвейг").

При распределении по формам примерно одинаковому количеству детей выставлен диагноз нейроциркуляторной (51,5%) и вегето-сосудистой формы (48,5%) ВД. При обследовании дети предъявляли жалобы церебрального характера: упорные головные боли чаще диффузного характера (61,6%), сдавливающего характера (75,4%), реже пульсирующего (33,9%), головокружение (63,5%). Неприятные ощущения в области сердца и ощущения «сердцебиения» встречались у 54,1% детей. При клиническом осмотре лабильность АД регистрировалась у 51,6% детей, лабильность ЧСС у 49,1%. Дети жаловались на вялость (46,5%), снижение работоспособности (60,3%), эмоциональную лабильность (77,9%), метеочувствительность (47,1%), раздражительность (76,7%), беспокойство (49,6%). Гипергидроз чаще определялся локальный (54,6%), чем генерализованный (28,3%), характерным симптомом была повышенная потливость во время волнения. Часто жалобы на нарушение сна, преимущественно в виде поверхностного, неглубокого, с частыми пробуждениями (37,1%) и ощущения невысыпания при пробуждении утром (43,4%), также вызывало беспокойство затруднение засыпания у 38,3% детей. Нарушение функции пищеварения в виде абдоминальной боли, нарушения стула, метеоризма встречалось у 73,5% детей. Гипервентиляционный синдром отмечался у 30,8% обследованных. У 50,9 % детей выявлены нарушения терморегуляции в виде субфебрилитета и разового повышения температуры до высоких цифр при соматических заболеваниях. При оценке исходного вегетативного тону преобладающее количество детей имели ваготонію (83,6%), 13,7% – ейтонію и только 2,7% – симпатикотонію. При проведені клінічного дослідження гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність відмічалась у 46,5% дітей, у 38,9% – асимпатикотонія, нормальна вегетативна реактивність – у 14,6% дітей.

Таким образом, дети школьного возраста с разными формами ВД имели разнообразные клинические проявления, что связано с особенностью вегетативной регуляции внутренних органов. У детей от 6 до 12 лет преобладали жалобы на кратковременные головные боли, снижение работоспособности, нарушения сна, боли в животе, метеоризм, нарушения терморегуляции в виде субфебрилитета. Для детей от 12 до 18 лет в большей степени характерны жалобы на упорные головные боли, головокружение, метеочувствительность, непереносимость душных помещений, гипергидроз, лабильность АД и ЧСС, а также пароксизмальное течение.

СТАН АЗОТИСТОГО ТА КАЛЬЦІЙ-ФОСФОРНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ПРИ КОРЕКЦІЇ РАЦІОНУ ЗА ДОПОМОГОЮ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ

Квашніна Л.В., Матвієнко І.М., Родіонов В.П.

ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України", Київ

Практично єдиним джерелом, з якого дитина отримує необхідний для росту та розвитку пластичний матеріал та енергію, є харчові продукти, а основною особливістю обміну речовин організму що росте є превалювання анаболічних процесів над катаболічними. Позитивний азотистий баланс – ось головна біохімічна відмінність дитини від дорослої людини, яка має азотисту рівновагу. Нами було поставлене завдання вивчити характер харчування дітей раннього віку та вплив на азотистий та кальцій-фосфорний обмін додаткової кількості сиру „Творожок детский Тёма” (вміст білка 9%) та „Паста сырковая для детского питания Тёма” (вміст білка 7,6%) для збагачення раціону дитини білком та кальцієм.

На основі проведеного дослідження встановлено:

- у віковій групі 6-7 місяців діти отримували достатню кількість білків (при корекції раціону сиром) і жирів, але споживання вуглеводів та калорій раціону були вищі за вікову потребу;
- у віковій групі дітей 8-24 місяців відмічалась загальна проблема по недостатньому споживанню вуглеводів та зниженню енергетичної цінності раціону, але відмічались і особливості: в раціоні харчування дітей 8-12 місяців був досягнений баланс по споживанню білків і жирів; в раціоні харчування дітей 13-14 місяців вже відмічався дефіцит споживання білків при нормі споживання жирів; діти 15-24 місяців споживали білки і жири у кількості, яка перевищувала вікову норму;
- у віковій групі 25-36 місяців споживання всіх нутрієнтів (крім вуглеводів) та енергетична цінність раціону відповідали віковій нормі.

Враховуючи підвищене споживання білків і жирів у дітей 15-24 місяців при споживанні 150,0 г сиру та при віковому споживанні інших молочних продуктів (при споживанні 100,0 г продукту кількість нутрієнтів відповідала віковій нормі), необхідно рекомендувати дану кількість продукту категорії дітей даної вікової групи з обмеженим споживанням молока, молочних каш і йогуртів.

Таким чином в порівнянні з сучасними нормативами у дітей раннього віку відмічається абсолютний дефіцит провідних харчових інгредієнтів – білків, жирів, вуглеводів та калоражу. Причому з віком дітей цей дефіцит більшає, а частка тваринного білка, яка повинна становити 70-75%, знижується. Відмічена також прогредієнтність дефіциту кальцію з віком дитини (при добовій потребі 600-800 мг, діти отримують кальцію 166-353 мг), переважно внаслідок недостатнього споживання молочних продуктів після 1 року. Кальцій-дефіцитний стан у дітей даної групи супроводжується латентним D-гіповітамінозом і є маркером преморбідного стану. Збільшення білка тваринного походження у харчуванні дітей поліпшує обмін азоту, але ретенція білка та засвоєння азоту у дітей раннього віку при надходженні більше 5 грамів на кілограм маси призупиняється. Отже, перевантаження раціону дитини білком, як і його дефіцит, є небажаним. Проте введення додаткової кількості сиру до 50-150 г/добу залежно від віку, не викликало перенапруження білковосинтетичних процесів та збільшення виділення білка, про що свідчить відсутність протеїнурії та нормальний рівень сечовини крові, а відсутність змін у копрограмі (кількість нейтрального жиру, мил, крохмалю) свідчить про добру перетравлюваність дітьми пропо- нуваних продуктів.

ДІАГНОСТИКА МІКРОЕЛЕМЕНТНИХ ПОРУШЕНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Клименко Т.М., Тарасова І.В

Харківська національна медична академія післядипломної освіти, м.Харків
Сумський державний університет, Медичний інститут, м.Суми

Внутрішньоутробна пневмонія (ВУП) – одне із поширених захворювань інфекційної етіології у новонароджених дітей. Частота даної патології зростає, а рівень летальності, незважаючи на значні успіхи в лікуванні, залишається високим (10%). Дисбаланс МЕ сприяє розвитку патології, особливо це стосується перинатального періоду розвитку дітей. Визначення гомеостазу есенційних МЕ у новонароджених із ВУП дозволить розробити додаткові критерії діагностики та прогнозу. Тому метою нашої роботи було вивчення вмісту та балансу есенційних мікроелементів (Fe, Zn, Cu, Co, Mn, Cr) у новонароджених різного гестаційного віку з внутрішньоутробною пневмонією. Під спостереженням знаходилось 35 доношених та 36 недоношених новонароджених із ВУП. Гестаційний вік обстежених складав 28-41 тиждень. Групи контролю включали 60 здорових доношених новонароджених (ЗДН) та 12 умовно здорових недоношених новонароджених (УЗНН).

Для визначення вмісту мікроелементів (Fe, Zn, Cu, Co, Mn, Cr) у біосередовищах (сироватка та еритроцити крові, сеча) використовували метод атомно-абсорбційної спектрофотометрії. Крім визначення загальної концентрації МЕ в сечі (мкмоль/л), визначали добову екскрецію МЕ на кг маси (мкг/кг/доба). Вміст МЕ досліджували в пуповинній крові, а також на 7-му та 14-ту доби життя.

Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася за допомогою програми Excel.

У новонароджених із ВУП, незалежно від гестаційного віку, спостерігається суттєвий дисбаланс мікроелементів. У сироватці та еритроцитах відбувається значне зменшення вмісту Fe, Zn та Mn та збільшення вмісту Co та Cr. Винятком була Cu, вміст якої у сироватці був значно вищим, а в еритроцитах нижчим, ніж у дітей груп контролю. Дефіцит у середовищах Fe, Zn та Mn певною мірою залежить від зростаючої у неонатальному періоді їх сечової концентрації та екскреції і, навпаки, підвищений вміст Co та Cr – від низької їх концентрації в сечі та екскреції. Гестаційний вік новонароджених, за даними ДДА, має значний вплив на вміст у біосередовищах Cu та Mn, а вік малюків – на вміст Co і Cr. Вивчені порушення дозволяють визначити патогенетичні закономірності змін вмісту і балансу МЕ та розробити додаткові методи діагностики, профілактики та прогнозування.

ЗДОРОВ'Я ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ШКОЛЯРІВ ЗА ДАНИМИ СКРИНІНГОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Ковтюк Н.І., Нечитайло Ю.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Стан здоров'я школярів викликає особливу стурбованість і залишається актуальною проблемою педіатрії. Результати медичних профілактичних оглядів свідчать, що серед дітей шкільного віку зростає рівень захворюваності на хронічні хвороби, знижуються функціональні можливості організму, майже 70% школярів мають серйозні порушення стану здоров'я. Викликає занепокоєння вкрай низька фізична активність дітей шкільного віку, зростання частоти ожиріння, що не просто знижує рівень здоров'я, а формує низьку толерантність до фізичних навантажень, яка може призвести до зниження якості життя і навіть до загибелі дитини. Оцінка якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, 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. Вивчення якості життя дозволяє надати адекватну соціальну підтримку, втілити в життя певні програми лікування, реабілітації та адаптації пацієнтів.

Нами було скринінгово обстежено 190 школярів у віці від 10 до 16 років з сільської місцевості. Всім пацієнтам проводили загальноклінічне обстеження з поглибленим збором анамнезу, оцінка фізичного розвитку та проби Руфьє, вимірювання артеріального тиску. Якість життя обстежених оцінювали за адаптованим україномовним опитувальником SF-87. При обробці даних використовували власний метод декодування. Оцінювали такі підрозділи: загальний стан та самооцінка здоров'я, фізичне функціонування, наявність болю, поведінка, психоемоційне функціонування, родинна активність. Соціометричне обстеження групи дітей показало неоднорідність характеристик якості життя. Більше 90% пацієнтів вибірки оцінили її в цілому позитивно, той же час, 9,3% вважають стан свого здоров'я як «не зовсім задовільний». Саме у цих дітей було виявлено ознаки метаболічного синдрому, хронічні захворювання, порушення з боку дихальної та серцево-судинної систем, які потребували подальшого стаціонарного обстеження. Ми вважаємо, що застосування стандартного опитувальника якості життя у дітей шкільного віку дозволяє виявити ту групу пацієнтів, які не мають чітких скарг та діагностованих захворювань, але для яких необхідні додаткові заходи по обстеженню та збереженню їх здоров'я.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Кокоркін О. Д.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Останнім часом соціально-економічні та екологічні проблеми України неминуче сприяють зростанню аномалій та вад розвитку, популяційна частота яких не має тенденції до зниження і коливається від 2,7 до 16,3%. У дитячих хірургічних відділеннях новонароджені з ПВР складають найбільш важку групу хворих. У структурі летальності при хірургічних захворюваннях у дітей питома вага летальних наслідків при природжених вадах розвитку (ПВР) досягає часом 90% та більше. Виявлена чітка залежність між терміном постановки діагнозу в новонародженого та наслідком лікування. На результати хірургічного лікування ПВР ШКТ у новонароджених вирішальне значення має рання діагностика цих видів патології. На підставі вивчення клінічних даних, найближчих та віддалених результатів лікування можна зробити висновок, що нині рання діагностика ПВР сечовидільної системи (СВС) знаходиться на недостатньо високому рівні. Аномалії нирок та сечових шляхів виявляли при пальпації об'ємного утворення в черевній порожнині або після приєднання ускладнень у вигляді гематурії, інфекції сечовивідних шляхів. У діагностиці та лікуванні хірургічних вад розвитку в новонароджених досягнуто певних успіхів, однак післяопераційна летальність все ще залишається досить високою, досягаючи при окремих формах 36-66%. Одним зі шляхів покращення діагностики та лікування в сучасних умовах є пренатальна діагностика ПВР. Саме тому, визначення факторів ризику розвитку ПВР на пренатальному етапі дозволить покращити ефективність діагностики та лікування цієї патології. Метою нашого дослідження було визначення основних пренатальних медико-соціальних факторів ризику розвитку ПВР сечової системи. Під спостереженням знаходилися 137 пар мати-дитина, яким було запропоновано взяти участь у дослідженні. Нами було проаналізовано облікові карти вагітних та карти розвитку дитини. Аналізуючи вік батьків дитини, отримано наступні дані: більшість чоловіків та жінок знаходилися в оптимальному дитородному віці (72*8 % жінок та 75*8 % чоловіків). Серед несприятливих чинників, що підвищують ризик виникнення ПВР, відзначена: екстрагенітальна патологія батьків (гіпертонічна хвороба, патологія сечовидільної та системи травлення, анемія), виявлена в 17*4% спостережень, обтяжений гінекологічний анамнез в минулому (безплідність, запальні захворювання) – у 11*3%. Під час перебігу нинішньої вагітності відзначена велика кількість ускладнень, які виявлені у 75*5% жінок (фетоплацентарна недостатність, загроза переривання вагітності, багатоводдя, материнсько-плодова інфекція, патологія плаценти, маловоддя, імуноконфлікт). Досить різноманітною виявилася картина вад розвитку СВС. Пієлоектазія ізольовано зустрічалася в 21*4% спостережень, причому в 16*4% процес носив двобічний характер. Гідронефроз зустрічався ізольовано у 23±4% плодів: двобічний у 19±4% та одnobічний у 4±2%. В 6±2% спостережень одnobічний гідронефроз сполучався з пієлоектазією з протилежної сторони. Мегауретер у поєднанні з гідронефрозом та (або) пієлоектазією відзначений з одного боку у 7±3%, двобічний у 4±2%. Подвоєння нирок та сечових шляхів було запідозрено в 2±2% спостережень. При проведенні ультразвукового, пренатального дослідження, кістозна патологія нирок виявлена в 8±3%. Патологія зовнішніх статевих органів спостерігалася в 1±1% та представлена гіпоспадією.

Таким чином, в результаті проведеного дослідження встановлено основні чинники ризику розвитку природжених вад розвитку сечової системи у дітей. Раннє виявлення дії цих факторів може покращити діагностику та лікування даної групи пацієнтів.

ВИКОРИСТАННЯ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ В ПРОГНОЗУВАННІ ТЯЖКИХ НАПАДІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ

Колоскова О.К., Гнатюк М.Г. 1, Кухта О.Я. 1

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

1Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Наразі бронхіальну астму розглядають як захворювання, що характеризується повторними епізодами варіабельної обструкції бронхів, їх хронічним запаленням, гіперсприйнятливістю і ремодуляцією. У підлітковому віці, під час гормональної перебудови організму, що супроводжується прискоренням фізичного розвитку, формуванням соціальної адаптації, а у ряді випадків – появою шкідливих звичок та погіршенням комплайєнсу в лікуванні астми, відбувається модифікація захворювання та реалізація генетичної схильності до його розвитку. З цієї точки зору вкрай важливим завданням є прогнозування тяжких, у т.ч. фатальних, нападів захворювання у даної вікової когорти пацієнтів.

На базі пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці у післянападному періоді проведено комплексне обстеження 42 підлітків, що страждають на бронхіальну астму. Середній вік обстежених дітей становив $14,2 \pm 0,32$ років, а середня тривалість захворювання $7,2 \pm 0,56$ року; частка дівчаток сягала 31,0%, хлопчиків – 69,0%. Проведено кластерний аналіз результатів комплексного обстеження хворих підлітків, що дозволив виокремити три основні кластери прогнозованої тяжкості нападів астми. Так, ризик розвитку тяжкого нападу бронхіальної астми слід очікувати в підлітків із високою неспецифічною гіперсприйнятливістю бронхів до гістаміну (ПК20Г – $0,29 \pm 0,05$ мг/мл) та виразною їх лабільністю (ІЛБ – $41,9 \pm 3,2\%$) як за рахунок бронхоспазму у відповідь на фізичну напругу, так і дезобструктивного ефекту на фоні сальбутамолу, за наявності в них високої шкірної чутливості до алергенів домашнього пилу (розмір папули при внутрішньошкірному введенні алергенів – $21,6 \pm 2,4$ мм).

Виходячи з цього, за таких результатів хворим підліткам доцільно в дебюті нападу астми негайно призначати повний обсяг дезобструктивної терапії з високою „активністю“ лікування, а в решті випадків тактика лікування нападів повинна бути більш щадною.

ДО ПИТАННЯ МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ НАЩАДКІВ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД РАДІАЦІЙНОЇ АВАРІЇ

Коренів М.М., Бориско Г.О., Кашіна-Ярмак В.Л.

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

Більш ніж чверть століття відокремлює людство від трагедії, що трапилася в 1986 році в Чорнобилі, проте медичні наслідки цієї радіаційної катастрофи мають місце і в теперішній час. Вони стосуються не тільки населення, що зазнало безпосереднього контакту з іонізуючим випромінюванням, але й нащадків опромінених осіб.

Фахівцями інституту проведено тринадцятирічний моніторинг стану здоров'я 1030 дітей (від 5 до 18 років) що народилися від батьків ліквідаторів наслідків аварії (ЛНА) на ЧАЕС. Поряд із загальноприйнятими клініко-діагностичними дослідженнями виконувалися – інструментальні (ЕхоКС в покої та при фізичному навантаженні, ДЕхоКГ, ехосонографія внутрішніх органів), імуногормональні (імунограма, рівні тиреоїдних, статевих гормонів, кортизолу, пролактину, КХА, мелатоніну), біохімічні (стан процесів пероксидації, ліпідний спектр сировотки крові), генетичні (цитогенетичний аналіз та визначення індукованої нестабільності геному лімфоцитів периферичної крові дітей до мутагенного навантаження). Результати дослідження свідчать про високу патологічну враженість дітей і підлітків на всіх етапах спостереження (5200-6800 випадків на 1000 осіб), що в 1,5-2 рази перевищувало ці показники у одноліток харківської популяції без радіаційного анамнезу. Формування здоров'я цього контингенту проходило на тлі зниження загальних адаптаційно-компенсаторних здібностей організму внаслідок гормонально-метаболічної дисрегуляції, довготривалих зсувів імунорезистентності, наявності прихованої нестабільності геному до мутагенної дії оточуючого середовища. Встановлення механізмів, що призводять до порушень здоров'я у нащадків ЛНА надало можливість виділення груп «підвищеного ризику», що потребують диференційної уваги з боку фахівців педіатричних, а в подальшому – терапевтичних лікувально-профілактичних закладів (генетиків, ендокринологів, кардіологів, гінекологів, психологів і психіатрів). Це групи з проявами геномної нестабільності; схильності до формування серцевої недостатності, раннього розвитку атеросклерозу; з ендокринопатіями (дистирозом, нейроендокринним ожирінням, гіпоталамічним синдромом пубертатного періоду, гінекомастією, порушенням становлення менструальної функції); з ризиком прогресування хронічної патології; з ознаками психологічної і психічної дезадаптації.

Не менше уваги лікарів потребують й «конуки» Чорнобиля, батьки яких були опромінені в дитячому віці. Рівень патологічної враженості 3-9 річних нащадків дорівнює 5600, а у підлітків досягає 6500 випадків на 1000 дитячого населення. Характерною рисою для цього контингенту є те, що перебіг перинатального періоду відзначався значною частотою патологічних ускладнень вагітності й пологів у жінок, які в дошкільному віці мешкали на радіаційно забруднених територіях в перші роки після аварії (1986-1989рр.). В подальшому це негативно вплинуло на період раннього дитинства їхніх дітей – зниження імунорезистентності, високу алергізацію організму. При контакті майбутніх матерів з радіаційним фактором у віці понад 12 років значне погіршення здоров'я у їхніх нащадків визначалося в пубертатному періоді за рахунок дисгармонійності фізичного розвитку та високого рівня захворюваності з превалюванням патології шлунково-кишкового тракту та нервово-психічного середовища.

Таким чином, диференційована організація диспансерного спостереження за дітьми із сімей батьків, опромінених в репродуктивному та дитячому віці, починаючи з етапу планування сім'ї, сприятиме збереженню їхнього здоров'я, підвищить якість життя на всіх етапах дитинства та в дорослому віці.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧНЯМ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Коренів М.М., Пересипкіна Т.В., Сидоренко Т.П., Водолажський М.Л., Голубничка Г.І.

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

Існуюча система охорони здоров'я дітей та підлітків в умовах школи не може не знайти відображення в суб'єктивній її оцінці шкільними лікарями та батьками, як головними учасниками навчально-виховного процесу. Тому вкрай важливим є їх особистий погляд на зміст діяльності медичного працівника, висвітлення негативних аспектів у його роботі та пошук шляхів їх подолання. Оцінювання медичного обслуговування забезпечує активну участь населення в удосконаленні системи охорони здоров'я дітей шкільного віку.

З цих позицій проведено соціологічне опитування (методом анкетування) 167 лікарів, а також 252 батьків, діти яких відвідують загальноосвітні навчальні заклади. Анкета вміщувала блоки питань щодо оцінки організації та видів медичної допомоги. Аналіз відповідей респондентів свідчить наступне. До основних, необхідних видів медичної допомоги, на думку лікарів, відносяться: санітарно-просвітня робота (90,7 %), надання невідкладної допомоги у разі її виникнення (83,3 %) або медичної допомоги при зверненні дитини до медичного працівника (76,5 %), проведення імунізації (68,5 %) здійснення моніторингу стану здоров'я учнів навчального закладу (64,4 %). З їх точки зору виконання всіх видів медичної допомоги можливе тільки за підтримки педагогічного колективу.

За даними анкетування батьків щодо видів медичної допомоги, яку, на їх думку, повинні отримувати діти, встановлено, що це має бути допомога при зверненні із будь-якими скаргами (79,8 %), проведення імунізації (34,3 %), отримання допомоги при невідкладних станах (32,3 %), стоматологічна допомога (25,8 %) та санітарно-просвітня робота (25,4 %). На думку лікарів, у навчальному закладі найбільш оптимальним є надання медичної допомоги лікарем разом із медичною сестрою. Цю точку зору підтверджують 55,8 % підліткових лікарів та 62,7 % лікарів дошкільно-шкільних відділень, педіатрів. Батьки ж (37,8 %) вказують на необхідність постійного знаходження у навчальному закладі тільки медичної сестри, що можливо відображає їх неознаність щодо питань компетентності медичних працівників, їх функціональних обов'язків.

Таким чином, лікарі вважають основним напрямком роботи шкільного медичного працівника профілактичну спрямованість, а батьки, більше лікувальну.

Анкетування також визначило, що 85,6 % лікарів вважають існуючу нормативну базу щодо питань шкільної медицини недостатньою. Серед респондентів 89,2 % лікарів відповіли позитивно на питання щодо необхідності перегляду функціональних обов'язків лікаря школи та 92,9 % – впевнені у необхідності перегляду функціональних обов'язків середнього медичного працівника.

Таким чином, на підставі проведеного анкетування батьків та лікарів практичної охорони здоров'я щодо питань медичного забезпечення школярів визначено, що існує необхідність перегляду функціональних обов'язків медичних працівників, які надають допомогу в умовах навчальних закладів; головним аспектом роботи лікаря в школі є профілактична направленість; визначено види медичної допомоги, які на думку лікарів та батьків повинні існувати у навчальному закладі. До них належать: санітарно-просвітня робота, невідкладна допомога, консультування при зверненні на прийомі, імунізація, моніторинг стану здоров'я учнів.

БІОЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ МІОКАРДА У ДІТЕЙ, БАТЬКИ ЯКИХ БУЛИ ОПРОМІНЕНІ В ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Костенко Т.О.

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

Відомо, що у населення, постраждалого від радіаційного опромінення, відзначається збільшення частоти і «омолодження» різних відхилень з боку серцево-судинної системи. Аварія на ЧАЕС мала поєднаний вплив шкідливих чинників забруднення навколишнього середовища на функціональні можливості серцево-судинної системи у дітей та підлітків, які народилися від батьків, опроміненних в результаті ЧАЕС, на тлі незрілості компенсаторно-приспосувальних та захисних механізмів дитячого організму до негативної дії екологічних чинників. У зв'язку з цим нами було вивчено біоелектричну активність міокарда у дітей та підлітків, батьки яких були опромінені в дитячому та підлітковому віці. Оцінку функціонального стану міокарда проводили за допомогою ЕКГ на багатоканальному електрокардіографі у спокої в 12 загальноприйнятих відведеннях. ФКГ реєструвалася на електрокардіографі 6-НЕК-401 в чотирьох класичних проєкціях в діапазоні 80-600 Гц. Під наглядом знаходилося 198 дітей та підлітків, народжених від батьків, евакуйованих із зон радіоактивного забруднення. За віком діти й підлітки були від 3 до 18 років, розподілені на дві групи (1- група- 37 дітей та підлітків, батьки яких були евакуйовані з м. Прип'яті; 11 група-161 дитина, батьки яких були евакуйовані з інших областей (КТ) радіоактивного забруднення: Житомирська, Рівненська, Київська, Брянська та інші.) Порівняння показників проводилося з однолітками (n=111) Харківської популяції, батьки яких не мали контакту з радіацією. Статистичне опрацювання даних проводилося за допомогою прикладного пакета програм Microsoft Excel і Statgrafics 6.0 для Windows. Вірогідність відмінностей визначали по критерію Ст'юдента (t), Фішера (F). При вивченні біоелектричної активності міокарда було виявлено, що вірогідної різниці в групах дослідження за частотою синусової аритмії не відмічалось (1-а група – 27,3 ± 9,7%; 11-а група – 32,8 ± 4,1%, у групі порівняння – 24,0 ± 2,9%, p > 0,05). Слід вказати, що брадикардії частіше реєструвалися у дітей та підлітків 11-ої групи (у 1-ій групі – 9,1 ± 6,3%, в 11-ій групі – 27,5 ± 3,9%; у групі порівняння – 7,7 ± 1,9%, p < 0,05), хоча тахікардії виявлялися в 1-ій та 11-ій групах значно рідше відносно групи порівняння (4,6 ± 4,6%; 3,1 ± 1,5%; 2,4 ± 2,9 %, відповідно, p < 0,05). Порушення провідності (у вигляді неповної блокади правої ніжки пучка Гіса) спостерігалось більше, ніж у третини дітей та підлітків без вірогідної різниці за групами спостереження (36,4 ± 10,5%; 42,7 ± 4,3%; 35,6 ± 3,3%, відповідно, p > 0,05). Звертала на себе увагу характеристика метаболічного забезпечення міокарда, яка характеризувалася порушеннями процесу реполяризації, які частіше реєструвалися у групі дітей та підлітків, батьки яких були евакуйовані із зон радіоактивного забруднення (в 1-ій групі відмічалось – у 90,9 ± 6,3%; в 11-ій групі – у 71,8 ± 3,9%; у групі порівняння – 63,9 ± 3,3%, (p < 0,05). За даними фонокардіоскопії реєструвалася зниження амплітуди 1 тону у третини дітей та підлітків досліджуваних груп без вірогідної різниці (p > 0,05). Функціональний систолічний шум виявлявся у дітей 1-ої групи – у кожної дитини – 100 %, у дітей 11 – ої групи – у 96,9 ± 1,5%, у групі порівняння – 83,7 ± 2,6%. Таким чином, одержані дані свідчать про деякі виявлені порушення біоелектричної функції міокарда у дітей та підлітків, народжених від батьків, евакуйованих з КТ у вигляді частоти виявлених брадикардій та метаболічного забезпечення міокарда (порушення процесу реполяризації). Діти та підлітки, народжені від батьків, евакуйованих із зон КТ, повинні знаходитися під постійним диспансерним спостереженням кардіолога. У комплекс заходів щодо профілактики порушень з боку серцево-судинної системи даної категорії дітей та підлітків необхідно включати кардіотрофні та нормалізуючі гемодинаміку препарати.

ІМУНОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Крамарьов С.О.1, Виговська О.В.1, Тарадій Н.М.2

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

2 Міжнародний центр астрономічних і медико-екологічних досліджень НАН України, м. Київ

Мета дослідження. Дослідити стан імунітету при інфекційному мононуклеозі (ІМ) Епштейна-Барр вірусної етіології (ЕБВ) в гострому періоді захворювання.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проводилися в Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні, де в період 2007-2012 рр. обстежено 185 хворих із ІМ ЕБВ етіології віком від 8 місяців до 18 років. Імунологічне обстеження включало вивчення основних показників клітинного, гуморального імунітету, які досліджували при госпіталізації до стаціонару, шляхом проведення оцінки фенотипу лейкоцитів по наявності диференційованих антигенів на поверхні клітин методом імунофлуоресценції за допомогою моноклональних антитіл. Визначались CD3, CD4, CD7, CD8, CD16, CD20, CD22, CD25, CD45, CD95 (DEXALL, USA). Референтні значення (n=15) визначено у контрольній групі дітей, у які ввійшло 15 практично здорових дітей у віці від 3 до 18 років. Результати. Імунологічний статус хворих на ІМ в гострий період захворювання мав свої особливості, які дозволили виділити чотири групи дітей хворих на ІМ в гострий період захворювання в залежності від змін в імунологічному статусі та превалюванням порушень у клітинній чи гуморальній ланці імунітету. У дітей 1 групи (n=35) загальна закономірність в стані імунної системи в гострий період ІМ проявлялася в активації клітинної та гуморальної ланки імунітету у вигляді активації Т- і В-лімфоцитів. Абсолютна кількість Т-лімфоцитів (CD3+) була збільшена у всіх дітей цієї групи у 1,5 раза порівняно із аналогічним показником у здорових дітей (p<0,05). В субпопуляціях Т-лімфоцитів відмічено підвищення експресії диференційованих маркерів CD4+ (у 2,7 раза), CD7+ (у 2,6 раза) (p<0,05), експресія CD8+ Т-лімфоцитів у дітей 1-ї групи, лише, мала тенденцію до зниження (p>0,05), абсолютне значення достовірно не відрізнялося від аналогічного параметра у здорових дітей. З боку В-клітинної ланки імунітету має місце підвищення абсолютної кількості CD20+ В-лімфоцитів у 3,9 раза, CD22+ В-лімфоцитів у 7 разів порівняно із аналогічними показниками у здорових дітей (p<0,001). Відмічається висока експресія кластерів CD25 (IL-2), CD45RA та CD95 (FITC). Абсолютна кількість CD16+ лімфоцитів була суттєво вище від показника у групі здорових дітей (p<0,001). Було відмічено підвищення кількості мембранних імуноглобулінів класу М та D – mIgM, mIgD (p<0,01), в той час як вміст мембранних імуноглобулінів класу G та A – mIgG, mIgA у цієї групи дітей суттєво не відрізнявся від аналогічного показника у здорових дітей (p>0,05). У хворих 2 групи (n=40) загальна закономірність в стані імунної системи в гострий період ІМ заключалася в активації клітинної ланки імунітету, недостатності гуморальної ланки імунітету. Клітинна ланка імунітету у цієї групи дітей характеризувалася підвищенням загальної кількості Т-лімфоцитів (CD3+) цитотоксичних Т-лімфоцитів (CD8+), підвищення вмісту природніх кілерів (CD16+ лімфоцитів). Має місце збільшення активованих клітин, експресуючих рецептор для IL-2 (CD25+) та активованих CD45+ клітин. Спостерігали підвищення активованих клітин, експресуючих рецептор апоптозу (CD95). Загальна кількість В-лімфоцитів (CD20+, CD22+) у цієї групі знижувалась. З боку гуморальної ланки імунітету у цієї групи хворих в наших дослідженнях було відмічено зменшення кількості mIgA, mIgG, в той час, як вміст mIgM та mIgD у цієї групи дітей, лише мав тенденцію до зниження порівняно аналогічного показника у здорових дітей. У пацієнтів 3 групи (n=75) відмічали недостатність клітинної ланки, що свідчить про розвиток імунної дисфункції у цієї групі пацієнтів. Про недостатність імунної відповіді по клітинному типу свідчить зменшення загального пулу Т-лімфоцитів (CD3+), кількості Т-хелперів (CD4+), кількості CD7+ Т-лімфоцитів, кількості природніх кілерів (CD16+), активованих Т-клітин з рецепторами до IL-2 (CD25+) та активованих CD45+ лімфоцитів. У дітей 3-ї групи відмічається поліклональна активація В-лімфоцитів (CD20+), яка супроводжується збільшенням їх кількості, а також вмісту всіх мембранних імуноглобулінів – mIgA, mIgM, mIgG, mIgD порівняно із аналогічними показниками здорових дітей. У дітей 4 групи (n=35) відмічали недостатність клітинної та гуморальної ланок імунітету. Порушення у клітинній ланці проявлялися зменшенням загального пулу Т-лімфоцитів (CD3+), кількості Т-хелперів (CD4+), абсолютної кількості цитотоксичних Т-лімфоцитів (CD8+), кількості природніх кілерів (CD16+), та активованих Т-клітин з рецепторами до IL-2 (CD25+), активованих CD45+ лімфоцитів, активованих CD95+ лімфоцитів, абсолютної кількості В-лімфоцитів (CD20+, CD22+). У цієї групі хворих реєстрували зниження кількості всіх мембранних імуноглобулінів – mIgA, mIgM, mIgG, mIgD порівняно із аналогічними показниками здорових дітей. Висновки: У дітей в гострому періоді ІМ ЕБВ етіології імунологічний статус мав особливості.

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ СЕПСИСУ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Кривопустов С.П.

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

Основу лікування сепсису складає раннє внутрішньовенне призначення антимікробних препаратів. Звичайно, вибір антибіотика залежить від етіологічного чинника та особливостей клініки, однак до отримання верифікації збудника антибіотикотерапія проводиться емпірично. В якості стартової емпіричної терапії сепсису у раніше здорової дитини, яка не отримувала попередні захворювання антибіотики можна використати цефалоспорины III генерації цефтріаксон або цефотаксим, або його у поєднанні з амікацином та метронідазолом. Якщо дитина вже мала недавню госпіталізацію, недавно антибіотикотерапію, супутні хвороби: меропенем + амікацин. Якщо ж мала тривалу госпіталізацію, інвазивні процедури, недавно потужну антибіотикотерапію, має муковісцидоз, захворювання легенів, імунодефіцити: меропенем + ванкомицин або тейкопланін. При підозрі на стафілококову етіологію використовують ванкомицин. При підозрі на анаероби та внутрішньочеревну локалізацію – метронідазол або кліндаміцин. При підозрі на грибовий сепсис – амфотеріцин.

Для вибору антибіотика при деяких відомих збудниках сепсису доцільно використовувати дані John S. Bradley, John D. Nelson (2010-2011). Так, при *Acinetobacter baumannii* – меропенем (доказовість: В ІІ), *Aeromonas hydrophila* – цефтазидим (В ІІІ), *Bacillus cereus, subtilis* – ванкомицин (В ІІ), *Bacteroides fragilis* – метронідазол (А І), *Bacteroides spp* – метронідазол або кліндаміцин (В ІІ), *Capnocytophaga canimorsus* – амоксицилін/клавалунат або пеніцилін (В ІІІ), *Capnocytophaga ochracea* – кліндаміцин або амоксицилін/клавалунат (В ІІІ), *Chryseobacterium meningosepticum* – ванкомицин + рифампіцин (В ІІІ), *Citrobacter spp* – меропенем (А ІІІ), інвазивні *Clostridium perfringens* – пеніцилін або кліндаміцин (В ІІ), *Corynebacterium jeikeium* – ванкомицин (А ІІІ), *Enterobacter spp* – цефепім або меропенем (В ІІ), *Erysipelothrix rhusiopathiae* – ампіцилін або пеніцилін (В ІІІ), *Escherichia coli* – цефалоспорины ІІ або ІІІ покоління (В І), *Fusobacterium spp* – метронідазол (А ІІІ) або кліндаміцин (В ІІІ), *Haemophilus arthrophilus* – цефтріаксон (А ІІ) або ампіцилін + гентаміцин (В ІІ), *Klebsiella pneumoniae, oxytoca* – цефтріаксон, цефотаксім або цефепім (А ІІІ), якщо ж резистентна – карбапенем, а якщо продукує карбапенемази – колістин, *Listeria monocytogenes* – ампіцилін, якщо важкий – ампіцилін+гентаміцин (А ІІ), *Morganella morganii* – цефепім або меропенем (А ІІІ), *Neisseria meningitidis* – цефтріаксон або цефотаксим (А І), *Peptostreptococcus* – пеніцилін або ампіцилін (А ІІ), *Propionibacterium acnes* – пеніцилін або ванкомицин (А ІІІ), *Proteus mirabilis* – ампіцилін (А ІІ), *Proteus vulgaris* – цефтріаксон або цефотаксим (А ІІ), *Providencia spp* – цефтріаксон або цефотаксим (А ІІ), *Pseudomonas aeruginosa* – цефепім (А І), меропенем (А І) або цефтазидим+тобраміцин (В І), *Serratia marcescens* – цефепім або карбапенем (А ІІ), *Staphylococcus aureus* метицилінчутливі – оксацилін (А І), цефалоспорины І покоління (А І) або цефалоспорины І покоління + гентаміцин (А ІІІ), *Staphylococcus aureus* метицилінрезистентні – ванкомицин (А ІІ), кліндаміцин (А ІІ) або кліндаміцин + гентаміцин + рифампіцин (А ІІІ), коагулаза негативні *Staphylococcus* – ванкомицин (А ІІ), *Streptococcus C,G* – пеніцилін, ампіцилін або ампіцилін + гентаміцин (А ІІІ), *Streptococcus pneumoniae* – цефтріаксон або цефотаксим (А І).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВАРІАНТІВ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Крючко Т.О., Несіна І.М., Кушнерова Т.В., Пилипенко О.А.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Особливу увагу дослідників на сучасному етапі привертають питання вивчення цитокінового статусу при захворюваннях органів травлення. Актуальність визначення вмісту цитокінів при різних формах ГЕРХ обумовлюється їх важливою роллю в регуляції процесів репарації та проліферації, апоптозу, вираженості та тривалості запального процесу. Дослідження імунних механізмів розвитку ГЕРХ у дитячому віці та визначення специфічності виявлених порушень дозволять суттєво підвищити якість діагностики даної патології.

Метою нашого дослідження стало вивчення цитокінового статусу у дітей з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою залежно від варіанту перебігу.

Під нашим спостереженням знаходилось 48 дітей в віці 7-15 років, які лікувались в педіатричному відділенні №1 обласної дитячої клінічної лікарні м. Полтави з приводу загострення хронічної гастродуоденальної патології. Верифікація діагнозу проводилась на основі клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих дітей згідно протоколів МОЗ України. Імунологічні тести включали фенотипування лімфоцитів непрямым імунофлюоресцентним методом за допомогою моноклональних антитіл по CD-рецепторам. Визначення вмісту фактора некрозу пухлин (ФНП- α), інтерлейкіну-8 (ІЛ-8), інтерлейкіну-4 (ІЛ-4), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та інтерферону- γ (ІФН- γ) в сироватці крові проводили за допомогою імуноферментного аналізу.

У 18 дітей при ендоскопічному дослідженні виявлено рефлюкс-езофагіт (1 група), 30 хворих з ГЕРХ, ендоскопічно негативною формою склали групу порівняння (2 група). При аналізі показників імунного статусу у дітей з ГЕРХ встановлено зниження абсолютних і відносних показників загальної популяції лімфоцитів (СД3). Поряд з цим відмічено достовірне зменшення як відносного, так і абсолютного вмісту субпопуляції хелперів (СД4) при зростанні відносних показників супресорів (СД8), що демонструють зміни імунорегуляторного індексу СД4/СД8. Слід відмітити, що у дітей 2 групи підвищення вмісту в крові прозапальних цитокінів ФНО- α , ІЛ-8 та ІФН- γ (в 3,8-3,2-3,0 рази відповідно) було більш значимим, ніж збільшення рівня протизапальних цитокінів – ІЛ-4 та ІЛ-10 (в 2 рази). У пацієнтів з рефлюкс-езофагітом відмічений виражений цитокіновий дисбаланс в сироватці крові: рівень ІЛ-8 відповідав контрольним значенням, вміст ФНП- α був підвищений в 3 рази, а ІЛ-10 – в 4 рази в порівнянні з показниками хворих другої групи. Найбільш значимі зміни відмічені зі сторони ІЛ-4, вміст якого наростав в порівнянні з показниками хворих з ГЕРХ без езофагіту в 6 разів. Це свідчить про активацію Т2-хелперної відповіді при деструктивних ураженнях, які знаходять своє підтвердження у інших дослідників. В даній групі також відмічається тенденція до зниження ІФН- γ в порівнянні з показниками хворих другої групи, що може свідчити про тяжкість перебігу ГЕРХ. Підвищення вмісту фактора некрозу пухлин у дітей першої групи можна розцінити як компенсаторне, направлене на індукцію апоптозу змінених клітин.

Таким чином, зміни імунного гомеостазу залежать від клінічного варіанту ГЕРХ та характеризуються порушенням в клітинній ланці імунітету, які були більш значимі у хворих з рефлюкс-езофагітом, що дозволяє рекомендувати визначення вмісту цитокінів сироватки крові для оцінки тяжкості перебігу ГЕРХ у дітей.

ВИВЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Крючко Т.О., Ткаченко О.Я., Вовк Ю.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Одна з насущних проблем, з якою зустрічається не тільки алерголог, але й педіатр – це диференційована відповідь дитини, хворої бронхіальною астмою на стандартні методи лікування. У ході мультицентрових клінічних досліджень пацієнтів з цим захворюванням, встановлено, що в одного з трьох хворих, які постійно протягом року отримують інгальційні кортикостероїди або їх комбінацію з бета-2-агоністами тривалої дії, бронхіальна астма не контролюється (Bateman E.D., Boushey N.A., 2004). В іншому дослідженні за участю хворих з тяжкою астмою 40% пацієнтів не змогли досягнути контролю за симптомами навіть при комбінації стандартних схем лікування з омалізумабом (Humbert M, Beasley R, 2005). Саме тому, більш глибоке розуміння механізмів, які лежать в основі неоднорідної відповіді на лікування пов'язано із генетичною схильністю організму хворого з бронхіальною астмою, що і формує індивідуальний підхід до терапевтичної корекції.

Нами проведено дослідження імуногенетичних механізмів формування atopічної бронхіальної астми у дітей з подальшою клінічною характеристикою захворювання відповідно до різних варіантів генотипів Toll-подібного рецептора 4 (TLR4).

Наявність мутантного генотипу визначала формування atopічного «маршу»: ранні прояви алергічного діатезу ($p < 0,05$), епізоди обструктивного бронхіту ($p < 0,001$), стенозуючого ларинготрахеїту на першому році життя ($p < 0,001$) та atopічного дерматиту ($p < 0,001$) і персистуючого алергічного риніту ($p < 0,001$).

Крім того, виявлено пряму кореляційну зв'язок мутантного алеля Gly із обтяженим сімейним алергологічним анамнезом по двох лініях ($p < 0,001$). У таких дітей визначалась рання маніфестація бронхіальної астми до 3-річного віку, формування персистуючого середньотяжкого перебігу та нестійкої ремісії захворювання ($p < 0,001$). Дослідження клінічних особливостей бронхіальної астми показало, що ризик формування фенотипу тяжкого перебігу астми значно вищий у пацієнтів з поліморфізмом гена TLR4. У ході цієї роботи вдалося з'ясувати, що генетично-детермінований поліморфізм Asp299Gly Toll-подібного рецептора 4 є маркером системності atopічного процесу, який характеризує ранню маніфестацію та тяжкий перебіг захворювання.

Подальші наші розробки та дослідження в напрямку вивчення генетичної гетерогенності бронхіальної астми обумовлені відсутністю або незначною ефективністю базисної місцевої глюкокортикостероїдної терапії у певної частини хворих дітей. Існують поодинокі роботи (Kelan G., Tantisira, M.D., 2011), що базуються на вивченні однонуклеотидного поліморфізму glucocorticoid-induced transcript 1 gene (GLCCI1) відповідального за зміну легеневої функції і на фоні застосування інгальційних глюкокортикостероїдів. Вивчаючи нові фармакогенетичні детермінанти, які характеризують адекватність топічної протизапальної терапії, у дітей із діагностованим поліморфізмом TLR4 спостерігалась неповна відповідь на інгальційні кортикостероїди, що характеризується поганим контролем за симптомами бронхіальної астми та вираженими респіраторними порушеннями за даними спірографії. У роботі використаний опитувальник якості життя зі стандартизованими видами діяльності для дітей хворих на бронхіальну астму (PAQLQ(S)) та спірограф Spirolab II (Італія).

Враховуючи спільну сферу компетенції генів GLCCI1 та TLR4 і спрямовану на регуляцію вродженої та адаптивної імунної відповіді перспективним залишається дослідження міжгенних взаємодій даних поліморфних варіантів алелів у дітей з бронхіальною астмою, що дасть змогу зрозуміти вплив кооперації даних мутацій на формування atopії та диференційовано підійти до призначення лікування в кожному конкретному випадку.

АНАЛІЗ ПОТРЕБ СІМЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Кукуруза Г.В., Кирилова О.О.

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

Доведено, що народження і виховання дитини з синдромом Дауна впливає на психологічний стан батьків та може призвести до викривлення дитячо-батьківських відносин. Тому важливо приділяти увагу організації ефективного психологічного супроводу цих сімей. Психологічний супровід слід будувати на підставі визначення потреб, які мають батьки в контексті розвитку дитини, оскільки це дозволяє розробляти та реалізовувати індивідуальні програми реабілітації дитини та супроводу родин.

У дослідженні взяли участь 35 сімей, що мають дітей у віці від декількох тижнів до 3,5 років з діагнозом синдром Дауна.

У ході роботи з цими сім'ями були виділені основні потреби, аналіз яких дозволив згрупувати їх в три групи.

До першої групи увійшли потреби, пов'язані з розвитком дитини. Ці потреби були основними причинами, що змусили батьків звернутися за допомогою до фахівців. Вони реєструвалися в 97,1 % випадків. До цих потреб відносилися наступні:

- забезпечити її життя та здоров'я (питання медикаментозного лікування, показання або протипоказання до реабілітаційних програм, наприклад, які вправли має робити фізичний терапевт, якщо у дитини є вада серця);
- допомогти дитині в розвитку (руховому, когнітивному, мовному, емоційному) та набутті певних умінь і навичок;
- отримати інформацію про перспективи розвитку дитини (чи зможе дитина згодом відвідувати дитячий садочок, школу);
- дізнатися, наскільки розвиток дитини відповідає віковим нормам;

До другої групи увійшли потреби, пов'язані з підвищенням якості особистісного та соціально-психологічного функціонування батьків, які виховують дітей з синдромом Дауна. Вони відмічалися у 65,7 % батьків. Потреби другої групи включали:

- отримати знання, навчитися різним прийомам, як краще розвивати дитину;
- підказати, як краще повідомити діагноз дитини родичам і знайомим;
- отримати інформацію та роз'яснення щодо діагнозу дитини та його наслідків для її розвитку;
- отримати інформацію про те, в яких установах і організаціях можна одержати допомогу;
- отримати психологічну допомогу в переживанні стресу, який з'явився у зв'язку з порушеннями у дитини.

Третю групу склали потреби, пов'язані з дитячо-батьківськими відносинами. Потреби третьої групи зустрічалися з найменшою частотою і були зафіксовані в 17,1 % випадків. Вони містили:

- розуміти краще свою дитину, що вона хоче, чому так поводиться;
- навчитися справлятися з її проблемною поведінкою.

Проведений аналіз потреб дозволив визначити основні мішені впливу при роботі з сім'ями, які виховують дітей з синдромом Дауна: поліпшення якості щоденного функціонування дитини і сім'ї через максимально можливу підтримку і розвиток функціональних здібностей дитини, її навичок та умінь; соціально-емоційний розвиток дитини; гармонізацію дитячо-батьківських відносин, емоційну підтримку батьків і соціально-психологічний супровід сім'ї; створення розвиваючого середовища шляхом організації простору, використання адекватних іграшок; інформаційну підтримку батьків.

ЕВОЛЮЦІЯ ОСТЕОАРТРОЗУ В ПІДЛІТКІВ У ВІДДАЛЕНІ СТРОКИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ З УРАХУВАННЯМ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Лебець І.С., Шевченко Н.С., Кашкалда Д.А., Неліна І.М.

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

Багаторічні дослідження довели, що вже в підлітковому віці відмічаються зміни у суглобовому апараті, які відповідають критеріям початкових стадій остеоартрозу (ОА) у дорослих. Виявлено, що дегенеративний процес у суглобах у підлітків супроводжується характерними для даного захворювання змінами у біохімічному стані сполучної тканини та імунологічному гомеостазі. Зазначене було враховано при розробці диференційованих комплексів лікування хворих цього віку. Оцінка ефективності його результатів показала недостатню ефективність використання тільки медикаментозних заходів, які включали нестероїдні протизапальні засоби та хондропротектори.

З метою вдосконалення профілактики прогресування остеоартрозу в підлітків у терапевтичні програми до схем диспансерного нагляду було внесено курси санаторно-курортної реабілітації в умовах санаторію кардіоревматологічного профілю в м.Євпаторія «Здравница».

Оцінка ефективності відбувалась через 3 – 5 років після отриманого лікування. Методи дослідження – клінічні, рентгенографія уражених суглобів, ультразвукове дослідження суглобів, імунологічні (імунорегуляторні субпопуляції лімфоцитів, циркулюючі імунні комплекси, імуноглобуліни А, М, G, комплемент, цитокіни ІЛ-1, ІЛ-6, ФНП- α); біохімічні (глікозаміноглікани, хондроїтинсульфати, оксипролін, кислота і лужна фосфатаза, кістковий ізофермент лужної фосфатази, колагеназа, еластаза, інгібітори еластази, кальцій, фосфор, магній). Проаналізовано результати лікування хворих на ОА, яке включало поряд з медикаментозним втручанням санаторно-курортну реабілітацію (перша група, 46 осіб), та при її відсутності (друга група, 62 особи).

Доведено, що за умов регулярного лікування відбуваються позитивні зміни у клінічних проявах (зменшення артралгій, тривалості синовіту, частоти загострень) та в патогенетичних складових формування дегенеративного процесу, а саме: нормалізація вмісту хондроїтинсульфатів, збільшення вмісту глікозаміногліканів II фракції, зменшення рівня екскреції уронових кислот, активності колагенази з одночасним підвищенням рівня інгібіторів еластази. Виявлено зменшення зсувів в імунологічному гомеостазі (підвищення Т-хелперів, зниження ІЛ-1 β). Найбільш суттєві зміни у суб'єктивному стані пацієнтів відбувались в першій групі підлітків із ОА. Більший синдром зникав більш швидко (вже на другому місяці) і був менш вираженим (за даними візуально-аналогової шкали болю 1,5 проти 2,3) порівняно з хворими другої групи ($p < 0,05$). У подальшому після перебування в санаторії відмічено більш тривалий термін відсутності больового синдрому (до 7,8 місяців). Основним позитивним фактом включення санаторно-курортної реабілітації стало зменшення частоти прогресування хвороби при спостереженні до п'яти років. Так, накопичення ознак ОА на третьому – п'ятому роках в другій групі відбувалось у 50,0 % обстежених, що значно перевищувало цей показник у хворих першої групи (32,6%, $p < 0,05$).

Таким чином, реабілітація підлітків із ОА, повинна бути тривалою і включати всі етапи надання медичної допомоги: стаціонар, поліклініка, санаторій.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА В ДІТЕЙ НА РАННІХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ЙОГО ЛІКУВАННЯ

Лебець І.С., Толмачова С.Р., Шевченко Н.С.

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

Незважаючи на значні досягнення дитячої ревматології щодо вивчення системного червоного вовчака (СЧВ), захворювання залишається актуальною проблемою й у наш час у зв'язку зі складністю діагностики в своєму дебюті й необхідністю індивідуального призначення лікування. Терапевтичні засоби при цьому спрямовані на пригнічення окремих ланок патогенезу хвороби, оскільки етіологічний фактор дотепер є невідомим.

Проведено аналіз клініко-анамнестичних даних у 46 підлітків із СЧВ віком 10-18 років, що перебували на лікуванні в 2005-2011 роках (основна група). Ретроспективно проаналізовані клінічні прояви ВКВ у дебюті захворювання в 116 підлітків, обстежених в 1975-1999 роках (група порівняння).

Встановлено, що найбільш частими першими ознаками СЧВ у дітей були: підвищення температури тіла, трофічні порушення (випадіння волосся, втрата маси тіла, ерозії на слизовій оболонці порожнини рота), еритема на обличчі у вигляді «метелика» і інші висипи на шкірі різноманітного характеру, артралгії, капілярити, нефрит і гемопатії. На сучасному етапі в дебюті захворювання відзначалося збільшення гемопатій (66,7%, у групі порівняння 49,5%; $p < 0.05$) і легеневого синдрому (36,9% проти 10,7%; $p < 0.01$). Трофічні порушення значно ($p < 0.05$) рідше зустрічалися у хворих СЧВ основної групи (37,8%), ніж в групі порівняння (54,4%). Відмічено вторинний антифосфоліпідний синдром у 10,9% випадків, який не реєструвався в 70-80 роки. Серед вісцеральних уражень особливе місце займають люпус-нефрит і нейро-люпус, які визначають тяжкість, активність та прогноз захворювання. У більшості (відповідно 63,2% і 52,1%) хворих у перші місяці захворювання відзначено ураження нирок, у частини хворих у вигляді розвинутих клініко-лабораторних ознак нефриту (30,0%) або нефропатії (невраженої протейнурії). Церебральний васкуліт діагностувався в 1/3 хворих. В останні роки відзначено достовірне ($p < 0.05$) збільшення частоти виявлення антитіл до нативної ДНК (77,4% проти 52,0% у групі порівняння) і антинукліарних антитіл.

На сьогодні основним принципом терапії СЧВ є пригнічення активності процесу, попередження рецидивів і прогресування хвороби з ретельним дотриманням етапності лікування. Принциповим в наш час є широке застосування надвисоких доз глюкокортикоїдів (ГК) (пульс-терапії) та раннє призначення цитостатичних препаратів. Частота призначення цитостатиків у перші два роки хвороби досягала 67,4% серед хворих основної групи. Пульс-терапія проводилась шляхом призначення метілпреднізолону в дозі 20 мг/кг протягом трьох днів із паралельним введенням циклофосфану в дозі 0,5 – 1,0 г/м². Це надавало можливість більш швидкого й інтенсивного пригнічення активності патологічного процесу, із подальшим переходом на підтримуючі дози ГК, що дозволило зменшити ступінь вираженості побічних ефектів. Пульс-терапію слід застосовувати вже в початковому періоді лікування, не розцінювати її як метод резерву.

Таким чином, своєчасна діагностика захворювання на ранніх етапах спостереження та відповідна терапія з урахуванням особливостей клінічних проявів будуть сприяти поліпшенню якості їх життя й попередженню розвитку важких ускладнень, зниженню смертності та інвалідизації таких хворих.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ПІДЛІТКІВ

Лебець І.С.1, Летяго Г.В.2, Матвієнко О.В.1

1ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України", м. Харків

2Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків

На сьогодні ревматична патологія займає третє місце серед хронічних неінфекційних захворювань, у числі яких більша частка приходить на остеоартроз (ОА). Багатьма дослідниками зазначається, що формування ОА обумовлює різні психологічні проблеми, пов'язані з обмеженням виконання професійних або побутових навичок. Особливого значення це набуває в підлітків, коли постає питання обрання майбутньої спеціальності. До тепер досить обмежена кількість публікацій стосовно розвитку ОА в даній віковій категорії, більшість з них торкається переважно клінічної симптоматики, значущості метаболічної ланки патогенезу, імунологічних порушень, а те, як наявність даного захворювання впливає на емоційну сферу життя людини у такий серйозний період життя як підлітковий вік досі не вивчалось.

Мета – виявлення впливу процесів формування деструктивного процесу у суглобах на емоційну сферу підлітка, його ставлення до патології.

Методи дослідження. Обстежено 106 підлітків з ОА колінних суглобів 15-18 років (дівчат – 77, хлопців – 29 осіб). Зважали на тривалість патології – до 1 року (46 осіб), більш року (60 осіб). Діагноз встановлювався згідно сучасної класифікації хвороб МКХ-10 та класифікації ревматичних захворювань. Для оцінки типів ставлення до хвороби (ТСХ) використовували опитувальник Інституту ім. Бехтерева. Акцентуації характеру (АХ) встановлювали за допомогою «Патохарактерологічного діагностичного опросника для подростков» за А.Е. Личко.

Визначено, що ОА переважно розвивався у дівчат (72,6%). Найбільш частим проявом ОА був біль у суглобах, який виникав після фізичного навантаження, переважно надвечір (43,4%), менш часто при спусканні зі сходів (32,1%). Збільшення тривалості захворювання призводило до підвищення інтенсивності болю і артралгії виникали вже при звичайному навантаженні ($p < 0,001$). При вивченні впливу патології на емоційну сферу життя хворих, встановлено, що у них формувалися певні ТСХ. Для дівчат більш притаманний ергопатичний тип (40,4%), ознаками якого було замикання у собі, відкидання думок про біль у суглобах, поглинання у навчання тощо. Хлопці переважно взагалі не проявляли ознак хвилювання стосовно розвитку у них ОА, особливо на початку його формування ($p < 0,01$) і це відповідало анозогностичному типу (36,8%). В той же час, як серед дівчат, так і серед хлопців були підлітки, які адекватно оцінювали свій стан, без зменшення або перевищення його тяжкості (гармонійний тип) – 22,5%. Встановлено, що у дівчат більш часто спостерігається тенденція до емоційного забарвлення поведінки у вигляді намагання привернути увагу оточуючих і близьких до себе ($p < 0,001$). Сукупність зазначених ознак дозволила визначити у них істероїдний (27,5%) та лабільний (23,5%) типи АХ. У частини з них діагностувався епілептоїдний тип (21,6%) зі схильністю до роздратування з найменших причин. Для осіб чоловічої статі притаманна була агресивність з формуванням шизоїдного (22,2%) та епілептоїдного (16,7%) типів АХ. При збільшенні тривалості ОА, у дівчат суттєво не змінився характер проявів акцентуацій, а у хлопців з'явилися ознаки епілептоїдного типу (33,3%), що супроводжувалося роздратованістю та агресією.

Отримані дані показали, що в підлітків, хворих на ОА, формуються певні особливості, що торкаються рис характеру, поведінки, окреслюється ставлення до захворювання, що загалом створює умови для емоційного стресу.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНИХ ГАСТРИТІВ, АСОЦІЙОВАНИХ З ГЕРПЕСВІРУСНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ У ДІТЕЙ

Леоненко Н.Й.

КЗ «Дніпропетровська міська дитяча клінічна лікарня №1 Дніпропетровської обласної ради», м. Дніпропетровськ

На сучасному етапі крім *Helicobacter pylori* у розвитку хронічної патології гастродуоденальної зони у дітей значну роль відіграє внутрішньоклітинні інфекційні агенти, перш за все, цитомегаловірус і вірус Епштейна-Барр (EBV). Одним з найпоширеніших представників сімейства герпесвірусів є вірус EBV.

Метою роботи було вивчення клініко-ендоскопічних особливостей хронічної гастродуоденальної патології, асоційованої з інфекцією *Helicobacter pylori* та герпес-вірусами.

Під наглядом в гастроентерологічному відділенні перебувало 76 дітей у віці від 6 до 17 років з хронічним гастритом в стадії загострення, діти були розподілені в залежності від етіологічного фактора на 4 групи. I групу склали діти з хронічним гастритом, асоційованим з хелікобактерною інфекцією (10 осіб), II групу – діти з хронічним гастритом, асоційованим з вірусом Епштейна-Барр (14), III групу – пацієнти з хронічним гастритом, асоційованим з хелікобактерною інфекцією в поєднанні з вірусними інфекціями (6), в IV групу увійшли діти з хронічним гастритом, який не був асоційований ні з хелікобактерною, ні з герпесвірусною інфекцією (46).

Клінічні прояви хелікобактерної і вірусної інфекції у дітей були різноманітні. Практично у всіх обстежених дітей спостерігався больовий синдром. Інтенсивність больового синдрому була більш виражена у дітей з поєднаною хелікобактерною і герпесвірусною інфекцією, частіше больовий синдром поєднувався з диспептичним (68%) і астено-вегетативним (54,2%) синдромами.

Діти з *SagA* (-) штамами *Helicobacter pylori* частіше скаржилися на тяжкість, відчуття розпирання, дискомфорту в епігастральній ділянці. Клінічні особливості перебігу гастродуоденальної патології, асоційованої з вірусом Епштейна-Барр та цитомегаловірусом, характеризувалися сезонністю загострень захворювання (весна-осінь) на тлі або після ГРВІ, подовженням термінів купірування больового і диспептичного синдромів, стійкими астено-вегетативними порушеннями, більшою частотою рецидивів захворювання протягом року після закінчення лікування і моторними порушеннями у вигляді GER і ДГР.

Ендоскопічні ознаки хронічної запальної патології гастродуоденальної зони, асоційованої з вірусом Епштейна-Барр та цитомегаловірусом частіше супроводжувалися лімфофолікулярною гіперплазією слизової оболонки шлунка.

СИРОВАТКОВИЙ ВМІСТ КОРТИЗОЛУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ІШЕМІЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ

Лобода А.М., Маркевич В.Е.

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Навіть фізіологічні пологи є досить сильним стресовим фактором для новонародженого. Вони супроводжуються викидом великої кількості гормонів, які мають забезпечити стабільність метаболізму малюка, збереження гомеостазу.

У новонароджених, які зазнали впливу асфіксії, можливе виникнення дисбалансу стресових гормонів у вигляді їх надмірної секреції або, навпаки, нестачі. Наслідком зазначених змін може бути порушення регуляції метаболічних процесів, пригнічення енергопродукції, зниження синтезу білків, активація вільнорадикального окислення тощо.

Частота ушкодження нирок при асфіксії новонароджених сягає 47-70%. Ішемічна нефропатія (ІН) характеризується ішемічним ушкодженням ниркових клубочків і каналців, обумовленим гіперперфузією нирок на тлі загальної гіповолемії, гіповолемії великого кола кровообігу, стресової централізації кровообігу тощо.

Одним з гормонів, які забезпечують відповідь на стресові впливи є кортизол. Окрім цього, він регулює процеси фільтрації та реабсорбції в нирках, має діуретичну та салуретичну дію, впливає на екскрецію води та натрію. В літературі відсутні дані стосовно рівня кортизолу при ІН, що обумовлює актуальність дослідження.

Мета роботи – вивчити динаміку рівня кортизолу протягом неонатального періоду у доношених новонароджених з ІН на тлі асфіксії.

Обстежено 100 доношених новонароджених з гестаційним віком 38-41 тиж. і ознаками ішемічної нефропатії. Малюків розподілили на 2 групи: 1-ша – 50 дітей, які перенесли тяжку асфіксію, 2-га – 50 дітей з помірною асфіксією. Групу порівняння склали 20 малюків, що не мали асфіксії при народженні.

ІН діагностували при рівні креатиніну крові більше 89 мкмоль/л, сечовини крові більше 8 ммоль/л, діурезі менше 1 мл/кг/год. Діагноз помірної та важкої асфіксії встановлювали згідно з „Протоколом з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим” (наказ МОЗ України від 08.06.2007 № 312). Рівень кортизолу в сироватці визначали на 1-2, 7-8 та 25-30 добу життя методом твердофазового імуноферментного аналізу з використанням набору реактивів „ІФА-кортизол” виробництва „НВО Імунотек” (Росія).

У здорових малюків при народженні відбувалося значне підвищення рівня кортизолу в крові (так званий кортизоловий сплеск), обумовлене збільшенням його секреції наднирниками та зниженням швидкості перетворення кортизолу в кортизон. Вміст кортизолу достовірно знижувався наприкінці раннього неонатального періоду та в подальшому був стабільним.

Новонародженим, що мали прояви ІН на тлі помірної асфіксії, властиве значне зростання концентрації кортизолу в сироватці вже на 1-2 добу життя ($p < 0,001$). Вміст гормону перевищував майже в 2 рази рівень малюків групи порівняння і наприкінці 1 тижня життя, зниження до фізіологічного рівня відзначали лише в кінці неонатального періоду. У дітей з ІН на тлі тяжкої асфіксії відзначали найвище значення кортизолу в сироватці в перші дві доби життя – $505,28 \pm 56,96$. В подальшому вміст значно знижувався до 7-8 доби ($p < 0,05$), але перевищував показники в інших групах дітей. Наприкінці неонатального періоду спостерігали пригнічення продукції кортизолу.

Таким чином, рівень кортизолу у малюків з ІН протягом неонатального періоду залежить від тяжкості асфіксії. Виснаження гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи у разі тяжкої асфіксії може порушувати стрес-індуковану відповідь та адаптацію новонароджених до позаутробного життя.

АКТУАЛЬНІСТЬ ЯКОСТІ ВОДИ В РОЗВИТКУ ЛЯМБЛІОЗУ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Лобода В.Ф., Добровольська Л.І., Шутьгай О.М., Глушко К.Т.

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

За даними державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України, лише четверту частину сіл України забезпечено централізованим водопостачанням. Решта сільського населення споживає воду з колодязів та індивідуальних свердловин, які внаслідок використання незахищених поверхневих водоносних горизонтів (ґрунтових вод) та зазвичай незадовільного технічного стану не гарантують епідемічної безпеки людей. За останні роки близько 30% проб питної води, відібраних з джерел нецентралізованого водопостачання, не відповідає нормативам за санітарно-хімічними показниками та 20% – за мікробіологічними показниками.

Найбільша кількість нестандартних проб питної води з централізованих систем водопостачання реєструється, як і раніше, на сільських водопроводах, найменша – на комунальних, що є сприятливим чинником для розвитку різної флори.

За останні роки питома вага нестандартних проб питної води за бактеріологічними показниками у багатьох областях, зокрема, у Тернопільській, перевищує середні показники по країні.

Так, тривалість життя лямблій в проточній воді при температурі від +4°C до +20°C складає 35-86 днів, у стоячій – до 120 днів.

Інфікованість дітей лямбліозом, за даними різних авторів, сягає до 33%, що викликає сумнів.

Метою нашого дослідження було з'ясувати варіант споживання води та значення типу водопостачання для дітей з гастроудоденальною патологією у розвитку лямбліозу кишечника.

Для виконання поставленого завдання проводилися загальноклінічні методи обстеження, включаючи кал на яйця глистів та цисти лямблій, та соціометричний аналіз.

Під нашим спостереженням знаходилося 35 дітей з гастроудоденальною патологією, що супроводжувалася лямбліозом кишечника. За допомогою анкетування ми встановили, що водою з місцевого водоканалу користуються 13 (37,0%) дітей, з відкритих водойм (криниці) – 15 (43,0%) і 7 (20,0%) – з індивідуальних свердловин.

П'ята частина дітей вживали воду після кип'ятіння, решта – 28 (80,0%) в сирому вигляді, що чітко корелює з розвитком лямбліозу у таких хворих. Відмічено, що із 20 (57,0%) дітей, які проживають в сільській місцевості, лише 1(3,0%) споживала воду після кип'ятіння. Серед жителів міста некип'ячену воду вживають 9 (26,0%), 6 (17,0%) – кип'ятять. Визначено достовірну різницю між дітьми сільського та міського населення, які вживають термічно оброблену воду. Варто зазначити, що основна група обстежуваних вживає воду в сирому вигляді з відкритих водойм.

Аналіз розвитку лямбліозу кишечника у дітей за фактором їх матеріальної забезпеченості не показав ніякої залежності. Ми відмітили, що лямбліоз розвивається у дітей як із сімей низького, так і високого матеріального достатку.

Таким чином, з'ясовано, що значна частина обстежуваних дітей вживають воду у некип'яченому вигляді, що може стати однією з причин інфікування лямбліями.

Потребує подальшого вивчення як хімічний, так і мікробіологічний стан питної води. Необхідно проводити санітарно-освітню роботу серед населення, звертаючи увагу на якість питної води.

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ- ПЕДІАТРА

Мавропуло Т.К., Тищенко В.А., Плеханова Т.М., Золотарьова М.К.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ
Криворізький економічний інститут, м. Кривий Ріг

При наданні медичної допомоги дитині важливу роль відіграє інформована згода, за допомогою якої можливо забезпечити неповнолітньому пацієнту та/або його законному представнику, по-перше, право брати участь в прийнятті рішення, щодо медичного втручання, по-друге, бути доказовою базою щодо відповідальності лікаря за наслідки його рішень. За останні роки проблема інформованої згоди набуває скоріш правового, ніж етичного значення. При цьому увага повинна приділятися не лише правоздатності лікарів виконувати вимоги інформованої згоди, але й проблемі пацієнта, тобто компетентності приймати рішення. Правове регулювання отримання інформованої згоди на медичне втручання в педіатричній практиці є вкрай важливим.

З урахуванням досвіду практичної діяльності лікарів-педіатрів є доцільним на рівні нормативного акту Міністерства охорони здоров'я України розробити положення щодо процедури інформованої згоди у педіатричній практиці, яка б ґрунтувалася на наступних засадах:

- ознайомлення пацієнта та/або законного представника з пам'яткою про його права бути повідомленим про стан здоров'я, мету і характер медичного втручання, його ризику та переваги, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я; отримувати відповіді на питання відносно медичного втручання (надання медичної допомоги); відмовитись від лікування у встановлених законом випадках;
- інформована згода у педіатричній практиці може бути «загальною», наданою у письмовій або усній формі, або «спеціальною», що оформлюється виключно у письмовій формі. «Загальна» інформована згода стосується фізичного обстеження, застосування основних методів діагностики та стандартних призначень відповідно до затверджених протоколів лікування, а необхідність щодо надання «спеціальної» інформованої згоди обумовлюється застосуванням процедури або спеціального лікування, які можуть мати несприятливий вплив на здоров'я пацієнта;
- факт надання «загальної» інформованої згоди в усній формі засвідчується у медичних документах відповідною відміткою за підписом лікаря і пацієнта та/або законних представників; за бажанням пацієнта та / або законного представника інформована згода в повному обсязі може бути викладена в письмовій формі;
- відмова пацієнта та/або законного представника від лікування повинна бути викладена у письмовій формі із застереженням про можливість покладення юридичної відповідальності за відповідні дії законного представника.

На теперішній час постає нагальна потреба у розробці стандарту інформованої згоди і у педіатричній практиці.

КРИТИЧНІ ВРОДЖЕНІ ВАДИ СЕРЦЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ – ДІАГНОСТИЧНІ ПРОБЛЕМИ

Мавропуло Т.К., Буяльський О.С., Шашко О.В., Степаненко Т.І., Рибка О.Ю., Кальченко Н.А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
КЗ ДДМКЛ № 3 ДОР, КЗ ДМКЛ №9 ДОР, КЗ ДЦРЛ ДОР, м. Дніпропетровськ

Частота народження дітей з вродженими вадами серця становить 8-10 %. У 35-40% з них наявні вади серця є критичними. Навіть своєчасна і правильна пренатальна діагностика може не виявити до 50% випадків ВВС. Під час перебування дитини в пологовому будинку діагностують 55-62% випадків ВВС, а 25% – після виписки з пологового будинку. Згідно з даними літератури, частота несвоєчасної постановки діагнозу ВВС має місце в 0,4-2,0 випадках на 10000 живонароджених (діагностичні помилки в допологовому та післяпологовому періоді в разі коарктації аорти досягають 46-50%). 1,0-2,0 випадки смертей на 100 000 живонароджених пов'язані з затримкою діагностики ВВС. Дві третини проблемних діагностичних ситуацій – випадки протокозалежних вад (тих форм вад, при яких для підтримки адекватного системного або легеневого кровотоку необхідно функціонування артеріальної протоки), і серед них домінують випадки коарктації аорти та гіпоплазії лівих відділів серця.

Причини діагностичних труднощів: низька ефективність клінічного неонатального скринінгу в період до закриття артеріальної протоки, схожість клінічної картини маніфестації критичних вад серця і проявів неонатального сепсису, проблеми ехографічної діагностики (при комбінованих вроджених вадах серця, ознаках кардиту, наявності широко відкритої артеріальної протоки на тлі раніше розпочатого введення простагландину E1, помилково негативні результати доплерівського вимірювання кровотоку при вираженому зниженні скорочувальної функції шлуночків і виражених проявах гіповолемії).

Для полегшення і прискорення діагностики ВВС у новонароджених необхідний певний алгоритм оцінки стану дитини, який включає:

- використання сучасних методик доклінічного скринінгу вроджених вад серця у новонароджених перед випискою з пологового будинку (проведення пульсоксиметрії);
- високий індекс підозрілості у відношенні критичних вад серця (вади серця повинні обов'язково розглядатися в якості можливої причини погіршення стану новонароджених з такими неспецифічними симптомами, як дихальні розлади, млявість, погана перфузія, гіпотермія);
- початок виконання ступінчастого алгоритму надання допомоги у неонатальному чи дитячому відділенні будь-якого рівня: аналіз даних щодо можливого ВВС (материнський, сімейний анамнез, пренатально діагностовані аномалії, наявність стигм дізембріогенезу, первинні клінічні ознаки ВВС), приблизна ідентифікація типу ВВС з клінічних знахідок (синдромальна характеристика), проведення додаткових обстежень та діагностика протокозалежності і початок інфузії препарату простагландину E1 (гіпероксичний тест, пульсоксиметрія та вимірювання артеріального тиску на чотирьох кінцівках), більш диференційований діагноз ВВС (ехокардіографія, рентгенографія, ЕКГ, КШЛ), початок лікування критичних станів і вирішення питання про переведення до спеціалізованого кардіохірургічного відділення).

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Майданник В.Г.1, Кулешов О.В.2

1 Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ
2 Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Пролапс мітрального клапана (ПМК) являє собою аномальне прогинання у ліве передсердя під час систоли лівого шлуночка однієї або обох стулок мітрального клапана. Дотепер недостатньо вивчено функціональний стан серцево-судинної системи у дітей з даною патологією. Нами обстежено 39 дітей з ехокардіографічно підтвердженим ПМК. Дітей розподілено на 2 групи. Першу групу склали 22 дитини з ПМК без мітральної регургітації, другу – 17 дітей з ПМК з мітральною регургітацією. При проведенні стрес-ехокардіографії (сЕХОКГ) у 10 (45,5%) дітей першої групи виявлено збільшення прогинання стулок до 6 мм та появу мітральної регургітації І ст. У решти дітей даної групи після проведення сЕХОКГ мітральна регургітація не відмічалась. У 5 (29,4%) дітей 2-ої групи відмічено збільшення пролабування стулок до 9 мм із збільшенням регургітації до II ступеня. Ознак порушень контрактильних здатностей міокарда як до, так і після проведення сЕХОКГ у дітей обох груп не спостерігалось. Аналіз холтеровського моніторингування (ХМ) ЕКГ виявив порушення ритму серця у вигляді супра- та вентрикулярних екстрасистол (ЕС) у дітей обох груп. Так, у 10 (45,5%) дітей 1-ої групи та у 13 (76,5%) дітей 2-ої мали місце супра- та у 2 (9,1%) 1-ої та у 2 (11,7%) дітей 2-ої групи – вентрикулярні ЕС. У 1 (4,5%) 1-ої та у 2 (11,8%) 2-ої групи зафіксовано політопні ЕС. Мали місце також і номотопні аритмії у вигляді тахі-та брадиаритмії та синусової аритмії у всіх обстежених дітей, що можна розцінювати як прояв вегетативних дисфункцій. Отже, діти з ПМК з мітральною регургітацією мають підвищений вплив до фізичних навантажень. У дітей з ПМК має місце висока частота виявлення аритмій, серед яких домінують суправентрикулярні ЕС, які збільшуються в кількості у дітей з мітральною регургітацією. У дітей з мітральною регургітацією має місце тенденція до збільшення вентрикулярних ЕС. Діти з ПМК, зокрема з наявністю мітральної регургітації, є групою ризику виникнення ускладнень з боку серцево-судинної системи та потребують постійного диспансерного нагляду педіатрів і дитячих кардіологів для їх попередження та прогресування.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ ЩОХВИЛИННОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ

Майданник В.Г., Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Матусова М.О., Забашта Д.О., Сохацька О.О.

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

На сучасному етапі обов'язковою вимогою для встановлення діагнозу артеріальної гіпертензії, різних клінічних форм вегетативних дисфункцій (ВД) у дітей є використання цілодобового холтер-моніторингу артеріального тиску (АТ). На сьогодні в міжнародній практиці існують суворі показання для його призначення та пропагується використання 3-разового вимірювання. На жаль, клінічний досвід застосування останнього методу показує його слабку діагностичну значимість.

Метою роботи було проведення порівняльного аналізу діагностичних можливостей використання щохвилинного вимірювання АТ у дітей з різними клінічними формами ВД.

В групу обстеження увійшли 90 хворих, віком 13-17 років, у яких порівню діагностували вегето-судинну дисфункцію (ВСД) за гіпотензивним типом, ВСД за гіпертензивним типом та пароксизмальну вегетативну недостатність (ПВН). Усім пацієнтам проводився 15-разовий щохвилинний моніторинг вимірювання АТ за допомогою електронного тонометра з використанням системи пам'яті. За допомогою ретельного статистичного аналізу при 3-, 10-, 15-разовому визначенні АТ порівнювали наступні показники: математичне очікування (мо) АТ та його інтервали, мо різниці відхилень АТ, ймовірність кількості піків АТ. На їх підставі розраховували ймовірність збігу (Рз), яка повинна бути <0,9, та коефіцієнт співвідношення (Кс) – >1, тоді вони розкривають діагностичну ефективність аналізованого вимірювання. Математичний аналіз проводився в системі порівняння щохвилинного вимірювання АТ з 15-разовим моніторингом, як такий, що має найбільшу діагностичну значимість.

Проведений математичний аналіз при всіх формах ВД у дітей розкрив діагностичну другорядність 3-разового вимірювання. Так, Кс математичних очікувань різниці відхилень систолічного АТ по кожній групі хворих складає: при ПВН Кс=2,4, при ВСД за гіпотензивним типом Кс=1,75, при ВСД за гіпертензивним типом Кс=2,0. Оцінка діастолічного тиску демонструє наступні значення Кс: при ПВН Кс=2,6, при ВСД за гіпотензивним типом Кс=2,3, при ВСД за гіпертензивним типом Кс=2,7, що підтверджує ефективність 15-разового вимірювання. Візуальна оцінка при стандартному 3-разовому вимірюванні в порівнянні з 15-разовим показує неможливість фіксації піків, ширини діапазону відхилень та їх частоти, що має суттєве прогностичне значення.

Порівняльна оцінка 10- з 15-разовим вимірюванням АТ, встановила цінність останнього, що підтверджено через ймовірність збігу Рз, яка в усіх групах <0,9, а саме: по систолічному АТ – при ПВН Рз=0,37, при ВСД за гіпотензивним типом Рз=0,52, при ВСД за гіпертензивним типом Рз=0,71. По діастолічному АТ – при ПВН Рз=0,53, при ВСД за гіпотензивним типом Рз=0,56, при ВСД за гіпертензивним типом Рз=0,57. Візуальна оцінка кривої моніторингу АТ дозволяє визначити найбільшу кількість піків та максимальну їх абсолютну величину на 8-12 хвилині в 69% випадків, що також ставить під сумнів результативність 10-разового вимірювання.

Для підтвердження ефективності 15-разового вимірювання було додатково проведено порівняння з 20-разовим, що за всіма названими математичними показниками істотних переваг не підтвердило.

Таким чином, дане дослідження доводить, що 15-разовий моніторинг АТ за рахунок використання сучасних електронних тонометрів з системою пам'яті, є оптимальним, тоді як 3-разова стандартна оцінка АТ не є інформативною.

ПОШИРЕНІСТЬ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ (В РАМКАХ СКРІНІНГУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ)

Майданник В.Г. 1, Хайтович М.В. 1, Павлишин Г.А.2, Іванько О.Г.3, Очеретько В.В. 1

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

2 Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

3 Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Відомо, що в індустріально розвинених країнах серед населення старше 30 років у 10-40% діагностується метаболічний синдром (МС). Небезпека такого значного представництва МС в популяції очевидна, оскільки кожний із його компонентів є безумовним фактором ризику розвитку і прогресування серцево-судинних захворювань, смертність від яких займає лідируюче положення серед всіх відомих причин, а в Україні в структурі загальної смертності становить 65-66%. За даними епідеміологічних досліджень серед підлітків в американській популяції частота МС коливається від 4 до 7,6%. Оскільки надмірне накопичення вісцеральної жирової тканини є одним з основних патогенетичних чинників формування МС, то серед дітей і підлітків з надмірною масою тіла представлений МС різко зростає, сягаючи 30-50%. Отже надмірна маса тіла може бути важливим скрінінговим показником МС.

Метою дослідження було визначити поширеність ожиріння та надмірної маси тіла серед міської популяції дітей та підлітків України.

Матеріали і методи. Обстежено 1609 школярів середніх шкіл України: 219 (112 хлопчиків і 107 дівчаток) віком 13-15 років (в середньому 14,1±0,75 років) в м. Києві, 540 (277 хлопчиків та 263 дівчинки) віком 9-17 років (в середньому 13,15±0,75 років) в м. Тернополі; 850 (225 хлопчиків і 625 дівчаток) віком 13-15 років (в середньому 14,1±0,75 років) в м. Запоріжжі. Антропометрія проводилась за загальноприйнятими підходами, розраховували індекс маси тіла (ІМТ), інтерпретацію надмірної маси тіла та ожиріння проводилась за уніфікованими критеріями ІМТ, які скориговані з урахуванням віку та статі і відповідають критеріям надмірної маси тіла (25 кг/м²) та ожиріння (30 кг/м²) у дорослих.

Результати. Надмірна маса тіла виявлена в м. Києві у 15 (14,0%) дівчаток та у 21 (18,7%) хлопчиків, в м. Тернополі – відповідно у 24 (9,1%) та 36 (12,9%); у м. Запоріжжі – відповідно у 39 (6,2%) та 27 (12%); ожиріння в м. Києві у 5 (4,6%) дівчаток та у 3 (2,7%) хлопчиків, в м. Тернополі – відповідно у 6 (1,6%) та 20 (7,2%), в м. Запоріжжі – відповідно у 11 (1,8%) та 14 (6,2%).

Загалом надмірну масу тіла виявлено у 78 дівчаток (7,8%) та у 84 (13,7%) хлопчиків; ожиріння – відповідно у 22 (2,2%) дівчаток та у 37 (6,0%) хлопчиків. Розбіжності за частотою виявлення надмірної маси тіла та ожиріння у дітей та підлітків різних міст України можливо пояснюється відмінностями віку школярів. В цілому серед всіх обстежених дітей і підлітків надмірна маса тіла виявлялась у 162 (10,0%), а ожиріння – у 59 (3,7%).

Отже, у 6,2-14,0% дівчаток та 12,0-18,7% хлопчиків міської популяції України виявлено надмірну масу тіла, у 1,6-4,6% дівчаток і 2,7-7,2% хлопчиків – ожиріння, в цілому майже 14% дітей і підлітків України мають надмірну масу тіла або ожиріння.

Результати дослідження націлюють на необхідність визначення у дітей з надмірною масою тіла і/або ожирінням наявності маркерів МС (схильності до збільшення розмірів талії, розвитку високого нормального артеріального тиску або артеріальної гіпертензії, атерогенної дисліпідемії, гіпертригліцеридемії, підвищення рівня цукру натще). Екстраполюючи дані американських дослідників можна очікувати наявності МС у 5-7% міської популяції дітей і підлітків України.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ТРИФАМОКС ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Майданник В.Г., Хайтович М.В., Кириченко І.В., Мандрика Ю.Р., Корнієнко А.Б., Ємчинська Є.О.

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

Лікування негоспітальної пневмонії (НП) залишається важливою медико-соціальною проблемою. Це зумовлено її значною поширеністю, високими показниками смертності, а також значними економічними витратами на лікування. Згідно з рекомендаціями PIDS (Pediatric Infectious Diseases Society) і IDSA (Infectious Diseases Society of America) 2011 року щодо емпіричної терапії НП, викликаній типовими збудниками, з позицій доказової медицини у дітей старше 6 місяців перевага надається амоксициліну і інгібіторозахищеним амінопеніцилінам.

Сулбактам – лікарський засіб, що незворотно пригнічує активність бета-лактамаз, збільшує спектр бактерицидної активності амоксициліну, підвищує його ефективність, роблячи чутливими до його дії більшість резистентних штамів; на відміну від клавуланової кислоти, сулбактам стійкіший до більшості плазмідних та деяких хромосомних бета-лактамаз і має значно більшу стійкість до змін рН розчину і тому активніше проникає в тканини.

Мета дослідження: оцінити ефективність та безпечність застосування препарату трифамокс (амоксицилін сулбактам) при лікуванні НП у дітей.

Матеріали і методи: Дослідження проводилось в Дитячій поліклініці №1 Шевченківського р-ну м. Києва. Обстежено 25 дітей (12 дівчаток і 13 хлопчиків), віком від 1 до 16 років, хворих на рентгенологічно підтверджену неускладнену НП. Трифамокс призначався амбулаторно перорально у вигляді суспензії чи таблеток (залежно від віку) дітям до 2 років – 125 мг тричі на день, віком 1-6 років – 250 мг тричі на день, старше 6 років – 500 мг тричі на день. Курс лікування тривав 7 днів. Оцінка ефективності та безпечності лікування проводилась на 1, 3, 7 та 14 добу від початку терапії. Синдроми та симптоми оцінювались в балах від 0 до 3 (0 – відсутність, 1 – мінімально виражений, 2 – помірно, 3 – значно виражений).

Результати. На 3-ю добу лікування у всіх обстежених хворих відмічено суттєве покращення загального стану і зниження температури тіла. Так, якщо до початку терапії у 32,14% дітей температура тіла була вище 39°C, у 57,14% – фебрильна, то на 3 добу з початку терапії – фебрильна температура тіла відмічалась лише у 14,28% хворих, субфебрильна – у 53,57%; у решти (третина обстежених) – нормальна температура тіла. На 7 добу від початку терапії у 75% хворих відмічалась нормальна температура тіла, у решти – субфебрильна, на 14 добу – у всіх обстежених дітей температура тіла була нормальною. Вираженість інтоксикаційного синдрому на 3 добу терапії знизилась в середньому у 2,5 раза (з $1,96 \pm 0,77$ балів до $0,81 \pm 0,68$ балів; $P < 0,001$), катаральних проявів – у 1,4 раза (з $2,53 \pm 0,49$ балів до $1,80 \pm 0,40$ балів; $P < 0,001$).

На 7-у добу терапії у 85,7% дітей продовжували вислуховуватись вологі переважно незвучні хрипи, а на 14-у добу – лише у 7,14% непостійні вологі незвучні хрипи.

Препарат трифамокс добре переносився – за час спостереження у жодної дитини не відмічено диспепсичних або алергічних проявів.

Таким чином, враховуючи ефективність та безпечність, препарат трифамокс може з успіхом використовуватись для лікування неускладненої негоспітальної пневмонії у дітей.

ЗАСТОСУВАННЯ ТІВОРТІНУ З МЕТОЮ КОРЕКЦІЇ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ

Майданник В.Г.¹, Хайтович М.В.¹, Лантух Л.О.¹, Шевченко Т.А.¹,
Бурлака А.П.², Пранік Н.Б.¹, Єрмолович О.О.¹

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

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

Провідне місце серед пізніх ускладнень цукрового діабету (ЦД) 1 типу займають ураження судинної системи, які є причиною ранньої інвалідизації та зниження якості життя дітей.

В останні роки особливу увагу в механізмах розвитку ЦД та його ускладнень приділяють оксидативному стресу (ОС) і його корекції. Наші попередні дослідження встановили зростання продукції супероксидних радикалів та зміни добової екскреції маркерів мітохондріального ОС у дітей, хворих на ЦД 1 типу.

Серед препаратів, що мають антиоксидантні властивості, звертає на себе увагу Тівортін (L-argininidydrochloridum). Тівортін виявляє антиоксидантну, антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, дезінтоксикаційну активність. Даний препарат є субстратом для NO-синтази, ферменту, що каталізує синтез оксид азоту в ендотеліоцитах. Препарат активує гуанілатциклазу і підвищує рівень циклічного гуанідинмонофосфату в ендотелії судин, зменшує активацію й адгезію лейкоцитів і тромбоцитів до ендотелію судин, пригнічує синтез ендотеліну-1, що є потужним вазоконстриктором і стимулятором проліферації й міграції гладких міоцитів судинної стінки. Тівортін також пригнічує синтез асиметричного диметиларгініну – потужного ендогенного стимулятора ОС.

За даними літературних джерел відмічено позитивні результати застосування Тівортіну в кардіології (при гіпертонічній хворобі, стенокардії), пульмонології (при хронічних обструктивних захворюваннях легень), нефрології (при хронічній нирковій недостатності), акушерстві та гінекології (при прееклампсії вагітних препарат дозволяє пролонгувати вагітність до строку доношеності плоду у вагітних з цукровим діабетом), неврології. В дитячій практиці Тівортін застосовували в комплексній терапії при захворюваннях легеневої системи.

З метою підвищення ефективності профілактики та лікування пізніх ускладнень шляхом корекції ОС, нами препарат Тівортін включався до схеми лікування 5 дітей, хворих на ЦД 1 типу. Критеріями включення були: вік хворих старше 3-х років, субкомпенсований або декомпенсований стан. Дослідження проводилось у міському ендокринологічному центрі на базі ДКЛ № 6 м. Києва. Препарат призначали протягом 5-ти днів у дозі 5 мл/кг/добу (але не більше 100 мл/добу) внутрішньовенно крапельно із швидкістю 10 крап./хв. протягом перших 15 хв., потім збільшували швидкість до 20 крап./хв. Відмічено добру переносимість препарату (не викликав алергічних реакцій або інших побічних дій), швидке досягнення оптимального глікемічного контролю.

ТИРЕОЇДНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ІЗ АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Маменко М.Є., Щербакова М.В., Піліпенко І.А., Стрельбіцька Є.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ
Луганська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Луганськ

Останнім часом відзначається зростання поширеності алергічних захворювань, у структурі яких у дітей провідне місце займає atopічний дерматит (АД). Не зважаючи на значну кількість досліджень, присвячених етіології та патогенезу даного захворювання, вплив ендокринних порушень на розвиток АД залишається недостатньо вивченими.

Мета дослідження: оцінити функціональний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у дітей із atopічним дерматитом.

Пацієнти і методи: 90 дітей у віці 2-16 років із проявами atopічного дерматиту у фазі загострення на базі консультативної поліклініки Луганської обласної дитячої клінічної лікарні (суцільна вибірка). Методологія: опитування; аналіз медичної документації; огляд та об'єктивне обстеження, антропометрія; пальпація та УЗД щитовидної залози (ЩЗ); визначення рівнів тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (віл.Т4) у сироватці крові. Статистична обробка даних за допомогою Microsoft Excel 2007.

Результати та їх обговорення. У віковій структурі обстежених дітей домінували пацієнти 2-6 років (57/90, 63,3±5,1 %). Серед клінічних варіантів АД у них переважали поширені форми (57/90, 63,3±5,1 %). У 36,7±5,1 % випадків (33/90) спостерігалися еритемосквамозні ураження з ліхеніфікацією. Середнє значення коефіцієнта SCOrAD при оцінці тяжкості клінічних проявів складало 57,1 бала. На момент огляду клінічна картина захворювання у 71,1±4,7 % (64/90) пацієнтів відповідала середньому ступеню тяжкості (в середньому 36,7 бала за шкалою SCOrAD), а у 28,9±4,7 % (26/90) дітей – тяжкому (близько 55,9 бала за шкалою SCOrAD). Переважна більшість батьків (58/90, 64,4±5,0 %) дебют і загострення atopічного дерматиту в дітей пов'язували з вживанням певних продуктів харчування, децю рідше (24/90, 26,6±4,7 %) – із введенням прикорму. В 13,3±3,7 % (12/90) дітей з atopічним дерматитом прояви дерматозу розвивалися після вакцинації, у 10,0±3,2 % випадків (9/90) – після прийому медикаментів. Розвиток АД було спровоковано захворюваннями ШКТ у 7,7 ±2,8 % (7/90) дітей.

До проведення дослідження захворювання ЩЗ у жодного з пацієнтів встановлені не були. Обтяжений анамнез мав місце у родичів 21,4±4,9 % (15/70) дітей. Вивчення тиреоїдного статусу дозволило виявити біохімічні ознаки субклінічного гіпотиреозу у 10,0±3,1 % (9/90) пацієнтів із АД. Показники ТТГ в рамках оптимальних значень (0,4-2,0 мОд/л) мали лише 40,0±5,1 % (36/90) обстежених дітей. У 50,0±5,2 % (45/90) дітей рівень тиреотропіну відповідав коридору нормально-високих значень (2,0-4,0 мОд/л). В дітей у віці до 3-х років рівень тиреоїдного гормонотропіну частіше відповідав оптимальному (17/35, 48,5±8,4 %, p<0,05). Частота мінімальної тиреоїдної недостатності зростала у пацієнтів із збільшенням тривалості захворювання більше 2-х років і у віці 3-6 років становила 59,2±10,4 % (13/22, p<0,05). Випадків гіпертиреозу в обстежених дітей не було.

Висновки. У дітей з atopічним дерматитом у період загострення відзначається висока частота порушень тиреоїдного гормонотропіну у вигляді субклінічного гіпотиреозу і мінімальної тиреоїдної недостатності. Виразність порушень функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи зростає зі збільшенням тривалості захворювання. Вимагає подальшого вивчення вплив порушень тиреоїдного гормонотропіну на перебіг atopічного дерматиту у дітей.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ ІЗ ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ

Маменко М.Є., Бугаєнко О.О.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

Тиреоїдна патологія займає провідне місце в структурі ендокринних захворювань, переважно за рахунок дифузного нетоксичного зоба. Основним етіологічним чинником останнього є йодний дефіцит. У той же час спостерігається зростання поширеності гастроінтестинальних функціональних захворювань у дітей, розвиток яких пов'язують із порушеннями вегетативної та гормональної регуляції.

Мета дослідження: вивчити вплив порушень тиреоїдного статусу на розвиток функціональних гастроінтестинальних розладів.

Матеріал і методи. Скрінінгове дослідження на базі молодших класів 7-ми загальноосвітніх шкіл Луганської області (суцільна вибірка, n=695 у віці 5-11 років): анкетування родин, антропометрія та огляд дітей, визначення йодурії в разових порціях сечі з подальшим розрахунком медіани, пальпація щитовидної залози (ЩЗ). Частині дітей (n=88) за згодою батьків проведено поглиблене обстеження: УЗД щитовидної залози та органів ШКТ, визначення рівня тиреотропного гормону (ТТГ), тироксину (віл. Т4). При наявності гастроінтестинальних скарг – додаткові обстеження для верифікації діагнозу. Статистична обробка даних за допомогою Microsoft Excel 2007.

Результати дослідження та їх обговорення. В регіоні зберігається висока частота йододефіцитних захворювань (ЙДЗ): частота зоба за даними пальпації – 25,8±1,6 % (179/695), що відповідає середньому ступеню тяжкості ЙДЗ. Під час поглибленого обстеження дітей із збільшеною ЩЗ (n=88) підтверджено наявність зоба у 100 % випадків за даними УЗД згідно нормативів ВООЗ 2007 р. У 96,6±1,9 % (85/88) дітей структура залози була однорідною, в 3,4±1,9 % (3/88) – неоднорідною, але без вузлових утворень. Рівень ТТГ в межах оптимальних значень мали 47,7±5,5 % (42/88) дітей із зобом, у 42,0±5,3 % (37/88) встановлено ознаки мінімальної тиреоїдної дисфункції, 10,2±3,2 % (9/88) дітей знаходилися в стані субклінічного гіпотиреозу.

У 92,0±2,9 % (82/88) обстежених мали місце гастроінтестинальні скарги. Біль у животі спостерігався у 86,0±5,4 % (36/42) пацієнтів із оптимальним рівнем функціонування ГТС, у 97,0±2,8 % (36/37) – із мінімальною тиреоїдною дисфункцією та у 100 % – із субклінічним гіпотиреозом. В останніх достовірно частіше біль носив тупий ниючий характер (8/9, 88,9±10,5 %, p<0,05) та мав місце більш тривалий характер скарг (понад 1 рік в 8/9, 88,9±10,5 %, p<0,05). В усіх дітей із субклінічним гіпотиреозом та 54,1±8,2 % (20/37) пацієнтів із високономральними значеннями ТТГ мали місце скарги на закреплення, що достовірно частіше, ніж у дітей із нормальним тиреоїдним статусом (2/42, 4,8±3,3 %, p<0,05). Симптоми, що відповідають діагнозу функціональної диспепсії (ФД), виявлені в 44,3±5,3 % (39/88) випадках, синдром подразненого кишечника із закрепами (СПК) – у 21,6±4,4 % (19/88), функціональні розлади жовчного міхура за гіпокінетичним типом – у 44,3±5,3 % (39/88). При мінімальній тиреоїдній дисфункції достовірно частіше спостерігалися ознаки ФД переважно за рахунок дискінетичного варіанту – 48,6±5,3 % (18/37) та СПК із закрепами – 27,0±7,3 % (10/37). Серед дітей із субклінічним гіпотиреозом СПК із закрепами мали 88,9±10,5 % (8/9) проти 2,4±2,3 % (1/42) – серед дітей із оптимальним рівнем функціонування ГТС (p<0,001).

Висновки. Наявність тиреоїдної патології та зниження функціональної активності ГТС сприяє збільшенню частоти функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей переважно за рахунок гіпокінетичних станів (дискінетичний варіант функціональної диспепсії, синдром подразненого кишечника із закрепами, функціональні розлади жовчного міхура тощо).

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ БАЗИСНОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ШКОЛЯРІВ

Марусик У.І., Герчик В.І., Руда Т.Д.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Застосування Нуклеїнату в лікуванні бронхіальної астми (БА) у дітей передбачає досягнення позитивної динаміки вмісту інтерлейкінів -5 та -8 у сироватці крові за рахунок протизапального ефекту даного препарату незалежно від характеру запалення бронхів. Так, його застосування в комплексі протизапальної терапії БА в дорослих призводило до підвищення рівня контролю захворювання, що може служити підставою для використання даної лікувальної тактики в школярів.

Мета дослідження: Оцінити ефективність Нуклеїнату в складі базисної протизапальної терапії БА в школярів для досягнення контрольованості захворювання.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ№1 обстежено 98 дітей шкільного віку, хворих на БА в стадії ремісії. Дослідження проводилось двічі сліпим плацебо-контрольованим рандомізованим методом із застосуванням таблиці випадкових чисел. До першої (I) клінічної групи увійшли 47 хворих, які в комплексі базисної терапії приймали Нуклеїнат в дозі 0,25 г на добу протягом 21 дня. Другу (II) клінічну групу сформувала 51 дитина, яка отримувала плацебо за тією ж схемою. За статтю, віком, тривалістю захворювання та типом протизапальної терапії групи порівняння вірогідно не відрізнялися. Усім дітям оцінювали вміст інтерлейкінів -5 та -8 (ІЛ-5, ІЛ-8) у сироватці. Оцінка ризику реалізації події проводилась з урахуванням величин відносного (ВР), абсолютного (АР) ризиків та співвідношення шансів (СШ), а також визначенням їх довірчих інтервалів (95% ДІ). Ефективність проведеного лікування оцінювали враховуючи зниження атрибутивного (ЗАР) та відносного (ЗВР) ризиків, а також мінімальну кількість хворих (МКХ), яких слід пролікувати для отримання одного позитивного результату.

Після проведеного лікування в хворих обох груп відмічалась чітка тенденція до зниження вмісту ІЛ-5 у сироватці крові. Так, у дітей I групи вміст ІЛ-5 у сироватці становив у середньому $44,3 \pm 19,8$ пг/мл до та $13,9 \pm 7,4$ пг/мл ($P > 0,05$) після лікування. У школярів II групи його концентрація у середньому сягала $32,4 \pm 16,5$ пг/мл та $6,05 \pm 1,7$ пг/мл ($P > 0,05$) відповідно. Водночас, у дітей I групи, відносно осіб другої, ризик (СШ) реєстрації ІЛ-5 < 2,1 пг/мл до лікування сягав 0,72 (95% ДІ 0,1-3,5), а після – 3,6 (95% ДІ 0,6-22,7).

Щодо ІЛ-8, який ініціює "респіраторний вибух" нейтрофілів крові та стимулює їх функціональну активність, то його вміст в сироватці крові, що перевищував 5,3 пг/мл, траплялася у 78,6% представників I групи на початку терапії та лише у 42,9% випадків ($P < 0,05$) по її завершенні. У осіб II групи наведений вище показник визначався у 66,7% хворих та у 84,7% спостережень ($P > 0,05$) відповідно. ВР зниження вмісту ІЛ-8 становив 2,6 (95% ДІ 1,8-3,8), АР – 0,45 при показнику СШ – 6,8 (95% ДІ 3,7-12,6). Під впливом Нуклеїнату ЗАР реєстрації підвищеного вмісту ІЛ-8 сягало 93,2%, ЗВР – 65,3% (95% ДІ 55,1-74,5), а МКХ, яких слід пролікувати для досягнення одного позитивного результату, становила лише 1,5 (95% ДІ 0,1-6,3).

Отже, застосування Нуклеїнату в комплексній протизапальній терапії БА супроводжується зниженням вмісту в сироватці крові інтерлейкінів-5 та -8 за рахунок можливого зменшення активності запального процесу в бронхах незалежно від їх характеру, що опосередковано свідчить про підвищення рівня контролю астми у школярів.

ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Марушко Ю.В., Іовіца Т.В., Бойко Н.С., Аль-Нажар М.А.

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

У теперішній час проблема лактазної недостатності (ЛН) у дітей грудного віку залишається актуальною. Це обумовлено певною частотою зустрічаємості та клінічними проявами ЛН, які значно погіршують якість життя дитини та непокоять батьків. За даними О.Г. Шадріна та співавт. (2011) первинна ЛН авторами була виявлена тільки у 12% дітей, вторинна ЛН – у 88% дітей грудного віку. Актуальним залишається питання розробки лікувально-реабілітаційних заходів дітям із вказаною патологією з урахуванням можливостей сучасного фармацевтичного ринку.

При первинній ЛН спостерігається зниження активності ферменту лактази при морфологічно не зміненому ентероциті. Така ситуація може спостерігатися у новонароджених, особливо недоношених, що отримало назву транзиторна ЛН. Вторинна ж ЛН пов'язана з пошкодженням ентероцитів, що призводить до зниження активності лактази, ступінь зниження якої безпосередньо корелює зі ступенем атрофії ворсинок та інтенсивністю запалення слизової оболонки тонкого кишечника. Відомо, що вторинна ЛН виникає на фоні патології шлунково-кишкового тракту, при гастроінтестинальних формах алергії, дисбіозі кишечника, а також при прийомі медикаментів, які ушкоджують слизову оболонку тонкої кишки.

Транзиторна ЛН сприяє виникненню кишкових кольок і може значно негативно вплинути на можливість подальшого грудного вигодовування.

Метою нашої роботи стало дослідження причин кишкових кольок у дітей грудного віку, визначення лактазної недостатності у них та вивчення ефективності застосування препарату лактази (*Aspergillus oryzae*) – дієтичної добавки «Мамалак». Ця добавка використовується в Україні з 2011 року.

Під спостереженням знаходилось 23 дитини грудного віку (від 2 до 6 місяців), які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні молодшого дитинства ДКЛ №5 м. Києва з функціональними гастроінтестинальними розладами та вигодовувались грудним молоком. Діагностику та лікування ЛН проводили згідно протоколу лікування ЛН у дітей №438, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України 26.05.2010 року. Критерієм відбору дітей були клінічні прояви, що вказують на можливу ЛН — метеоризм та кишкові кольки відразу після годування дитини, порушення частоти та характеру випорожнень, зміни у копрограмі – рН менше 5,5. Діти спостерігалися протягом 1 – 2 тижнів. В динаміці проведені копрологічні дослідження. Частині дітей був проведений водневий дихальний тест з навантаженням лактозою відповідно до міжнародних вимог. Дослідження проведені на апараті Gastro+Gastrolyzer (Велика Британія).

Як показали спостереження, застосування ферменту лактази дозволило зменшити об'єм медикаментозної терапії, продовжити грудне вигодовування, уникнути переходу на застосування низько- або безлактозних сумішей.

Отже, призначення ферменту лактази дає можливість збереження грудного вигодовування, що є важливим чинником нормального розвитку дитини. В процесі спостереження нами не виявлено жодного випадку побічної дії препарату.

МОЖЛИВІСТЬ КОРЕКЦІЇ АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Марушко Ю.В., Мошкіна Т.В., Бойко Н.С., Грінішина Г.Г.

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

ДКЛ №5 Святошинського району, м. Київ

Проблема ацетонемічного синдрому (АС) в сучасній педіатрії набуває все більшої актуальності. За даними різних авторів, АС зустрічається у 4-6% дітей віком від 1 до 13 років. У більшості випадків АС ускладнюється ацетонемічним кризом, тяжким патологічним станом, що потребує невідкладних заходів лікування, основним напрямком яких є корекція метаболічних порушень, дегідратації та дизелектролітемії. В наш час ведеться постійний пошук нових методів та напрямків лікування АС у дітей. В цьому плані певну зацікавленість викликають комбінації розчину необхідних мікроелементів з пробіотиками для проведення оральної регідратації.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування нового розчину для оральної регідратації BioGaia Probiotic ORS (Oral Rehydration Solution) в комплексному лікуванні дітей з ацетонемічним синдромом. Особливістю даного засобу є включення в його склад (крім традиційних натрію, калію, хлоридів, глюкози, цитрату), цинку та *Lactobacillus reuteri*.

Під спостереженням знаходилось 50 дітей (26 дівчат та 24 хлопці) віком від 1 до 6 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні молодшого дитинства ДКЛ №5 м. Києва з гострою респіраторною вірусною інфекцією, у яких відмічались явища недіабетичного кетоацидозу. Клінічними дослідженнями був виключений вторинний характер АС. Основну групу склали 30 дітей, які отримували в комплексній терапії вищевказаний розчин для оральної регідратації відповідно до інструкції. До групи контролю віднесено 20 хворих, яким оральна регідратація проводилась без цинку та пробіотика.

Як показали наші спостереження, вже за перші 24 години терапії з включенням вищевказаного розчину для оральної регідратації майже у половини дітей основної групи вдалося припинити блювоту, в той час як в контрольній групі блювота спостерігалася ще у 75% хворих. З першої доби лікування відмічалось значне зниження частоти проявів інтоксикації та анорексії у дітей, які отримували комбінований розчин. Загалом у хворих основної групи визначався більш швидкий регрес проявів АС. Так, на 5-у добу від початку лікування спостерігалась нормалізація всіх клінічних параметрів, в той час як у 10% дітей контрольної групи залишалися прояви анорексії, інтоксикації та ацетонурія. Оцінюючи динаміку клінічних явищ АС (за бальною системою), ми виявили статистично достовірне ($p < 0,01$) зниження інтенсивності майже всіх клінічних ознак АС у дітей основної групи вже на 1-шу добу від початку лікування, чого не спостерігалось в групі контролю. Також виявлено, що через 24, а також 48 годин від початку лікування вираженість блювоти, інтоксикації та ацетонурії була достовірною ($p < 0,05$) меншою у дітей основної групи, ніж в контрольній групі. Достовірна різниця регресу симптомів інтоксикації та ацетонурії між зазначеними групами зберігалась ще на 3-тю добу.

Таким чином, недіабетичний кетоацидоз (ацетонемічний синдром) є важливою проблемою педіатрії. При включенні в комплексну терапію АС розчину для оральної регідратації, що містить, крім традиційних натрію, калію, хлоридів, глюкози, цитрату, цинку та *Lactobacillus reuteri*, достовірно швидше знижується як частота, так і інтенсивність клінічних проявів даної патології. Використання комбінованих засобів, що включають електроліти разом з цинком та з пробіотиком значно розширюють лікувальні можливості ацетонемічного синдрому.

СТАН ОБМІНУ МЕЛАТОНІНУ У ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Злобинець А.С.

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

В останні роки значно розширилися уявлення про участь мелатоніну в патогенезі ендокринних і соматичних захворювань. Особливе значення мелатонін має в регуляції артеріального тиску, оскільки є "центральною гормоном адаптації" і важливим елементом системи антистресорної оборони організму.

Доведено, що включення мелатоніну в схеми лікування первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ) у дорослих хворих дозволяє посилити ефективність терапії стандартними антигіпертензивними засобами, нормалізувати порушену циркадну гемодинаміку, ефективно ліквідувати порушення сну, що нерідко присутнє у пацієнтів з ПАГ (В.Н.Анісімов, 2007; E. Grossman et al., 2011).

Особливості обміну мелатоніну у дітей з ПАГ вивчені недостатньо, хоча відомо, що в період статевого дозрівання кількість циркулюючого в крові мелатоніну знижується. З іншого боку, саме в цей період має свій початок ПАГ у дітей, що робить актуальним вивчення особливостей обміну мелатоніну у дітей та підлітків з ПАГ.

Матеріали та методи. Обстежено 50 дітей у віці 11-16 років із ПАГ. Дані обстеження порівнювалися із результатами 22 здорових дітей того ж вікового складу.

Обмін мелатоніну вивчався за рівнем його основного метаболіту – 6-сульфатоксимелатоніну (6-COM) в сечі, визначеного за допомогою методу імуноферментного аналізу (ELISA) із застосуванням тест-систем фірми BUNLMANN (Швейцарія). Добовий моніторинг АГ проводили на апараті "ABM-04" ("Meditech", Угорщина).

Результати дослідження. Серед 50 дітей із ПАГ у 30 дітей виявлено стабільну АГ (індекс гіпертензії 50-100%), у 20 дітей – лабільну АГ (індекс гіпертензії 25-50%).

Концентрація 6-COM у дітей з ПАГ коливалась в межах від 4,68 нг/мл до 85,09 нг/мл. Рівень 6-COM у дітей з АГ мав тенденцію до менших значень порівняно із дітьми контрольної групи і складав у дітей із стабільною ПАГ $38,84 \pm 3,32$ нг/мл, з лабільною ПАГ – $39,44 \pm 4,38$ нг/мл. Найменші значення рівня 6-COM виявлено у дітей із стабільною ПАГ II ступеня.

У дітей контрольної групи значною мірою переважала нічна екскреція 6-COM (співвідношення денної і нічної концентрації складало $0,17 \pm 0,03$). У дітей з ПАГ, навпаки, денна екскреція 6-COM більше, ніж в 2 рази перевищувала нічну (співвідношення денної і нічної концентрації 6-COM – $2,33 \pm 0,89$), що вказує на значні порушення циркадного ритму екскреції 6-COM у дітей з ПАГ.

Висновки. 1. У дітей з ПАГ виявлено порушення обміну мелатоніну, що проявляється тенденцією до його зниженої екскреції із сечею.

2. Найменші значення добової екскреції 6-COM виявлено у дітей із стабільною ПАГ.

3. У дітей з ПАГ денна екскреція 6-COM в $2,33 \pm 0,89$ разів переважає нічну, що є проявом порушення циркадного ритму екскреції мелатоніну.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ СТАРШИХ КЛАСІВ

Марушко Ю.В., Таринська О.Л., Асонов А.О., Грачова М.Г.

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

Інтенсифікація навчального процесу обумовлює підвищення вимог до функціонального стану організму дітей, особливо старшого шкільного віку, коли відбувається морфологічна та функціональна перебудова організму в зв'язку із закінченням статевого дозрівання. Окрім того, негативна екологічна ситуація сучасного індустріального міста суттєво впливає на внутрішнє мікросередовище дитини, змінюючи мікроелементний склад організму. В таких умовах ускладнюються обмінні процеси, що в подальшому призводить до формування хронічної патології.

Нами проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 366 школярів. (з них 59 в динаміці через рік та 32 – через 2 роки). Проаналізована наявність патології різних органів і систем. Так, захворювання серцево-судинної системи зустрічалися у 29,43% школярів, патологічні зміни сечовидільної системи мали 15,6% обстежених дітей, хронічну патологію органів травлення – 20,92% школярів, ендокринної системи – 5,67% обстежених. При детальному вивченні самопочуття дітей встановлено, що тільки 5,67% дітей не мали скарг на його погіршення. Діти частіше скаржилися на головний біль – у 62,06% обстежених, дратливість – у 36,5%, плаксивість – у 25,87% дітей. Такі симптоми, як слабкість (15,96%), швидка втомлюваність (21,62%), зниження пам'яті (9,57%) зустрічалися дещо рідше. Для визначення рівня соматичного здоров'я був використаний метод експрес-оцінки рівня соматичного здоров'я за Г.Л. Апанасенко (2008). Встановлено, що 41% обстежених дітей мали низький рівень соматичного здоров'я, у 28% підлітків рівень соматичного здоров'я був нижче середнього. Середній рівень соматичного здоров'я мали 25% обстежених школярів, у 3% дітей відзначався рівень нижче середнього і у 3% обстежених підлітків рівень соматичного здоров'я був оцінений як високий. Загалом у 41% учнів школи з інтенсивним способом навчання був виявлений низький рівень соматичного здоров'я, а у третини школярів рівень соматичного здоров'я був нижче середнього. Таким чином, 70% підлітків при інтенсифікації навчального процесу мали відхилення рівня соматичного здоров'я. Нами документовано, що переважна більшість школярів м.Києва мають значний дефіцит життєво необхідних мікроелементів: дефіцит заліза мають 85,46% дітей, міді – 80,5% школярів, кальцію – 79,79% обстежених. Дефіцит марганцю мають 52,13% школярів, а хрому – 41,49% дітей, рідше зустрічається дефіцит цинку (у 24,11% обстежених) та селену – у 9,22% школярів. В умовах дефіциту есенціальних елементів відмічено перевищення біологічно допустимої межі токсичних металів у волоссі 46,8% обстежених.

Всім школярам були надані індивідуальні харчові рекомендації. Завдяки дієтичним рекомендаціям, вдалося ліквідувати дефіцит кальцію, марганцю – більш як у третини школярів, селену – у чверті, нормалізувати вміст хрому – у 17% обстежених. По цих елементах показники були нормальними чи скориговані у переважній більшості школярів (селену – 88,14%, хрому – 81,05%, по кальцію – 76,19%, марганцю – 71,18%). Не вдалося ліквідувати значний дефіцит – міді (залишається у 92,37% школярів), заліза (залишається у 83,25% обстежених) та цинку (залишається у 79,65% школярів).

Індивідуальне призначення препаратів міді, заліза, цинку старшокласникам протягом 30 днів дозволили зменшити дефіцит зазначених мікроелементів ще у 20-30% школярів.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ ІНТЕРФЕРОНІВ ТА СЕКРЕТОРНОГО IGA У РОТОГЛОТКОВОМУ СЕКРЕТІ У ДІТЕЙ, ЩО ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ

Марушко Ю.В., Мельников О. Ф., Зелена Н. А., Мовчан О. С., Лобанов О.І.

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

ДУ «Інститут отоларингології імені А. І. Коломійченка НАМН України», м. Київ

Дитяча поліклініка №1 Святошинського району, м. Київ

Питання вивчення особливостей системного імунітету дітей, що часто хворіють на гострі респіраторні захворювання (ДЧХ) присвячено багатьом робіт як вітчизняних, так і зарубіжних авторів, оскільки дана категорія дітей є найбільшою групою диспансерного спостереження в педіатрії. Протягом останнього десятиріччя отримала визнання концепція відносної автономності місцевого імунітету слизових оболонок верхніх дихальних шляхів. У зв'язку з чим обґрунтована необхідність вивчення показників не тільки системного імунітету, а і показників імунітету верхніх дихальних шляхів.

Мета роботи – надати клініко-імунологічну характеристику лікувальних заходів дітям, що часто хворіють на гострі респіраторні інфекції,

Під нашим спостереженням знаходилось 73 пацієнти у віці 4-12 років, які хворіли на гострий фарингіт. Імунологічне дослідження слини було проведено не 56 дітям до початку лікування та через 1-3 дні після одужання (8-10 день спостереження), які були розподілені на наступні групи: перша основна (O1)- діти 4-8 років (20 дітей), друга основна (O2)-діти віком 8-12 (18 дітей) та контрольна (K1)-8 дітей віком 4-8 років, контрольна (K2)-10 дітей віком 8-12 років.

Дітям основної групи застосовувався лізоциму гідрохлорид- 10 мг та деквалінію хлорид 0,25 мг у формі таблеток для розсмоктування. Призначався по 1 таб. 4 рази на день протягом 7 днів.

Застосування лізоциму та деквалінію сприяло більш швидкому одужанню від ГРЗ. В результаті імунологічного спостереження встановлено, що у дітей з ГРЗ основних і контрольних груп був низький рівень секреторного імуноглобуліну А до початку терапії. Після місцевого лікування лізоцимом та деквалінію хлоридом рівень sIgA мав тенденцію до підвищення, а в старшій віковій групі дітей достовірно збільшувався.

Проведена терапія в основних і контрольних групах призводила до достовірного зниження концентрації мономерної форми sIgA, що свідчить про зниження рівня гідролаз мікроорганізмів, які здатні розщеплювати димерну структуру sIgA.

Концентрація α -інтерферону була значно підвищеною до терапії у всіх досліджуваних групах. В обох основних групах на фоні терапії концентрація α -інтерферону достовірно знижувалась. Це свідчить про активацію протівірусного імунітету та зниження вірусної контамінації слизової оболонки ротоглотки. В контролі зміни вмісту α -інтерферону були різнонаправленими (підвищувалися, або мали недостовірну тенденцію до зниження).

Таким чином, застосування лізоциму та деквалінію сприяє більш швидкому одужанню дітей з ГРЗ, що підтверджується позитивною динамікою імунологічних показників.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗНИЖЕНИМ ВМІСТОМ ЦИНКУ

Марушко Ю.В., Асонов А.О.

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

Однією з актуальних проблем сучасної педіатрії є захворювання травного тракту. Останні тридцять років характеризуються стрімким зростанням поширення гастроентерологічної патології, зростання частоти загострень хронічної патології органів травлення серед дітей на фоні складної екологічної ситуації в різних регіонах України. В структурі гастроентерологічних захворювань у дітей переважають хвороби органів гастродуоденальної зони. За даними МОЗ України (2010) поширеність гастриту та дуоденіту становила 29,13%, захворюваність – 8,14 на 1000 дитячого населення.

За останні роки з'явилися роботи, що засвідчують негативну роль неадекватного харчування, дефіциту есенціальних мікроелементів, особливо цинку, в формуванні захворювань органів травлення. На сучасному етапі важливим є визначення для практики охорони здоров'я впливу порушень мікроелементного гомеостазу на стан здоров'я дітей, розробка рекомендацій щодо корекції вищезазначених змін.

Нами на кафедрі педіатрії №3 НМУ ім. О.О. Богомольця обстежено 218 дітей з патологією органів травлення віком від 6 до 17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні. В результаті комплексного обстеження у 189 пацієнтів був встановлений діагноз хронічного гастродуоденіту.

Усім пацієнтам проводилось дослідження вмісту цинку у волоссі. Визначення вмісту мікроелементів (Zn, Fe, Cu та інших) в волоссі дітей проводилось методом рентген-флюоресцентної спектроскопії на апараті «ElvaX – med». На сьогоднішні норми вмісту цинку у волоссі остаточно не визначені. За даними, що отримані нами при багаточисельних дослідженнях за допомогою рентген-флюоресцентної спектроскопії, пороговий вміст цинку у волоссі встановлений на рівні 100 мкг/г. Дефіцит цинку, виявлений у волоссі, у переважній більшості випадків підтверджувався результатами дослідження цинку сироватки крові. При обстеженні дітей з хронічним гастродуоденітом виявлено дефіцит цинку у волоссі 45,5% обстежених.

В залежності від рівня цинку у волоссі діти з гастродуоденітом були розподілені на 2 групи спостереження: I група – 86 дітей з хронічним гастродуоденітом, що мали дефіцит цинку у волоссі ($81,26 \pm 1,55$ мкг/г); II група – 100 дітей з хронічним гастродуоденітом з нормальним вмістом цинку у волоссі ($131,94 \pm 2,66$ мкг/г).

Аналіз даних анамнезу свідчить про те, що випадки загострення ХГД достовірно ($p < 0,05$) частіше спостерігається у групі пацієнтів з дефіцитом цинку ($2,52 \pm 0,1$), ніж у дітей групи порівняння ($1,64 \pm 0,07$).

За результатами обстеження у основній групі достовірно частіше спостерігається синдром хронічної неспецифічної інтоксикації, ніж у пацієнтів групи порівняння. Больвовий та диспепсичний синдроми зустрічалися дещо частіше, але дані не достовірні.

У дітей із зниженим вмістом цинку у волоссі спостерігається зниження гастропротективного потенціалу, що нами підтверджено за показниками фукози та глікозамінгліканів шлункового соку.

Таким чином, на перебіг хронічного гастродуоденальної патології певним чином має вплив вміст цинку. Ці данні необхідно враховувати в подальших дослідженнях щодо включення препаратів цинку у комплексну терапію хронічних гастродуоденітів у дітей.

МІСЦЕ ІМУНОБІОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В АЛГОРИТМІ ЛІКУВАННЯ СИСТЕМНОЇ ФОРМИ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Марушко Т.В.

НМАПО імені П.Л.Шупика, м. Київ

Ревматоїдний артрит із дебютом в дитячому віці виділений в окреме захворювання – ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), що обумовлено особливістю перебігу даного патологічного процесу у дітей. В Україні при аналізі захворюваності та поширеності ЮРА серед дітей віком 0-17 років станом на 2010 рік, останні відповідно склали 0,05 та 0,33 на 1000 дитячого населення. Особливістю перебігу суглобово-вісцеральної форми ЮРА є залучення в патологічний процес окрім суглобів внутрішніх органів та систем. На сучасному етапі доведена важлива роль окремих цитокінів у розвитку аутоімунних хвороб особливо при РА та ЮРА, найважливішими серед яких є ІЛ-1, ІЛ-6 та ФНП- α , що стало підставою для вибору їх в якості мішеней для «таргетної» або цільової терапії імунобіологічними агентами. ІЛ-1 (він представляє собою систему з трьох молекул: ІЛ -1 а, ІЛ -1 b, ІЛ -1 Ra) є основним медіатором гострого та хронічного запалення, синтезується переважно макрофагами та Т-хелперами під час реакції імунної системи на інфекцію. В умовах аутоімунного процесу, гіперпродукція ІЛ-1 пояснює деякі клінічні прояви у хворих – виникнення лихоманки та лейкоцитарної реакції нейтрофільного типу ФНП- α є прозапальним цитокіном, що синтезується переважно макрофагами, але може також бути похідним лімфоцитів. ФНП- α є ендогенним пірогеном, індуктором синдрому системної запальної відповіді, індуктором синтезу ІЛ-1 та ІЛ-6 та індуктором апоптозу (6). ІЛ-1 та ФНП- α в надлишковій кількості синтезуються синовіальними клітинами (переважно клітинами моноцитарно-макрофагального ряду). Дослідження серед дорослих із РА показало що високий рівень ФНП- α в синовіальній рідині асоціюється із виникненням кісткових ерозій. ІЛ-6 синтезується Т-хелперами 2 типу й макрофагами та, крім вказаного впливу на В-лімфоцити, має низку інших властивостей, що особливо яскраво реалізуються при аутоімунних процесах: вплив ІЛ-6 на клітини печінки стимулює синтез білків гострої фази запалення: С-реактивного протеїну (СРП), фібриногену, сироваткового амілоїду А та ферритину; разом з ІЛ-1 стимулює диференціювання остеокластів, як наслідок виникає системний остеопороз, ерозивні зміни в суглобах; знижує рівень інсуліноподібного фактора, що призводить до затримку хворих у зрості; є індуктором реактивного тромбозу.

Новим словом у лікуванні даної групи хвороб є імунобіологічні препарати. Для лікування суглобово-вісцеральної форми ЮРА, яка не має позитивного перебігу із застосуванням класичних базисних препаратів, використовується блокатор ІЛ-6 тоцилізумаб (ТЦЗ). Так, в нещодавньому глобальному дослідженні TENDER вивчалися 112 пацієнтів із тяжким системним ЮРА, стійким до стандартних схем лікування, включаючи інгібітори ФНП- α та ІЛ-1. Пацієнти були рандомізовані для отримання терапії ТЦЗ (8 або 12 мг/кг, в залежності від маси тіла, кожні 2 тижні) або плацебо. Значно більш високу відповідь згідно ACR Pedi 30%, 50%, 70% відмічали серед основної групи порівняно із групою на плацебо (85%, 71% та 37% проти 11%, 8% та 5% відповідно) (De Benedetti F. et al., 2010). Особливо показова перевага лікування ТЦЗ в основній групі порівняно із контрольною при посимптомному порівнянні ефекту на 12-му тижні терапії: персистенція лихоманки – 79% (контрольна група на плацебо) проти 15% (основна група на ТЦЗ), висипання – 89% проти 36%, анемія – 93% проти 20%. В Україні 6 дітям із системною формою ЮРА призначений препарат ТЦЗ, введення якого почалось з початку 2012 року. Доведено, що призначення імунобіологічних препаратів доцільно при відсутності позитивної відповіді на призначення базисних препаратів, має високу ефективність та покращує стан та самопочуття цієї групи хворих.

СТАНДАРТ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

Матвієнко І.М.

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

Будь-який підхід до надання медичної допомоги населенню, особливо дитячому, повинен бути цілісним, а не бути зорієнтованим тільки на хворобу. В якості приклада такого цілісного підходу можна привести чітко організовану систему надання медичної допомоги дітям віком від народження до 5 років життя, якою є стратегія ВООЗ Інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ). Ця стратегія зорієнтована не тільки на лікування хвороби дитини, а в повній мірі на профілактику розвитку або загострення захворювань, консультування батьків з питань догляду за дитиною з метою розвитку та її адекватного харчування, а також на своєчасне щеплення згідно діючого в державі календаря. Стратегія ІВХДВ дозволяє медичним працівникам (як лікарям, так і середньому медичному персоналу, а саме патронажним медичним сестрам та фельдшерам) первинної ланки надавати медичну допомогу дітям віком з народження до 5 років життя ефективно та безпечно.

Враховуючи досить складну ситуацію з медичними кадрами на первинному рівні надання допомоги, а саме дефіцит лікарів сімейної практики загальної медицини та середнього медичного персоналу, переважну кількість працюючого персоналу передпенсійного та пенсійного віку, а також зростання функції первинної ланки в наданні медичної допомоги населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я, стає необхідним впровадження саме такої моделі медичної допомоги дітям.

Згідно діючої державної моделі медичну допомогу хворим дітям (оцінку клінічних ознак, призначення лікування, забезпечення наступного спостереження під час амбулаторного лікування) можуть надавати тільки лікарі, а враховуючи абсолютний дефіцит підготовлених лікарів сімейної медицини та працюючих педіатрів стає зрозумілим, що обмеження функцій середнього медичного персоналу та відсутність його залучення в лікувальний процес в повній мірі призводить до зниження якості надання медичної допомоги дітям на рівні амбулаторій та ФАПів.

Пілотне впровадження адаптованої до умов України стратегії ВООЗ продемонструвало її ефективність як для медичних працівників, так і для батьків. Так, за період пілотного впровадження в Ємельчінському районі Житомирської області відбулось зниження неонатальної смертності з 14,83‰ у 2010 р. до 2,27‰ у 2011 р., зниження малюкової смертності з 21,19‰ у 2010 р. до 2,27‰ у 2011 р., зниження смертності серед дітей перших 5 років життя з 24,42‰ у 2010 р. до 4,55‰ у 2011 р., зниження частоти госпіталізованих дітей віком 0-5 років з 157,9‰ у 2010 р. до 105,97‰ у 2011 р., зниження частоти звернень за медичною допомогою з 1325,14‰ у 2010 р. до 1131,65‰ у 2011 р.. Такі самі позитивні зміни відбулись і в Снятинському районі Івано-Франківської області: зниження неонатальної смертності з 6,5‰ у 2010 р. до 5,5‰ у 2011 р., зниження постнеонатальної смертності з 7,8‰ у 2010 р. до 2,2‰ у 2011 р., зниження малюкової смертності з 13,6‰ у 2010 р. до 8,1‰ у 2011 р., зниження смертності серед дітей перших 5 років життя з 3,2‰ у 2010 р. до 2,2‰ у 2011 р., зниження частоти госпіталізованих дітей віком 0-5 років з 211,9‰ у 2010 р. до 163,8‰ у 2011 р. та низького рівня частоти звернень за медичною допомогою з 849,74‰ у 2010 р. та 864,81‰ у 2011 р.

Всі ці зміни в показниках відбулись на тлі демедикалізації та підвищення рівня задоволеності батьків медичною допомогою, а активне залучення родини в спостереження за станом дитини та в процес її лікування шляхом навчання та консультування з боку медичних працівників виявилось досить дієвим інструментом.

ВІДМІННОСТІ СПІРОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА РІЗНОГО ДЕБЮТУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Микалюк Л.В., Воротняк Т.М., Балицька Я.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Зважаючи на те, що характерною особливістю бронхіальної астми є гіперсприйнятливість дихальних шляхів, частіше для визначення цього феномену застосовуються різноманітні фармакологічні (з гістаміном, метахоліном) та нефармакологічні провокаційні методи (з фізичним навантаженням, гіпервентиляцією охолодженим повітрям). Виходячи із наведеного вище, дослідження спірографічних показників у дітей за різного початку бронхіальної астми є актуальним і перспективним для кращого розуміння патогенезу та вдосконалення індивідуалізованого лікування цієї когорти хворих.

Мета роботи. Визначити спірографічні показники у дітей, хворих на бронхіальну астму, за різного дебюту захворювання.

Матеріал і методи. Для досягнення мети роботи методом простої випадкової вибірки сформована когорта з 50 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які проходили стаціонарне лікування в Обласній дитячій клінічній лікарні м.Чернівці. Першу групу сформували 25 дітей із початком БА до трьох років життя (середній вік 12,1±0,78 років, 68,2% сільських мешканців), другу групу пацієнтів – 25 дітей з початком БА після шести років (середній вік 11,6±0,53 років, 60,5% сільських мешканців). Визначали реакцію бронхів на дозоване фізичне навантаження (індекс бронхоспазму) з наступною інгаляцією сальбутамолу (індекс бронходилатації) для обчислення показника лабільності бронхів та неспецифічну гіперсприйнятливості бронхів за допомогою стандартизованої інгаляційної проби з гістаміном шляхом поступового підвищення кількості гістаміну до досягнення 20% зниження показника об'єм форсованого видиху на 1 сек. (PC20H).

Результати дослідження та їх обговорення. Відмічено, що індекс бронхоспазму за об'єм форсованого видиху на 1 сек. дещо переважав у дітей із раннім дебютом БА порівняно з пацієнтами з пізнім початком захворювання – 18,2±4,24 проти 15,7±2,29 (p>0,05). Індекс бронходилатації за об'єм форсованого видиху на 1 сек. у дітей I групи становив 19,7±3,58 проти 11,6±1,43 у представників II клінічної групи (p<0,05). Показник лабільності бронхів за об'єм форсованого видиху на 1 сек. сягав у дітей з раннім початком бронхіальної астми 37,9±4,03 та 27,4±2,67 у пацієнтів із пізнім дебютом захворювання (p<0,05). Слід зазначити, що показник неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів PC20H становив у дітей I клінічної групи 0,5±0,27 мг/мл та 0,9±0,37 мг/кл у представників II клінічної групи (p>0,05).

Висновки. Таким чином, у дітей шкільного віку з раннім початком бронхіальної астми порівняно з пацієнтами з пізнім дебютом захворювання відмічаються вищі показники лабільності бронхів та більша їх чутливість до гістаміну.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні поєднання біохімічних та спірографічних маркерів як показників тяжкості перебігу бронхіальної астми у дітей шкільного віку.

СОМАТОФОРМНА ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ: СПІВПРАЦЯ ПЕДІАТРА І ДИТЯЧОГО ПСИХІАТРА

Михайлова Е.А., Проскуріна Т.Ю., Мітельов Д.А., Матковська Т.М.

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

У практиці дитячого психіатра соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) – одне з найбільш поширених захворювань дитячого віку. Нестійку вегетативну регуляцію відмічено у 80 % дітей. При СВД страждають як центральні регуляторні механізми (гіпоталамічна дисфункція), так і периферичні – дисбаланс вегетативного рецепторного апарату. СВД може вирушати як інтегральний маркер соматичного здоров'я і міра дезадаптації організму. Унікальність і своєрідність захворювання СВД полягає в тому, що являючись за природою психічним захворюванням, воно клінічно проявляється вісцеральними порушеннями і на практиці переходить до компетенції педіатра.

Серед клінічних проявів СВД у дітей нами виділено астено-тривожний, астеничний, астено-депресивний синдроми, порушення терморегуляції (затяжний субфебрилітет), больовий синдром і чутливі розлади (часті головні та м'язові болі, артралгії, кардіалгії), респіраторний синдром (відчуття нехватки повітря у спокої, безпричинні напади утрудненого дихання і кашлю), функціональні порушення шлунка, нейродерміт.

До специфічних причин у дітей відносяться анатомо-фізіологічні особливості ЦНС (незрілість кірково-підкіркових структур, слабкий розвиток гематоенцефального бар'єру), конституціональні особливості нервової системи (нервово-артритичний тип конституції, недиференційовані синдроми дисплазії сполучної тканини), обтяженість перинатального анамнезу, психосоціальна дезадаптація.

При діагностиці СВД педіатру необхідно враховувати клінічні прояви, визначити тип вегетативного дисбалансу, виключити соматичну патологію, а при необхідності здійснити консультацію у дитячого психіатра.

Міждисциплінарний підхід до діагностики вегетативних порушень у дітей забезпечить вибір вектора терапевтичного втручання і профілактику прогресування соматопсихічних і психосоматичних розладів у юному віці.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ У КОНТЕКСТІ ШКІЛЬНОЇ НЕУСПІШНОСТІ

Михайлова Е.А., Проскуріна Т.Ю., Матковська Т.М., Мітельов Д.А.

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

Найменш вивченим питанням у соціальної педіатрії та дитячої психіатрії залишається феноменологія депресії у дітей молодшого шкільного віку і визначення критеріїв ранньої діагностики. Дослідження проведено у відділенні психіатрії ДУ «ІОЗДП НАМН» у період 2009–2011 р.р. (досліджено 125 дітей молодшого шкільного віку із депресією).

Використовувався клініко-психопатологічний, сомато-неврологічний метод, шкала оцінки депресії CDRS-R, тест на запам'ятовування 10 слів, тест Тулуз–Пьерона, таблиці Платонова-Шульце.

Встановлено, що серед клінічних симптомів депресії у дітей 7–11 років превалюють: погіршення успішності в школі (100,0 %), дратівливість (100,0 %), пригнічений настрій (100,0 %), скарги на стан соматичного здоров'я (98,4 %), гіперактивність (98,4 %), надмірна плаксивість (96,0 %).

При аналізі рівня успішності в школі у дітей із депресією встановлено, що у жодної дитини успішність не відповідає їх здібностям. Так, у 28,8 % дітей відмічено зниження рівня успішності і, особливо, здібності до зосередження. Серйозні проблеми із успішністю по більшості предметів відзначало 40,0 % досліджуваних, а у 31,2 % – взагалі була відсутня мотивація до навчання.

При аналізі показника «труднощі в отриманні задоволення» було встановлено, що 18,4 % досліджуваних виявляли цікавість до занять, але без ентузіазму. Більшість дітей молодшого шкільного віку із депресією (64,0 %) легко піддавалися нудзі, у 5,6 % була відсутня ініціатива до будь-якої діяльності і лише у 12,0 % хворих захоплення і заняття реально відповідали віку і соціальному середовищу.

У 82,6 % дітей 7–11 років із депресією встановлено порушення швидкості реакції і концентрації уваги переважно за нестійким (71,7 %) і астеничним (19,6 %) типами, порушення мнестичних функцій за нестійким (38,7 %) та астеничним (12,6 %) типами, динаміки запам'ятовування.

Таким чином, депресія у дітей 7–11 років атипична, а окремі симптоми вельми неспецифічні для депресивного розладу, що утруднює здійснення диференціального діагнозу. Отже, при діагностиці депресії у дітей 7–11 років необхідно враховувати прояви успішності у школі з чіткою диференціацією проблем, пов'язаних з її погіршенням – від здібності до зосередження до відсутності мотивації до успішності, стомлюваність та її характеристики протягом дня, скарги соматичного кола і їх інтенсивність, гіперактивну поведінку, що часто маскує депресію на даному онтогенетичному етапі розвитку дитини.

Фактор шкільної неуспішності в реєстрі психопатології депресії у дітей молодшого шкільного віку формує високий ризик соціальної дезадаптації і хронізації депресивного розладу.

ДІТИ ЯК ГРУПА РИЗИКУ: ФОКУС НА ДИТЯЧИХ СУЇЦИДАХ

Михайлова Е.А., Проскуріна Т.Ю., Мітельов Д.А., Матковська Т.М.

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

Соціальна значущість досліджень, які присвячені проблемі діагностики ризику суїцидальної поведінки, обумовлена катастрофічним зростанням цих станів у дітей і підлітків. Дитячий та підлітковий періоди мають біологічні та психологічні специфічні особливості, що підвищує вразливість до дії соціально-психологічних факторів. До того ж суїцидальна поведінка у дитинстві значно підвищує ризик здійснення суїциду у підлітковому віці. Діагностика суїцидальної поведінки є складним процесом внаслідок відсутності єдиних підходів у вітчизняній практиці. Дослідники передбачають досить вірогідним, що діти, які вбивають себе у цьому віці, не розуміють остаточність загибелі. До того ж у дітей 7–11 років антисуїцидальний бар'єр не сформований.

Педіатри та інші спеціалісти повинні бути повідомлені при загрозові ознаки суїцидальної поведінки із тим, щоб своєчасно здійснити всебічну оцінку дитини та представити рекомендації щодо факторів ризику та інструкції, як треба діяти у подібній ситуації.

Вивчення питомої ваги суїцидальної поведінки у дітей із невротичною депресією показало, що вона складає 15,2 %. Окремі думки про самогубство або спричинення собі шкоди відмічено у 7,2 % дітей, думки про самогубство, що повторюються, – у 4,8 % хворих. У 3,2 % пацієнтів реєстровано суїцидальні спроби протягом останнього місяця, або активна суїцидальна поведінка здійснила суїцидальну спробу (дві дитини отруїлися фармакологічними препаратами, одна дитина кинулася з висоти і ще одна – здійснила самоповішення).

Встановлено, що суїцидальна поведінка у дітей молодшого шкільного віку із депресією пов'язана з такими факторами, як сімейна дисфункція, фізичне насильство, шкільні проблеми (конфлікти із однолітками та вчителями).

Альянс дитячих спеціалістів повинен мати концепцію вирішення проблеми охорони соціального, психологічного і психічного здоров'я дітей та бути особливо компетентними у питанні встановлення причин та умов виникнення депресивних розладів і суїцидальної поведінки серед популяції дітей молодшого шкільного віку.

Модель психотерапевтичних інтервенцій для дітей 7–11 років із спробою суїцидальної поведінки на тлі депресії повинна включати кризове втручання, поведінкове втручання (навчання батьків навикам управління), психологічну корекцію у програмі «дитина-проблема», тренінг для зняття емоційної напруженості, тренінг для формування адаптивних соціальних навиків. Важливим компонентом вторинної психопрофілактики суїцидальної поведінки є організація реабілітаційного середовища.

Реабілітаційне середовище створюється для забезпечення «терапії середовищем», при якому сам характер функціонування дитини у такому середовищі надає психокоректувальну дію. Реалізація програми реабілітації дітей із депресивними розладами та суїцидальною поведінкою здійснюється на всіх етапах медико-психологічного супроводу. Основний коректуючий механізм реабілітаційного середовища – корекція поведінки і особистісних установок проблемної дитини. Стратегією соціального втручання є реалізація принципу – розвиток системи контролю охорони психічного здоров'я підростаючого покоління, включаючи ранню діагностику невротичних розладів і девіантної поведінки, з урахуванням і авітальних тенденцій і вирішення проблеми сімейної і шкільної діагностики суїцидальної поведінки у дітей.

ДИТИНА ТА КОМП'ЮТЕР: СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ

Мітельова Т.Ю.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Сучасна дитина все менше часу витрачає на читання, заняття спортом, перебування на свіжому повітрі і навіть на перегляд телевізійних передач, та все більше на різноманітні форми спілкування з комп'ютером. Серед них значно менша частина відноситься до навчання та значно більша до комп'ютерних ігор (КІ). Останні мають як позитивний (розвиваючий), так і негативний (погіршення стану здоров'я) ефекти.

У зв'язку з цим, метою даного дослідження було удосконалення системи профілактичних заходів щодо несприятливого впливу комп'ютерних ігор на здоров'я школярів. Робота виконувалася в декілька етапів: визначення місця комп'ютерної ігрової діяльності у структурі режиму дня дітей, гігієнічної експертизи найбільш розповсюджених настільних КІ, проведення натурного гігієнічного експерименту для виявлення диференційованого впливу факторів ризику КІ на функціональний стан гравців, а також розробка профілактичних заходів щодо негативного впливу ігрової діяльності на дітей. За даними анкетування проведеного у 2012 році встановлено, що КІ найбільш часто застосовуваний вид діяльності (перше рангове місце), який властивий для 60,9% школярів, на другому ранговому місці – спілкування за допомогою мережі Інтернет, он-лайн ігри 40,2%, на третьому – перегляд телевізійних програм 37,8%, далі – заняття спортом 34,1% та читання 28,0%. Гігієнічна експертиза КІ дозволила визначити основні показники щодо несприятливого впливу на функціональний стан. До них відносяться недостатній кутловий розмір об'єктів розглядання, велика кількість ключових ділянок, необхідних для розпізнання об'єкту, крайні величини контрастів фону і об'єкту розглядання, а також використання якості фону колірному тону високої насиченості з короткою довжиною хвиль випромінювання (фіолетовий, синій), а також змістове навантаження КІ. Залежно від параметрів оформлення КІ спостерігалась різна реакція досліджуваних, а також різна вірогідність формування донозологічних станів. Найбільш характерними проявами були достовірні ($p < 0,001$) зниження показників критичної частоти світового мигтіння, порушення контрастного зору та показників акомодційно-конвергентної системи, несприятливі зміни серцево-судинної системи та зниження рівня працездатності. Встановлено, що навіть контакт з КІ протягом однієї години спричиняє напруження адаптаційних механізмів, порушення у зоровій системі, зміни психологічного статусу і таке інше, що трактується нами як формування донозології.

Отримані результати служать передумовою для розробки комплексної системи первинної та вторинної профілактики, яка повинна мати багаторівневий підхід до захисту дітей від несприятливого впливу КІ. Структурними одиницями такої системи в гігієні є три основних рівні: законодавчо-державний, технологічно-гігієнічний і рівень індивідуальної профілактики. Заходи законодавчо-державного рівня повинні бути спрямовані на забезпечення якості та безпеки КІ. Задля цього необхідна наявність нормативно-технічних актів, які б відображали вимоги щодо безпеки КІ при їх розробці і експлуатації. Наступним етапом є заходи профілактики на технологічно-гігієнічному рівні. Цей рівень характеризується застосуванням заходів первинної та вторинної профілактики, причому до перших відносяться обов'язковий облік гігієнічних вимог при розробці КІ, а до других – їх гігієнічна експертиза, метою якої є з'ясування безпеки їх для здоров'я користувача. Захист на індивідуальному рівні здійснюється диференційовано залежно від виразності змін функціонального стану користувачів КІ, а також тривалості та кратності комп'ютерної ігрової діяльності.

ОСОБЛИВОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

Мігельов Д.А.

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

Незважаючи на суттєвий прогрес в вітчизняних та зарубіжних наукових дослідженнях, що присвячені проблемам цукрового діабету (ЦД) 1 типу та його ускладнень, досі залишаються питання патогенезу, діагностики та терапії цього захворювання, які ще вимагають подальшого вивчення. Особливо це стосується дитячої нейродіабетології та поглиблення уявлень про формування церебральних порушень, що мають певні відмінності від подібних патологічних процесів у дорослих. Одним з провідних механізмів виникнення діабетичної нейропатії (центральної, периферичної, автономної) є зміни судинної стінки (мікро- та макроангіопатії) в умовах хронічної гіперглікемії та порушення регуляції тонуусу. Метою дослідження було визначення характеру змін мозкового кровообігу у 38 дітей та підлітків 8-18 років з ЦД з різним ступенем компенсації вуглеводного обміну. Було здійснено дослідження церебральної гемодинаміки за допомогою транскраніальної доплерографії (ТКДГ) та комп'ютерної реоенцефалографії (КРЕГ), визначення рівню глікозильованого гемоглобіну.

У хворих на ЦД було виявлено цефалгічний синдром (44,7%), синдром вегетативної дисфункції (52,6%), астеничний синдром (47,3%), дисомнія (23,6%) та нейрокогнітивні порушення (31,5%). Тривалість захворювання на ЦД була від 1 до 10 років (у середньому 4,5-5 років).

Зіставлення результатів ТКДГ і КРЕГ виявило спільні тенденції, що свідчать про певний комплекс патологічних змін мозкового кровообігу у дітей з ЦД 1 типу – тенденція до зниження швидкості кровотоку по магістральних судинах (при нормальній або збільшеній швидкості у пацієнтів з початковими стадіями захворювання), ознаки регіонарної ангіодистонії, асиметрію кровотоку частіше в басейнах внутрішньої та середньої мозкових артерій, гіпертонус артеріальних судин малого та середнього калібру, утруднення венозного відтоку у вертебро-базиллярному басейні. Спектр кровотоку відповідав ангіодистонічному типу з вираженими ознаками нестійкого тонуусу. Несуттєві гемодинамічні порушення при ротаційних пробах були обумовлені відсутністю у хворих скарг вертеброгенного характеру, травм голови та шиї та ознак дисплазії сполучної тканини. Помірно виражені порушення мозкового кровообігу спостерігались серед дітей з високим рівнем самоконтролю ЦД, відсутністю частих гіпоглікемічних станів, цефалгічного синдрому та субклінічним рівнем вегетативної дистонії. Виражений характер порушень церебральної гемодинаміки визначався у дітей з маніфестацією ЦД до 6 років, недостатнім самоконтролем захворювання, частими коливаннями рівня глікемії, тривалістю ЦД більше 8 років, наявністю в клінічній картині відповідних скарг. Системний характер гемодинамічних порушень підтверджувався при проведенні реовазографії верхніх та нижніх кінцівок з визначенням аналогічних змін властивостей судинної стінки, регуляції тонуусу та інших параметрів.

Прогредієнтний характер ЦД 1 типу, порушення центральних механізмів регуляції гемодинаміки, метаболічні зміни у структурах головного мозку, про що свідчать літературні дані, обумовлюють поглиблене погіршення показників мозкового кровотоку. Наявність гемодинамічних змін навіть при відсутності клінічних проявів вимагає обов'язкового проведення досліджень мозкового кровотоку у дітей з ЦД для ранньої діагностики порушень церебральної гемодинаміки і своєчасної фармакотерапевтичної корекції, та сприятиме профілактиці їх прогресування.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ

Мітюряєва І.О., Абабков В.В., Молочек Н.В., Рибачок О.В.

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

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) стабільно займають перше місце в структурі дитячої патології. Гострий бронхіт серед проявів ГРЗ реєструється більше, ніж у 35% випадків та в 7,1% призводить до його рецидивів. Тому аналіз чинників, які сприяють виникненню та розвитку запалення бронхів у дітей залишається актуальним.

Метою даного дослідження стало вивчення клініко-анамнестичних факторів ризику розвитку гострого бронхіту у дітей.

Під спостереженням знаходилось 200 хворих із гострим простим бронхітом дітей віком від 1 до 18 років, у яких початок захворювання був зафіксований менш ніж за 2 доби до звернення за медичною допомогою. В групу дослідження включали хворих, які мали майже всі типові симптоми гострого простого бронхіту, тобто кашель, мокроту, біль в грудній клітці і/або задишку а також відповідні аускультативні ознаки.

Аналіз демографічних та антропометричних даних у хворих показав, що за статеву ознакою розбіжності не визначались (хлопчики: дівчатка розподілились практично – 50:50). Середній вік пацієнтів склав 9,84 (медіана – 5,1), середні стандартні відхилення маси тіла та зросту склали відповідно 37,8 кг (медіана – 17,3) та 140,8 см (медіана – 29,0), а середній індекс маси тіла – 17,9 кг/м² (медіана – 2,7). У 62,3% хворих дівчаток ще не було менструацій.

Вивчення анамнезу життя хворих на гострий простий бронхіт дозволило виявити майже у 19,6% пацієнтів отоларингологічних операцій, найчастішею з яких була аденоотомія (у 17,5%). Майже всі хворі (95,9%) раніше мали принаймні одне ГРЗ із проявами ринофарингіту (88,7%) та з наступним бронхітом – у 50,5% випадків, з ознаками гострого тонзиліту – у 21,6%, середнього отиту – у 18,6%. На диспансерному обліку з приводу хронічних захворювань ЛОР-органів перебувало 38,5% хворих. Серед пацієнтів встановлено 2,1% випадків паління, та у 5,2% хворих – нерегулярне вживання алкоголю.

За останні 6 місяців 59,3% пацієнтів повідомили про перенесення різних хвороб у минулому. Найчастіше були уражені наступні системи: у 28,2% – дихальна, у 19,4% – гепатобіліарна, у 19,4% – кістково-м'язова, включаючи розлади сполучної тканини, у 13,3% – імунна, в тому числі алергічні прояви.

Аналіз використання хворими ліків за останні 6 місяців показав, що третина (31,1%) пацієнтів приймала медикаменти, частіше – препарати для респіраторного тракту (21,7%), серед яких 9,7% хворих – відхаркувальної дії, 6,8% – назальні для місцевого використання, 5,2% – антигістамінні; 19,4% – антибіотики, 9,7% – для системи травлення та 5,8% – для нервової системи, протизапальні – 7,8%.

У всіх пацієнтів були виявлені вище перераховані типові симптоми гострого бронхіту під час фізикального обстеження. Крім того, вивчення об'єктивного статусу показало наявність змін з боку лімфатичних вузлів – у третини (33,0%) хворих. У 34,9% – порушення серцево-судинної системи, у 17,5% – кістково-м'язової, у 10,3% – нервової, у 7,8% – травлення, так само – ураження шкіри.

Таким чином, у виникненні гострого бронхіту у дітей встановлені значущі фактори ризику, серед яких провідне місце займають наступні: дошкільний та молодший шкільний вік, низька маса тіла, наявність протягом життя аденоотомії та випадків ГРЗ з ринофарингітами та бронхітами, виявлення у період останніх 6 місяців захворювань дихальної, гепатобіліарної, кістково-м'язової та імунної систем з використанням відповідних для лікування препаратів, клінічні прояви супутнього враження лімфатичних вузлів та серцево-судинної системи, що в подальшому патогенетично впливає на розвиток захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КРОВООБІГУ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Крепосняк А.А., Терлецький Р.В., Кулик В.О., Забуцька Л.Р.

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

Мета: вивчення порушень функціонування центральної нервової системи (ЦНС), церебрального та вертебробазиллярного кровообігу у дітей із пароксизмальною вегетативною недостатністю (ПВН) на фоні патології шийного відділу хребта (ШВХ). Обстежено 204 дитини із ПВН віком 8-17 років, 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, реоенцефалографію, дуплексне сканування судин шії, ехо-, електроенцефалографію (ЕЕГ).

Патологія ШВХ за даними рентгенологічного дослідження на фоні ПВН визначена у 127 пацієнтів (62,3%). Найбільш поширені рентгенологічні зміни ШВХ у хворих на ПВН—це хондродистрофічні порушення—73,23%(з них унковертебральний артроз—у 5,5%) та нестабільність ШВХ—26,8%.

Аналіз результатів реоенцефалографії показав у 4/5 пацієнтів—порушення венозного відтоку. При нестабільності ШВХ встановлено підвищений тонус судин у 69,7% дітей та у 80,7%—при хондродистрофічних порушеннях. Виявлено зниження кровонаповнення в каротидному басейні у 39,4% та 41,9% відповідно.

При проведенні дуплексного сканування судин шії найбільш виражені зміни спостерігалися у дітей із хондродистрофічними змінами: деформація артерій відмічена у 45,5% хворих, патологія хребцевих артерій та вен—у 27,3% і у 22,7% відповідно, порушення венозного відтоку—у 36,4%. При нестабільності ШВХ виявлено потовщення комплексу інтима-медіа у 5,9% (при хондродистрофії подібних змін не зафіксовано), деформація артерій зустрічається в 2 рази рідше, патологія хребцевих артерій—у 17,7%, патологія хребцевих вен—в 10 разів рідше, порушення венозного відтоку—у 23,5%.

Виражені порушення функціонування ЦНС встановлено на ЕЕГ. Майже у всіх хворих зареєстровані загальномоозкові зміни біоелектричної активності (БЕА) (у 100% при нестабільності та у 95,5% при хондродистрофічних змінах). Відмічено зниження рівня БЕА у скронево-потиличній ділянці у 68,3% та 54,6% відповідно, що особливо відображає вплив патології ШВХ. Крім того, визначено у більшості—подразнення серединних структур (94,9% та 77,3% відповідно), судомна готовність—4,9% та 9,09% відповідно, у третини—епілептоїдність (у 34,2% та 31,8% відповідно). Пульсація м-ЕХО встановлена більше, ніж у половини хворих—у 71,8% та 59,1% відповідно.

Таким чином, виявлено, що патологія ШВХ у хворих з ПВН призводить до виражених змін церебрального та вертебробазиллярного кровообігу, порушень функціонування ЦНС, що має вагоме патогенетичне значення та потребує відповідної терапевтичної корекції.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ ЗА ГІПОТЕНЗИВНИМ ТИПОМ У ДІТЕЙ

Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Мойсієнко М.Б., Недашківська І.М.

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

Провідним синдромом при вегетативних дисфункціях (ВД) за гіпотензивним типом у дітей є психоемоційні розлади, які часто впливають на патогенетичні механізми захворювання. Актуальним залишається пошук нових та ефективних підходів до лікування даної патології. Метою дослідження було вивчення ефективності застосування гомеопатичних заспокійливих засобів в комплексному лікуванні дітей з ВД за гіпотензивним типом.

Дослідження проводилось на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 м.Києва. Обстежено 40 дітей віком 10-17 років з ВД за гіпотензивним типом: 20 дітей групи контролю отримували стандартну терапію (вітаміни групи В, масаж, психотерапія), 20 дітей основної групи, які на фоні стандартної терапії отримували гомеопатичний заспокійливий препарат хомвіонервін (по 1 таблетці 3 рази в день, курсом 2 місяці). Для об'єктивного визначення ефективності лікування використовували психологічне тестування: тест САН, якість життя, тест на тривожність за Спілбергом, а також інструментальні методи обстеження: електрокардіографія (ЕКГ), реоенцефалографія (РЕГ) на початку та в кінці курсу терапії.

Клінічно у всіх дітей спочатку найчастіше спостерігались прояви церебростенічного синдрому, які після лікування реєструвались тільки у 30% дітей в основній групі, а в контрольній—у 65%. У більше ніж половини хворих основної групи (65%) відбулася нормалізація АТ після 2-місячного курсу лікування (знижений АТ був зафіксований у 100% дітей), а в групі контролю — лише у 45%.

За результатами психологічного тестування, низький рівень якості життя після лікування в основній групі зустрічався в 2 рази рідше, тоді як в групі контролю — в 1,25 раза. Підвищена ситуативна тривожність в основній групі до лікування спостерігалась у більшості хворих (64,2%), яка після терапії зменшилась майже в 3 рази, в групі контролю дані показники не змінились. Рівень підвищеної особистісної тривожності знизився практично в 2 рази в основній групі, в групі контролю — в 1,1 раза. Згідно тесту САН, показник зниженого самопочуття після курсу терапії став значно рідше реєструватись в основній групі (з 70% до 45%), на відміну від групи контролю (з 60% до 50%). Показник підвищеного настрою в основній групі збільшився практично в 2 рази, в контрольній залишався стабільним.

За даними РЕГ у дітей з ВД за гіпотензивним типом найчастіше зустрічались показники порушення кровонаповнення, які демонстрували позитивну динаміку після лікування в основній групі (зменшення з 60% до 30%), а в групі контролю — з 55% до 45%. Аналіз результатів ЕКГ показав більш виражене покращення показників: порушення ритму серця в основній групі зменшилось з 20% до 15%, частота проявів вегетативних впливів на серце (середньоправопередсердний ритм, міграція водія ритму в праве передсердя, вкорочення інтервалу PQ тощо) знизилась з 15% до 10%, тоді як в групі контролю дані показники не змінились.

Отже, в результаті дослідження встановлено, що у дітей з ВД за гіпотензивним типом психоемоційні розлади сприяють розвитку змін мозкової гемодинаміки та функціональних порушень на ЕКГ. Встановлено, що застосування в комплексному лікуванні заспокійливих гомеопатичних засобів (препарат хомвіонервін) у дітей з ВД по гіпотензивному типу призводить до більш позитивних результатів по відношенню до проявів церебростенічного синдрому, нормалізації АТ та показників психологічного тестування, поліпшенню мозкової гемодинаміки, відновленню серцевої діяльності.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Мэтрэгунэ Н.Г., Бикир-Тхоряк Л.И., Кожокарь С.В., Сувейкэ Л. Н

НИИ Кардиологии, лаборатория детской кардиологии

Детская клиническая муниципальная больница им. В. Игнатенко, г. Кишинев

Ранняя диагностика артериальной гипертензии у детей с ожирением является не разрешённой задачей, а также остаются недостаточно изученными взаимосвязи между различными типами ожирения и комплексом обменных процессов.

В последние годы появились многочисленные данные, указывающие на гомоцистеин как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Нарушение обменного процесса гомоцистеина сопровождается повышением его концентрации в крови, что уже в молодые годы может привести к значительным изменениям сосудов.

Цель исследования: выявление наиболее значимых нарушений липидного и углеводного обмена, а также уровня гомоцистеина у детей с артериальной гипертензией, избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы: В исследование были включены 97 детей, средний возраст 13,5 лет разделенные на 2 группы: I группа- 48 детей с АГ избыточной массой тела и ожирением, II группа- 49 детей с нормальным артериальным давлением, ожирением и избыточной массой тела. Контрольная группа составила 20 детей с нормальным артериальным давлением и весом.

Степень ожирения и избыточной массы тела была определена вычислением индекса массы тела (индекс Кетле) и процентильным методом. Артериальная гипертензия была определена на основании трех отдельных измерений и составляла \geq значения 95-го перцентиля кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста. Для выявления нарушений липидного спектра использовались: общий холестерин, липопротеины высокой и низкой плотности (ЛПНП, ЛПВП) и триглицериды. Углеводный обмен исследовался при помощи определения сывороточной глюкозы натощак и определения толерантности к глюкозе (методом перорального стандартного глюкозотолерантного теста – СГТТ не должен превышать 7,8 ммоль/л). Сывороточный уровень гомоцистеина был определен методом ионообменной жидкостной хроматографии. Нормальный уровень гомоцистеина считались пределы 4-9 мкмоль/л (NHANES 2003).

Результаты исследования: Оценка полученных результатов показала увеличение триглицеридов на 0,5 ммоль/л в I группе исследования (дети с артериальной гипертензией и ожирением), которая составила 1,8 ммоль/л в сравнении с группой контроля, где уровень триглицеридов составил 1,3 ммоль/л; во II группе триглицериды составили по 1,5 ммоль/л ($p > 0, 05$). Уровень холестерина в группах исследования был в пределах нормы по возрастному показателю (I – 4,7 ммоль/л, II – 4,4 ммоль/л), но в сравнении с группой контроля (4,0 ммоль/л) эти показатели были увеличены ($p > 0, 05$).

Анализ липопротеинов высокой и низкой плотности (ЛПНП, ЛПВП) показал тенденцию снижения концентрации липопротеинов высокой плотности от 1,96 ммоль/л в группе контроля до 1,37 ммоль/л-в I группе и 1,43- во II группе ($p > 0, 05$). Тогда как результаты для липопротеинов низкой плотности выявили повышение уровня последних (I – группа от 1,71 до 2,35 ммоль/л; II группа до 2,24 ммоль/л), в сравнении с группой контроля, где они составили 1,71 ммоль/л ($p > 0, 05$).

Показатели углеводного обмена такие как: определения сывороточной глюкозы натощак и толерантности к глюкозе, не выявил нормативных отклонений.

Сывороточный уровень гомоцистеина был определен у 20 детей из каждой группы. Повышенный уровень гомоцистеина был определен у 12 детей из I группы и у 7 детей из II группы и составил от 16,7 до 21,1 мкмоль/л (16,22 мкмоль/л) что было значительно выше нормальных показателей.

Выводы: Таким образом наиболее выраженные изменения липидного обмена были выявлены в первой группе, по сравнению с нормативными показателями группы контроля.

Показатели углеводного обмена, такие как сывороточная глюкоза натощак и толерантности к глюкозе, не выявили нормативных отклонений.

Повышенный уровень гомоцистеина был определен в обеих группах и был значительно выше нормальных показателей.

Заключение

Таким образом у обследованных детей был установлен повышенный уровень гомоцистеина, возможно усугубляющий имеющуюся дислипотеинию за счет накопления ХС ЛПНП, а также не исключает значимость данного маркера как индикатор эндотелиальной дисфункции.

СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МОТОРИКИ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

Нагорна Н.В., Бордюгова О.В., Четверик Н.О., Дубова Г.В., Паршин С.О.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

Порушення моторної функції жовчних шляхів поширені, їх частота збільшується з віком і в структурі захворювань травної системи у дітей сягає 53%. У пошуку ефективних лікарських засобів для терапії та профілактики дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) у дітей і підлітків нашу увагу привернув до себе комплексний фітопрепарат «Гастритол», що вміщує ряд рослин, активні речовини яких (гліциризинова кислота, хамазулен, β-фарнезен, α-бісаболол, глікозид кніцин, таніни і флавоноїди тощо) мають центральну дію на секреторну та моторну функції шлунково-кишкового тракту та викликають місцевий ефект.

Вивчення ефективності та безпечності комплексного рослинного препарату «Гастритол» при корекції порушень моторики жовчних шляхів у дітей стали метою даної роботи.

Об'єктом дослідження були 45 дітей (20 хлопчиків і 25 дівчаток) віком від 6 до 17 років з ДЖВШ (21 пацієнт з гіперкінетичним, 24 хворих з гіпокінетичним варіантом жовчовиділення). Гастритол призначали дітям 6-12 років по 1 краплі на рік життя, понад 12 років – по 20 крапель тричі на день через 15-30 хв після їди. Курс лікування становив 3 тижні. Критеріями ефективності препарату були зміни самопочуття, клінічних даних, показників психоемоційного стану, що оцінювали до початку лікування, на 7, 14, 21 дні прийому препарату.

Аналіз результатів дослідження свідчив про позитивні зміни самопочуття та стану дітей з ДЖВШ, які відбулися на фоні лікування Гастритолом. Так, блювання у дітей з гіперкінетичним варіантом жовчовиділення зменшилось на першому тижні лікування і зникло на третьому тижні прийому препарату. Метеоризм почався і кількісно зменшуватися на першому тижні лікування і зник на четвертому тижні ($p < 0,05$). На другому тижні лікування покращився апетит, зменшився больовий синдром ($p < 0,05$). На четвертому тижні прийому препарату (на 90,9%) зменшилась кількість хворих, які мали закрепи ($p < 0,05$). На фоні лікування покращився і психоемоційний стан хворих: протягом місяця поступово у всіх дітей обох груп нормалізувався сон ($p < 0,05$), кількість дітей з астенічним синдромом на другому тижні лікування зменшилась в 2,7 рази ($p < 0,05$), на третьому – в 4,8 рази, на четвертому тижні астенії не було. Ознаки прихованої депресії зникли протягом двох тижнів. Зменшення рівня тривожності в два рази ($p < 0,05$) констатовано на другому тижні прийому гастритолу в обох досліджуваних групах, на третьому і четвертому тижнях в групі з гіперкінетичним варіантом жовчовиділення тривожність залишилась у 26,7% і 14,3% дітей відповідно. В результаті лікування зменшилась кількість хворих з парасимпатикотонією в групі дітей з гіперкінетичним типом жовчовиділення ($p < 0,05$) за рахунок збільшення кількості пацієнтів з нормотонією. Під час лікування Гастритолом небажаних побічних ефектів не було.

Таким чином, препарат «Гастритол» показав високу ефективність та добру переносимість при лікуванні порушень моторики жовчовивідних шляхів у дітей. Один препарат задовольняє потреби лікування дітей з ДЖВШ, що обумовлено його спазмолітичною, прокінетичною, цитопротекторною, протизапальною дією, здатністю нормалізувати процеси жовчовиділення. Завдяки антидепресантному, седативному, парасимпатиколітичному, вегетостабілізуючому ефектам гастритол позитивно впливає на психоемоційний стан хворих. Препарат однаково показаний дітям як з гіпер- так і з гіпокінетичним варіантом порушень жовчовиділення.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ МІСЦЕВОЇ ДІЇ «ТРАХІСАН» ПРИ ГОСТРИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛОР-ОРГАНІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛІТОМ

Нагорна Н.В., Бордюгова О.В., Четверик Н.О., Дубова Г.В.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

Хронічний тонзиліт у дітей – актуальна міждисциплінарна проблема, успіх вирішення якої неможливий без спільної діяльності отоларингологів, педіатрів, сімейних лікарів, інфекціоністів, імунологів, мікробіологів. Частота хронічного тонзиліту в структурі отоларингологічної патології у дитячій і дорослій популяції досягає в даний час 45% і зберігає тенденцію до подальшого зростання. Дисфункція місцевого імунітету ротоглотки при хронічному тонзиліті підвищує ризик гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів, зокрема гострого фарингіту і гострого тонзиліту. У лікуванні останніх обґрунтовані лікарські засоби для місцевого лікування запальних захворювань ротоглотки, серед яких нашу увагу привернув комплексний препарат «Трахісан», що вміщує топічний антибіотик тиротрицин, антисептик хлоргексидин, анестетик лідокаїна гідрохлорид.

Вивчення ефективності та переносимості препарату «Трахісан» у дітей з гострим фарингітом і гострим катаральним тонзилітом на фоні хронічного тонзиліту стало метою даної роботи. Під нашим спостереженням знаходилися 44 пацієнти від 6 до 14 років (21 хлопчик і 23 дівчинки) з гострим фарингітом і гострим катаральним тонзилітом на фоні хронічного тонзиліту з тривалістю симптомів менше 48 годин до звернення. Лікування Трахісаном було розпочато з дозуванням за інструкцією в першу добу появи клінічних симптомів гострої інфекції ротоглотки. Критеріями ефективності лікування були зміни самопочуття, клінічних даних, що оцінювали до початку лікування, на 3, 5 і 7 день прийому; мікробіологічного дослідження слизу з поверхні мигдалини, виконаного до початку лікування та через 7 днів.

Аналіз результатів дослідження свідчив про те, що вже через 2 години після прийому першої дози препарату «Трахісан» зменшення болю в горлі відчували 69,6±9,6% хворих. Наприкінці першої доби лікування 78,3±8,6% хворих вказали на покращення самопочуття. На 7-й день, згідно інтегральної шкали оцінки результатів лікування, повне одужання відбулося у 60,9% обстежених, значне покращення – у 30,4%, покращення стану від незначного до помірного – у 8,7% хворих. При використанні препарату «Трахісан» небажаних побічних ефектів не було. Вихідний видовий склад мікрофлори слизової оболонки мигдаликів і задньої стінки глотки був різноманітний, з найбільш частою представленістю *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus mitis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus asiі*, *Gemella haemolіticus*, *Candida albicans* в патологічній концентрації. Поєднання видів мікроорганізмів та їх кількісне співвідношення свідчило про наявність дисбіозу слизової I-II ступеня у 26 (59,1±7,4%) чол., III-IV ступеня – у 18 (40,9±7,4%) обстежених. Після 7 днів лікування результати повторного бактеріологічного дослідження свідчили про позитивну динаміку: вірогідно зменшилась кількість дітей з патологічною концентрацією *Staphylococcus aureus* (в 3,2 рази, $p < 0,05$), *Gemella haemolіticus* (у 6 разів, $p < 0,001$), *Candida albicans* (у 8 разів, $p < 0,001$). З мікробного спектру зникли *Streptococcus mitis* ($p < 0,05$) та *Enterococcus faecalis* ($p < 0,05$).

Таким чином, комплексний препарат місцевої дії «Трахісан» є високоефективним (91,3%) в лікуванні гострого фарингіту і гострого тонзиліту у дітей з хронічним тонзилітом. Його використання обґрунтовано з першої доби клінічних проявів гострого запального процесу ротоглотки у дітей з хронічним тонзилітом. Трахісан є препаратом вибору серед місцево діючих засобів в разі гострих запальних захворювань ЛОР-органів, що супроводжуються дисбіозом слизової ротоглотки.

ДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ ТА ФАКТОРИ ЙОГО РИЗИКУ

Неділько В.П., Руденко С.А., Камінська Т.М.

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

В останні роки в стані здоров'я дитячого населення посилюються негативні тенденції: збільшилась загальна захворюваність, кількість дітей з хронічною патологією та морфофункціональними відхиленнями і зменшилась група здорових.

Звернувши особливу увагу на найпоширеніший контингент дитячого населення – школярів, ми прийшли до висновку, що школа не сприяє поліпшенню здоров'я своїх вихованців, навпаки – воно погіршується.

У зв'язку з ускладненням навчальних програм, що веде до збільшення розумового навантаження, зниження фізичної активності, порушення режиму праці та відпочинку, відсутності дійової диспансеризації дітей – протягом навчальних років відмічається збільшення відхилень в стані здоров'я та поширеності хронічних захворювань у значній кількості школярів.

Про це свідчать отримані нами дані при обстеженні школярів різного віку в базових школах.

Так, якщо серед дітей молодших класів здорових виявлено 27,2%, 36,5% з хронічними захворюваннями, то серед школярів 5 – 8 класів кількість здорових учнів зменшилась до 23,6%, а хронічні захворювання зросли до 50,1%.

Збільшилась поширеність серед цієї групи школярів хронічних захворювань нервової системи на 34,2%, органів зору на 25,3%, ендокринної системи на 20,9%, верхніх дихальних шляхів на 17,2%, органів кровообігу на 15,9%, органів травлення на 6,6%.

Поряд з оцінкою соматичного здоров'я були проведені дослідження функціональних можливостей серцево – судинної системи, адаптації учнів до навчання та їх психологічного стану.

Порівнюючи ці показники у дітей різних вікових груп, було встановлено, що вони з віком дітей погіршуються. Особливо слід відмітити низький рівень їх серед школярів 5 – 8 класів – показники фізичного здоров'я у 56,8% їх були нижчими середнього рівня та низькі, незадовільна адаптація спостерігалась у 32,4% учнів, рівень психічної втоми виявлено у 45,0% дітей.

Ми вважаємо, що крім шкільного навантаження здоров'я дітей залежить і від умов виховання їх у сім'ї. Наші дослідження показали, що у значній частині дітей були виявлені такі фактори ризику, як недостатня тривалість сну, нерегулярні прогулянки на відкритому повітрі, порушення режиму харчування, ігнорування ранкової гімнастики, багаточасове заняття на комп'ютері. Такий спосіб життя дітей веде до перевантаження центральної нервової системи, зниження захисних сил організму та збільшення захворювань.

Отримані результати дослідження свідчать про необхідність реформування шкільної медицини, перегляду навчальних програм, створення умов для підвищення рівня фізичної активності дітей, підвищення відповідальності дирекції шкіл за стан здоров'я школярів, залучення до цих проблем батьків. Проблема здоров'я дітей шкільного віку потребує розробки медико-організаційних заходів.

ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ ОСОБИСТОГО РОЗВИТКУ ТА УМОВ ВИХОВАННЯ

Неділько В.П., Руденко С.А.

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

Здоров'я школярів значною мірою залежить від психолого-педагогічного впливу в процесі навчання дітей та створення оптимальних умов для організації виховних заходів як в школі, так і в сім'ї.

Для визначення характеру впливу педагогічних та психологічних чинників були відібрані основні захворювання та функціональні відхилення, які можуть бути індикаторами порушення відповідної системи організму: для захворювань опорно-рухової системи слугував сколіоз, нервової системи – вегето-судинна дистонія, серцево-судинної системи – кардіопатія, захворювань органів зору – міопія, дихальної системи – хронічний тонзиліт, шлунково-кишкового тракту – дискінезія жовчовивідних шляхів. Фактором психо-педагогічного впливу на стан здоров'я дітей слугував рівень соціалізації дитини до умов школи та класного колективу, який оцінювали психологи за методикою Морено.

Розрізняли п'ять рівнів соціалізації дітей: високий, середній, вище середнього, середній, нижче середнього та низький. Основний масив функціональних відхилень та хронічних захворювань (46%) відноситься до групи дітей з низьким рівнем соціальної активності, у групі з рівнем соціалізації нижче середньої ця група дітей становила відповідно (28%), а у дітей з середнім рівнем соціалізації (11%). Найнижча питома вага дітей з хронічними захворюваннями та функціональними відхиленнями була характерна для дітей з рівнем соціальної адаптації вище середнього (4%).

При оцінці успішності навчання дітей було відмічено, що більшість з них з хорошими показниками навчання знаходилась в групі високої активності.

Ці дані свідчать, що рівень соціальної активності школярів є показником їх стану здоров'я та розумової працездатності.

Це положення вимагає від медичних працівників, педагогів і психологів підвищення уваги до учнів з низьким показником соціалізації, направивши зусилля на проведення для них оздоровчих заходів та психолого-педагогічного впливу.

Поряд з цим нами були обстежені діти з різними вадами особистого розвитку, які впливали на показники їх здоров'я. Так, було відмічено, що імпульсивність була характерна для дітей з захворюваннями нервової системи, порушеннями зору та опорно-рухового апарату. Агресивність дітей виявлялась при захворюваннях кишкового тракту, діти з вираженою тривожністю спостерігались при захворюваннях верхніх дихальних шляхів, особливо у тих, у яких був хронічний тонзиліт.

Як відомо, на здоров'я дітей значний вплив мають умови виховання їх в сім'ї. При порушенні симбіотичності у сім'ї нами було виявлено у понад 50% дітей захворювання органів травлення, значна частина їх страждала на хронічний тонзиліт, порушення опорно-рухового апарату та відхилення нервової системи.

Ці дані слід використовувати при проведенні диспансеризації дітей та враховувати при організації психолого-педагогічних заходів виховного процесу учнів.

ПОЗАЛІКАРНЯНІ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ: НОВИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ ФЕНОТИПІЧНИХ ВАРІАНТІВ

Нестеренко З.В., Натальченко Г.І., Грицай А.О., Доброхотова А.В., Зайцева С.Е.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ
Луганська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Луганськ
Луганська міська дитяча лікарня №2, м. Луганськ

Актуальність: зміна клінічних симптомів позалікарняних пневмоній (ПП) за останні 10 років є джерелом багатьох лікарських помилок, неадекватної терапії, ускладнень.

Мета: вивчити особливості сучасного клінічного перебігу ПП у дітей.

Методи: обстежено 64 дитини з ПП. У всіх пацієнтів виявлено фенотипічні ознаки спадкових порушень сполучної тканини (СПСТ). Діти 1-3-х років склали 1 групу – 19 чол. (29,7%); 2 групу склали діти від 4-х до 7 років – 16 чол. (25%), 3 – пацієнти від 8 до 12 років – 16 чол. (25%); 4 групу – діти старше 13 років – 13 чол. (20,3%). Рецидивуючий перебіг ПП виявлено у 54 дітей (84,4%).

Результати: в 1 групі хворих в 78,9% мав місце обтяжений перинатальний анамнез (загроза переривання вагітності у матері); в 2-4 групах – в 35,5%. ПП були викликані атипичною внутрішньоклітинною флорою: в 1 групі у 12 пацієнтів (67,2%) – мала місце хламідійна інфекція; по 2-4 групах в 35 випадках (77,8%) – мікоплазмоз, а у 8 дітей (17,8%) – в поєднанні з цитомегаловірусною інфекцією. У 29 (45,3%) пацієнтів, в основному, із 2-4 груп виявлена бронхіальна астма (БА); у 9 з них (31%) відмічені ознаки легеневої гіпертензії (ЛГ), у 6 (66,7%) з 9 дітей з ЛГ – пневмофіброз (ПФ). При використанні комп'ютерної томографії у 2-х хворих (33,3%) з БА, ВП з ЛГ і ПФ діагностовано легеневі були (ЛБ).

Висновки.

1. Виявлена висока частота СПСТ у дітей з ПП.
2. Хламідійна етіологія ПП частіше відзначалася в ранньому віці; мікоплазмоз – у дітей старше 4-х років з обтяженим перинатальним анамнезом.
3. Більше третини дітей з рецидивуючим перебігом ПП страждало БА.
4. Відзначено тяжкий перебіг БА на тлі СПСТ і ВП з формуванням ЛГ, ПФ, ЛБ.
5. Доцільно розглядати ПП, асоційовані з БА, СПСТ, як фенотипічні варіанти пневмонії.

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Нечитайло Ю.М., Шкробанець І.Д.

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Показники стану здоров'я дітей мають медичне і соціальне значення на рівні держави. Приєднання України до практики виходжування глибоко недоношених новонароджених дітей вимагає застосування сучасних перинатальних технологій та прогнозування і профілактики відхилень їх нормального розвитку і захворюваності. Низька маса тіла при народженні впливає на підвищення ризику перинатальної смертності та неонатальної захворюваності і значимо корелює з довгостроковими неврологічними наслідками. Перинатологія найближче підійшла до побудови ланцюга від здоров'я майбутньої матері до перинатальної охорони здоров'я плода та новонароджених. Збільшення загальної захворюваності дівчат-підлітків за останні роки в Україні відбувається за рахунок зростання кількості хвороб, що суттєво впливають на статеву сферу жінки. Експерти ВООЗ наголошують, що більшість хвороб у жінок у підлітковому періоді можуть спричинити порушення репродуктивного здоров'я. Так, близько 20% жінок, які мали в пубертатному періоді ювенільні кровотечі, у подальшому знаходяться під наглядом гінеколога, а у третини з них відмічається стійке невиношування вагітності.

В нашій роботі було проведено обстеження 526 дітей, що перебували у відділеннях для недоношених новонароджених. Вивчалися фактори ризику, вираховувалися епідеміологічні показники співвідношення шансів атрибутивного ризику у недоношених дітей. Недоношеність дитини збільшує ризик мертвородження та смерті у неонатальному періоді. Відносний ризик смерті у ранньому неонатальному періоді в середньому склав 2,31 ($p < 0,05$, СІ 95% 1,37-4,56), а атрибутивний ризик був на рівні 54,3%. Це пов'язано з тим, що суттєвий відсоток недоношених дітей має значний ступінь незрілості усіх органів та систем, високу частоту ураження вітальних систем та, відповідно, ризику смерті.

Ураження нервової системи, як однієї із найбільш чутливих до дії несприятливих факторів, зустрічається із найбільшою частотою. Різні прояви патології нервової системи у вигляді її незрілості у дітей із масою нижче 1500 г реєструвалася у всіх дітей. В той же час, значні морфологічні зміни ЦНС, прогностично більш несприятливі для розвитку грубої неврологічної патології та залишкових явищ, найчастіше спостерігалися у дітей з масою у діапазоні 1800-2100. Додатковим фактором ризику була маса тіла мала для даного гестаційного віку – у групі таких дітей реєструвалася найважча патологія. В загальному кількість таких дітей склала 16,1%. Відносний ризик неврологічних порушень у них при народженні з гестаційним віком 35 тижнів склав 17,7 ($p < 0,05$, СІ 95% 3,8-114,6), а у 36 – 5,7 ($p < 0,05$, СІ 95% 2,1-10,6). Для підтвердження цього ми також побудували математичну модель на основі логарифмічної регресії, із якої було видно, що для формування неврологічної патології найбільш суттєвими факторами були маса тіла та ступінь асфіксії в пологах. Фактор материнського здоров'я є найсуттєвішим для розвитку цієї патології. Новонароджені діти із неврологічною патологією різного ступеня народжувалися матерями, що були віднесені в групу підвищеного або високого перинатального ризику. У жінок, які мали проблеми уrogenітальної сфери у підлітковому віці був вірогідно вищий ризик народження недоношеної дитини (OR=1,89, $p < 0,05$, 95%СІ=1,02-3,51) та формування у неї перинатальних неврологічних станів (OR=1,68, $p < 0,05$, 95%СІ=1,06-2,96), ніж у жінок без проблем репродуктивного здоров'я. Таким чином, безпосереднім причинним фактором народження недоношеної дитини практично завжди є материнська патологія, попередження якої є ключовим аспектом перинатології.

РОЛЬ КИСНЕВО-СИНГЛЕТНОЇ ТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

Никитюк С.О., Євтушенко С.В., Левенець С.С., Гах Т.Т., Вонс Л.З.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського»

КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»

Тернопільське районне територіальне медичне об'єднання, м. Тернопіль

Пошук нових профілактичних методів у лікуванні хронічних захворювань бронхолегеневої системи у дітей має істотне значення. Так, поширеність даної патології за даними Тернопільської області за 2011р. наступна: поширеність хвороб органів дихання 867,96 на 1000 дітей, в тому числі пневмонії становлять-11,67, бронхіти хронічні 4,52, бронхіальна астма-4,60, фарингіт та хронічний тонзиліт-95,16.

В основі хронічних обструктивних захворювань легень є два патогенетичні механізми – оксидантний стрес і системне запалення.

Синглетно-киснева терапія – це новий метод кисневої терапії, який базується на використанні синглетно – кисневої суміші (СКС). Утворення СКС базується на фотохімічній та фотоенергетичній сенсibiliзації парів водних розчинів ультрафіолетовим випромінюванням, що веде до збудження O_2 H_2O в синглетний стан. Вода стає структурованою, тобто відповідає такій, яка є в біологічних структурах. Потрапляння СКС в організм людини впливає на мембранно – обмінні процеси, біоенергетичні перетворення всередині клітини. Це веде до нормалізації антиоксидантних функцій, детоксикаційних механізмів

СКС в організм людини може потрапляти у вигляді інгаляцій, коктейлів, пінок, водних розчинів.

Під нашим спостереженням знаходилось 90 хворих віком від 4 до 14 років з ХОЛ в стадії загострення і ремісії.

У перший день лікування інгаляції тривали 7 хвилин, на 2 день – тривалість 10 хвилин, на 5 день – тривалість 10 хвилин. Об'єм пінки з 1 по 14 день становив 150 мл.

В процесі оцінки клінічного стану пацієнтів ми застосовували систему балів:

1-загальне самопочуття (0 – добре, 1 – без змін, 2 – погано) 2- кашель (0 балів – немає, 1-слабкий кашель, 2-сильний кашель), 3 наявність мокротиння 0-немає, 1-5 мл, 2- більше 5 мл, 4-якість мокротиння) – немає, 1-безколірне, 2-жовто-зеленого кольору. Всім хворим за даними клінічного обстеження підраховувалась загальна кількість балів. Позитивна динаміка захворювання оцінювалась поряд із клініко-лабораторним даними і функції зовнішнього дихання.

При використанні синглетно-кисневої терапії покращується регіонарний кровообіг легень, що сприяє профілактиці пневмосклеротичних ускладнень. Тому ми рекомендуємо використання киснево-синглетної терапії у комплексному лікуванні бронхолегеневої патології.

КЛІНІКО-ГЕМОДИНАМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Ніконова В.В., Носова Е.М., Введенська Т.С.

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

Мета: вивчення особливостей клініко-гемодинамічних варіантів перебігу захворювання у підлітків із первинною артеріальною гіпертензією та артеріальною гіпертензією і надлишковою масою тіла.

Об'єм та методи: 112 юнаків із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) у віці 13–18 років та 70 їх однолітків із артеріальною гіпертензією, яка супроводжувалась надлишковою масою тіла (НМТ). Фізичний розвиток оцінювався з використанням антропометричних параметрів (зріст, вага, об'єм талії та стегон), також проводили обчислення індексу маси тіла (ІМТ, кг/м²). Функціональний стан серцево-судинної системи вивчався за допомогою ультразвукового дослідження серця в "М" і "В" режимах з використанням датчика 3,5 мГц на апараті "Sonoline-SL1", фірми "Siemens" за стандартною методикою, що рекомендована Асоціацією спеціалістів з ехокардіографії.

Маніфестація захворювання в групі із ПАГ відбувалась у (14,33±0,13) проти (13,14±0,20) років у підлітків із АГ та НМТ (p<0,05). Тривалість захворювання склала у хворих із ПАГ (1,64±0,13) роки, а в групі з АГ та надлишковою масою тіла понад (2,47±0,24 роки, p<0,1). В більшості випадків юнаки скарги не пред'являли, підвищення АТ було встановлено при профілактичних оглядах. Середні значення зросту в досліджуваних групах підлітків із АГ не відрізнялись, в той час як показники ваги, об'єму талії та стегон пацієнтів із АГ та НМТ були вірогідно вищими, ніж у їх однолітків із ПАГ (p<0,001). ІМТ у пацієнтів із АГ та НМТ склав 27,7 кг/м², на відміну від хворих із ПАГ, у яких цей показник був 22,8 кг/м² (p<0,001).

При вивченні морфофункціональних параметрів серця, виявлено виражені зміни, у вигляді збільшення порожнини правого шлуночка (p<0,01), тенденції до збільшення ТМШП з приростом ІММЛШ, вірогідно частіше зустрічались у пацієнтів із АГ та НМТ. При порівнянні групи із ПАГ та групи з АГ та НМТ відмічено вірогідне збільшення ДПШ (p<0,01), ТМШП (p<0,01) у пацієнтів із АГ і НМТ, а також тенденція до збільшення маси міокарда лівого шлуночка (p<0,01) та індексу маси міокарда лівого шлуночка (p<0,01), у порівнянні з підлітками із ПАГ. При індивідуальній оцінці морфофункціональних параметрів серця виявлено, що у 12 (10,7%) підлітків із групи з ПАГ та у 6 (8,57%) юнаків із АГ та НМТ реєструвалась концентрична гіпертрофія лівого шлуночка. ТМзс склала (0,96±0,05 см проти 0,92±0,02 см; p<0,01), ТМШП (1,05±0,09 см проти 1,02±0,03 см), ММЛШ (166,29±8,77 г проти 137,72±7,48 г; p<0,01), ІММЛШ (85,84±4,26 г/м² проти 68,47±4,06 г/м², p<0,01). Ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка виявлена у 10 (8,92 %) обстежених із ПАГ та у 18 (25,7 %) юнаків із АГ та НМТ, відповідно: ТМзс (0,76±0,04 см проти 0,77±0,03 см; p<0,1), ТМШП (0,99±0,03 см проти 0,94±0,04 см; p<0,01), ММЛШ (129,27±9,96 г проти 127,30±4,13 г; p<0,01), та ІММЛШ (65,85±4,57 г/м² проти 62,08±2,31 г/м²; p<0,01).

Таким чином, у підлітків із АГ і НМТ відбувається біветрикулярне ремоделювання серця з переважно ексцентричною гіпертрофією міокарда лівого шлуночка, на відміну від підлітків із ПАГ, де ці процеси відбуваються переважно за рахунок лише лівого шлуночка, з однаковою частотою розвитку як концентричної, так і ексцентричної гіпертрофії.

ФОРМУВАННЯ ПОЧАТКОВИХ ОЗНАК АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Носова О.М., Яковлева І. М.

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

Причина тяжких ускладнень серцево-судинних захворювань – атеросклеротичні ураження коронарних та мозкових артерій. Однак ризик судинних катастроф можна своєчасно виявити ще в молодому віці. Відомо, що на ранніх стадіях атеросклерозу показники ліпідного спектру крові можуть залишатися не зміненими, а підвищення базової концентрації С-реактивного протеїну (СРП), яке відбувається навіть на тлі нормальних рівнів холестерину, призводить до атеросклерозу і гострих коронарних подій.

Мета дослідження – удосконалення діагностики початкових ознак атеросклерозу у підлітків із артеріальною гіпертензією (АГ). У 182 юнаків віком 13 – 18 років із АГ проведено обчислення індексу маси тіла (ІМТ, кг/м²) з оцінкою по номограмах з урахуванням віку. Першу групу склали 84 підлітка із АГ та нормальною масою тіла (ІМТ знаходився в межах 15 – 85 перцентилі); другу – 56 їх однолітків із АГ та надлишковою масою тіла (НМТ), третю – 42 пацієнти із ожирінням (ІМТ перебільшував 97 перцентиль). Проводилося кількісне визначення СРП у сироватці крові за допомогою конкурентного твердофазного імуноферментного аналізу, також визначали рівні загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) і холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ). Холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та коефіцієнт атерогенності (КА) визначали розрахунковим методом. Ліпопротеїни (ЛП) сироватки крові (β-ліпопротеїни, преβ-ліпопротеїни та α-ліпопротеїни) визначали методом електрофорезу в агарозном гелі та обчислювали співвідношення сумарного вмісту проатерогенних ЛП (β- та преβ-ЛП) до вмісту антиатерогенних (α-ЛП), що відповідає співвідношенню апопротеїнів апоВ/апоА, яке на сучасному етапі є більш надійним показником розвитку ускладнень кардіальної патології, ніж рівень ХС ЛПНЩ.

Встановлено, що середнє значення ІМТ у пацієнтів із АГ та нормальною вагою склало (22,8±0,19) кг/м², у хворих із НМТ цей показник знаходився в межах (25,3±0,15) кг/м², а у підлітків із ожиріння – (29,4±0,32) кг/м², р<0,001. Різні за складом дисліпопротеїдемії були виявлені у юнаків із АГ, але їх частота переважала у підлітків із НМТ та ожирінням (89,2 проти 73,3%, р<0,05). Доведено, що по мірі зростання ІМТ вірогідно збільшувався і середній показник СРП. Так, у підлітків із АГ та нормальною вагою рівень СРП склав (1,35±0,26) мг/л на відміну від пацієнтів із НМТ – (2,66±0,74) мг/л, р<0,02) та юнаків із ожирінням – (4,26±0,91) мг/л, р<0,001). Виявилось, що співвідношення апоВ/апоА у підлітків із АГ також збільшувалося по мірі зростання маси тіла, а саме – у пацієнтів першої групи даний показник склав (1,76±0,07), у юнаків другої групи – (2,2±0,29), а у хворих з ожирінням – (3,08±0,57), р < 0,01. Отже, у хворих на АГ із НМТ та ожирінням зміщення в ліпопротеїдному спектрі крові мали більшу направленість в сторону атерогенних фракцій ЛП, ніж у пацієнтів без НМТ.

Таким чином, при наявності у підлітків із АГ ожиріння або НМТ (ІМТ більше 85 перцентилів) та ознак субклінічного запалення (підвищений рівень СРП), змін в співвідношенні апопротеїнів (апоВ/апоА) в бік збільшення цього показника визначають розвиток початкових ознак атеросклерозу та несприятливий перебіг захворювання, що потребує впровадження в лікувально-профілактичний комплекс заходів, спрямованих на попередження прогресування атеросклеротичних ускладнень на ранніх етапах.

ВПЛИВ ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ НА МЕТАБОЛІЗМ КІСТКОВОЇ ТКАНИИ У ДІТЕЙ З РЕВМАТИЧНИМИ ХВОРОБАМИ

Омельченко Л.І., Дудка І.В., Ніколаєнко В.Б., Людвік Т.А., Даценко Л.О.,
Антоненко Л.В., Нікіфорова Т.Н.

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

Значним недоліком тривалої або інтенсивної глюкокортикоїдної (ГК) терапії у дітей, хворих на ревматичні хвороби (РХ), є її негативний вплив на гомеостаз кальцію та кістковий метаболізм. Висока активність запального процесу, швидко прогресуючий перебіг хвороби, довготривале застосування ГК суттєво погіршують стан кальцієвого обміну в організмі, сприяють розвитку виражених структурно-функціональних порушень кісткової тканини. Метою дослідження було вивчення метаболізму кісткової тканини за допомогою визначення її біохімічних маркерів у крові та сечі хворих на РХ дітей в залежності від характеру отриманої терапії. Вивчення метаболізму кісткової тканини проводилось шляхом дослідження у венозній крові концентрацій термінального пептиду колагену типу 1, остеокальцину; кальцію – загального, ультрафільтруючого, зв'язаного з білком; активності ферменту загальної лужної фосфатази (ЛФ) та її кісткового ізоферменту, а також екскреції кальцію з ранковою сечею та добової екскреції оксипроліну (ОПр). Проведено обстеження 25 пацієнтів хворих на РХ, віком від 12 до 17 років, які тривало (більше 1 року) отримували ГК терапію. За результатами досліджень, у значній кількості пацієнтів (88 %) спостерігалось зменшення пулу кальцію, зв'язаного з білком, що відображає зниження загальної забезпеченості організму кальцієм, та може свідчити про наявність порушень остеогенезу. Виявлено суттєве підвищення екскреції кальцію з ранковою сечею, яке корелювало з активністю хвороби та застосованою добовою дозою ГК. Доведено, що тривале застосування ГК в лікуванні хворих на РХ дітей призводить до змін вмісту в крові біохімічних маркерів кісткового ремоделювання: в активний період захворювання (II-III ступенів) у більшості хворих встановлено суттєве зниження у сироватці крові активності кісткового ізоферменту лужної фосфатази, тенденцію до зниження концентрації термінального пропептиду колагену типу I та остеокальцину. При зниженні активності запального процесу (0-I ступінь) та зменшенні добової дози ГК мала місце тенденція до стабілізації та підвищення сироваткових рівнів показників кісткового ремоделювання. У третини дітей, хворих на РХ, з ознаками дисплазії сполучної тканини, зниження вмісту маркерів остеогенезу та підвищення екскреції ОПр з сечею спостерігались навіть при мінімальній активності запального процесу і на тлі нормалізації показників вмісту кальцію та його фракцій в сироватці крові. Таким чином, визначення маркерів остеогенезу (термінального пептиду колагену типу 1, остеокальцину) дозволяють удосконалити діагностику та проводити своєчасну та адекватну корекцію порушень ремоделювання кісткової тканини при застосуванні ГК у хворих на РХ дітей, терапії шляхом призначення препаратів вітаміну D3 та комбінованих кальцій вміщуючих препаратів (остеонон, кальцемін).

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНО – СТРУКТУРНОГО СТАНУ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Омельченко Л.І., Муквіч О.М., Дудка І.В., Тарасюк Б.А., Людвік Т.А., Полук Т.А., Палкіна І.С.

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

Порушення в системі імунобіологічного нагляду при ювенільному ревматоїдному артриті (ЮРА) супроводжуються вираженою поліорганною недостатністю, в тому числі органів травлення, що підтримує хронічний перебіг запалення та потенціює процеси деструкції тканин. Необхідність проведення тривалої патогенетичної терапії з застосуванням протизапальних (нестероїдні протизапальні (НПЗП), глюкокортикостероїдні (ГКС)) і хворобо-модифікуючих препаратів, в свою чергу, призводить до суттєвого зростання у цих дітей частоти супутніх, коморбідних захворювань органів травлення. Мета роботи – вивчити особливості клініко-параклінічних проявів порушень органів травлення при ювенільному ревматоїдному артриті з урахуванням застосованої терапії. Дослідження проводилося протягом останніх десяти років, обстежено 140 дітей віком від 4 до 16 років, хворих на ревматоїдний артрит. У 47,7 % дітей мають місце порушення функції гепатобілярної системи, у 67,86 % – захворювання супроводжується наявністю симптомів залучення кишечника до патологічного процесу. За даними ендоскопічного дослідження у 82,4 % пацієнтів встановлено ураження слизової оболонки гастроудоденальної зони поверхневого катарального характеру, а саме ушкодження стравоходу (у 42,9 % хворих), шлунка (у 21,4 %), сумісне ураження стравоходу та шлунка (у 35,7 % пацієнтів). Серйозних уражень слизової оболонки – ерозій, виразкових дефектів, ознак кровотечі у групі обстежених хворих не спостерігалось. У 11,4 % пацієнтів з симптоматичними розладами під час ендоскопічного дослідження патології слизової оболонки гастроудоденальної зони не виявлено. Встановлене зниження цитопротективних властивостей слизової оболонки гастроудоденальної зони у хворих на РА визначається ураженням в основному третього рівня захисту – субепітеліального, про що свідчать зміни концентрації фукози (вільній та загальній), глікопротеїнів (ГП), глікозоамінгліканів (ГАГ). Порушення функціонального стану печінки частіше зустрічались і були найбільш виразними при ЮРА з системними проявами на тлі довготривалого застосування НПЗП сумісно з базисними препаратами (метотрексат) та тривалістю захворювання більше 4 років. Поряд з невиразною клінічною симптоматикою, помірним збільшенням розмірів печінки визначались ознаки порушення білково-синтетичної функції печінки, цитолізу та мезенхімально-запального процесу. Розвиток цитолітичних процесів та порушення фізіологічного механізму холестеринового гомеостазу – ентерогепатичної циркуляції жовчних кислот, – супроводжується дисліпідемією та збільшенням коефіцієнта атерогенності. Ураження кишечника, що проявлялись диспепсичним, дискінетичним, абдомінальним больовим синдромами, частота клінічних проявів яких визначалась формою та ступенем активності запального процесу, були підтверджені при гістологічних дослідженнях біоптатів товстого кишечника. Констатовано наявність запального процесу в слизовій оболонці кишечника з дифузною лімфоплазмодитарною інфільтрацією стромі в дебюті ЮРА та вогнищевим її характером на тлі тривалої терапії. У стромі власної пластинки та навколо крипт виявлено дифузний фіброз, набряк і виражені порушення кровообігу. Отримані результати свідчать про частоту та виразність функціонально-структурних порушень органів травлення при ЮРА і доцільність їх врахування при проведенні протизапальної і базисної терапії. Таким хворим показана терапія супроводу з метою зниження ризику виникнення серйозних ускладнень з боку органів травлення.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕЗЛОРАТАДИНУ У КОМПЛЕКСНІЙ БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ НЕЙТРОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Ортеменка Є.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Вихід на фармацевтичний ринок нових поколінь препаратів блокаторів гістамінових рецепторів, що володіють не тільки імуномодулювальною, але й протизапальною дією, розширив спектр показів та виявив доцільність їх застосування у лікуванні бронхіальної астми (БА). Проте питання щодо ефективності комбінації сучасних антигістамінових препаратів із базисною протирецидивною терапією БА за нейтрофільного характеру запалення дихальних шляхів залишається дискусійним.

Мета дослідження. Дослідити ефективність дезлоратадину в комплексі з базисною протизапальною терапією БА у дітей шкільного віку за нейтрофільного фенотипу захворювання для оптимізації індивідуалізованого диференційованого лікування.

Матеріал і методи. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ №1 м. Чернівці обстежено 11 школярів, хворих на персистувальну БА, в котрих при проведенні цитологічного аналізу мокротиння нараховували менше, ніж 3% еозинофільних гранулоцитів, що дозволяло верифікувати нейтрофільний фенотип захворювання. Комбінована протирецидивна терапія, що тривала не менше 3 місяців, призначалася відповідно до ступеня тяжкості БА та включала базисні протизапальні препарати (інгаляційні глюкокортикостероїди чи кромоглікат натрію) у поєднанні з пероральними антигістамінними препаратами (дезлоратадин) у середній терапевтичній дозі. Ефективність контролю над перебігом БА оцінювали шляхом бальної самооцінки хворими клінічного стану (сума балів), з оцінкою денних та нічних симптомів захворювання, частоти застосування швидкодіючих бета-2-агоністів та обмеження фізичної активності, а також частоти госпіталізації, загострень захворювання та позапланових візитів до алерголога, до та після призначеного курсу комбінованої терапії. При цьому вважали, що зниження суми балів у процесі лікування свідчило про його ефективність, а підвищення загальної кількості балів вказувало на погіршення контролю захворювання. Отримані дані аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології із визначенням ефективності лікування за зниженням абсолютного ризику (ЗАР) та відносного ризику (ЗВР) збереження симптомів захворювання з урахуванням мінімальної кількості хворих (МКХ), що їх слід пролікувати для отримання хоча б одного позитивного результату.

Результати дослідження. Показано, що, завдяки включенню до складу базисної протизапальної терапії нейтрофільної БА дезлоратадину, вдалось досягти значущого покращення контролю захворювання. Так, сума балів самооцінки клінічного стану хворими становила $15,3 \pm 1,5$ до початку лікування та $9,6 \pm 1,3$ ($P < 0,02$) балів після курсу комбінованої із антигістаміновими препаратами базисної терапії. Призначене комбіноване лікування дозволило більше, ніж удвічі зменшити кількість хворих із низьким рівнем клінічного контролю БА. Так, до призначення комбінованого протирецидивного лікування кількість хворих із сумою балів більше 11 становила 81,8%, а після закінчення терапевтичного курсу в комплексі з дезлоратадином – лише 36,44% ($P < 0,05$). При цьому показники ефективності комбінованої терапії, виражені як зменшення кількості хворих із недостатнім рівнем контролю захворювання, були наступними: ЗВР=55,5%, ЗАР=45,4%, МКХ= 3 пацієнти.

Висновки. З метою досягнення кращого клінічного контролю над симптомами нейтрофільної БА у дітей шкільного віку до базисної протирецидивної терапії доцільно включати антигістаміновий препарат нового покоління – дезлоратадин.

СТАН СЕРЦЕВО – СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТРАВНОГО ТРАКТУ

Павликівська Б.М., Юрцева А.П., Ткач Б.Н., Фецишин Л.Л., Недоступ І.С.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет",
м. Івано-Франківськ

Донедавна дітей, підлітків та осіб молодого віку традиційно відносили до групи низького ризику серцево-судинних захворювань. Однак отримані в останні роки результати досліджень звертають увагу на необхідність врахування факторів ризику серцево-судинних захворювань у дітей, особливо при соматичній патології. Метою нашої роботи було вивчення стану серцево-судинної системи у дітей з хронічною гастропатологією. Було обстежено 170 дітей з хронічними гастродуоденальними захворюваннями (ХГДЗ), більшість з яких (60%) – діти з хронічним гастритом та хронічним гастродуоденітом (ХГД). В групу обстежених були включені діти середнього та старшого шкільного віку. Зміни зі сторони серцево-судинної системи у дітей з ХГДЗ мали суб'єктивний та об'єктивний характер. При оформленні в стаціонар 42,4% дітей скаржились на болі в ділянці серця, що виникали переважно після психоемоційних перевантажень. Рідше хворих непокоїли епізоди серцебиття (7,1%), ортостатичний колапс (2,9%). У більшості частини (80,6%) обстежених дітей були виявлені порушення функції серцево-судинної системи: артеріальна гіпотензія – у 37,9% дітей, артеріальна гіпертензія – у 16,1%, аритмія – у 35%, приглушеність серцевих тонів – у 21,9%, систолічний шум функціонального характеру – у 70,1% дітей. При ехокардіографічному дослідженні у 86 дітей (62,8%) хворих виявлено зміни в серці у вигляді малих структурних аномалій (пролапс стулок мітрального клапана – у 49,6%, аномальна хорда – у 19,7%).

Аналіз результатів вихідного вегетативного тону (ВВТ) показав, що у 77 дітей (45,3%) спостерігається домінування парасимпатичних реакцій, у 37 (21,8%) – переважання тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС), у 56 (32,9%) нормотонія. При переході з кліно- в ортоположення спостерігається зниження вагусної активності по відношенню до серцево-судинної системи і домінування симпатичних впливів, що можна розглядати як прогностично несприятливий фактор ризику електричної нестабільності серця. При ЕКГ-дослідженні встановлено, що нормальна вікова ЕКГ спостерігалась лише у 18,8% дітей. Найчастішими порушеннями серцевого ритму були нотопні порушення, які зафіксовані у 53,6% обстежених. Гетеротопні порушення серцевого ритму маніфестують у дітей екстрасистолією (13,0%), міграцією водія ритму (2,2%). Комбіновані форми аритмій виявлені у 4,3% обстежених, що проявлялось синдромом укороченого інтервалу PQ (синдром CLC) у 3,6% дітей і синдромом WPW – у 0,7%. Феномен укороченого інтервалу PQ зустрічався значно частіше – у 29,7% дітей. Порушення провідності зафіксовані у 28,3% дітей і проявлялись блокадами ніжок пучка Гіса. Порушення фази реполяризації відмічались у 37,7% обстежених дітей. Таким чином, у більшості хворих з патологією ШКТ мають місце функціональні зміни діяльності серцево-судинної системи, які реєструються на ЕКГ. Нотопні порушення ритму однаково часто реєструються у хворих як з ваготонією, так і з симпатикотонією, тоді як гетеротопні – переважно у дітей з ваготонією. Частота і характер змін елементів ЕКГ у обстежених хворих обґрунтовують необхідність обов'язкового клінічного і інструментального дослідження дітей з патологією. Комплексне застосування кверцетину, рослинних седативних препаратів і мінерально-полівітамінних засобів дітям з ХГДЗ і діагностованими функціональними порушеннями серцево-судинної системи значно покращувало стан хворих, показники ЕКГ і ехокардіоскопії та вегетативного гомеостазу.

СТАН ЕНДОТЕЛІЙ ЗАЛЕЖНОЇ ТА ЕНДОТЕЛІЙ НЕЗАЛЕЖНОЇ ВАЗОДИЛЯТАЦІЇ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ПІДВИЩЕНИМ АРТЕРІАЛЬНИМ ТИСКОМ

Павлишин Г.А., Слободян О.І., Філюк А.П. 1, Чубата О.Б. 1, Юрик І.Е. 1, Грех О.І.1

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського", м. Тернопіль
І КУТОР "Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня", м. Тернопіль

Обстежено 43 хворих з артеріальною гіпертензією та передгіпертензією віком від 13 до 17 років, з них з передгіпертензією 15 пацієнтів, з лабільною формою гіпертензії 13 дітей і підлітків та зі стабільною формою 15 осіб. Контрольну групу склали 12 здорових дітей та підлітків.

Дослідження стану судинної реактивності проводили за допомогою проби з реактивною гіперемією та проби з нітрогліцеринном (М. В. Хайтович, Т. І. Коротич, 2007).

У хворих з підвищеним артеріальним тиском ендотелій залежна вазодилатація (ЕЗВД) була зменшена порівняно з контрольною групою: (13,93±1,91) % проти (22,12±1,56) %, $p < 0,01$. Ендотелій незалежна вазодилатація (ЕНЗВД) достовірно зменшена порівняно з контролем, дорівнювала (22,12±2,15) % проти (29,80±1,74) % в контрольній групі, $p < 0,02$. ЕЗВД була в 1,6 раза, а ЕНЗВД в 1,3 раза менше за результати контрольної групи.

У хворих з високим нормальним тиском ЕЗВД дорівнювала (16,80±1,76) % і була менше за результати контролю ($p < 0,05$), ЕНЗВД складала (25,75±3,43) % і достовірно не відрізнялась від даних контрольної групи ($p > 0,05$). У дітей та підлітків з лабільною формою гіпертензії ЕЗВД відповідала (14,75±2,31) % була менше за дані контролю ($p < 0,05$). ЕНЗВД складала (23,81±2,15) % і була менше порівняно з контролем ($p < 0,05$). У пацієнтів зі стабільною формою артеріальної гіпертензії значно знижена як ЕЗВД (в 2,2 раза), так і ЕНЗВД (в 1,8 раза): відповідно (10,23±1,69) % проти (22,12±1,56) % та (16,79±2,23) % проти (29,80±1,74) % в контрольній групі ($p < 0,001$). Також встановлено значне зниження ЕЗВД (в 1,6 раза) і ЕНЗВД (1,5 раза) у хворих зі стабільною формою гіпертензії порівняно з дітьми з високим нормальним тиском ($p < 0,001$, $p < 0,05$).

Отже, при проведенні сканування діаметра плечової артерії з пробами із реактивною гіперемією і нітрогліцеринном у дітей та підлітків з підвищеним артеріальним тиском було виявлено зниження ендотелій залежної вазодилатації в 1,6 рази та ендотелій незалежної вазодилатації в 1,3 рази порівняно з групою контролю ($p < 0,01$, $p < 0,02$). Ступінь дисфункції ендотеліальних і гладком'язових клітин корелював з тяжкістю гіпертензії і, зокрема, (відповідно в 2,2 та 1,8 раза) був виражений у хворих зі стабільною формою гіпертензії. У цих дітей і підлітків пригнічується ендотелій залежна та ендотелій незалежна вазодилатація, значно знижуються можливості до вазорелаксації, що зменшує еластичність стінок артеріальних судин, стимулює гіперплазію гладком'язових клітин і ремоделювання артерій.

До клінічною ознакою ураження судин є зниження ЕЗВД ($< 22,12 \pm 1,56$) % та ЕНЗВД ($< 29,80 \pm 1,74$) %. Найбільш інформативною ознакою ураження судин є результати дослідження ЕЗВД плечової артерії. У хворих з високим нормальним тиском цей показник достовірно знижений порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$), а ЕНЗВД достовірно не відрізнялась від контрольної групи ($p < 0,05$).

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ

Павлишин Г.А.1, Фурдела В.Б.1, Філюк А.П.2, Левандовська К.В.1, Сахарова І.Є.1, Никитюк С.О.1, Кабакова А.Б.2

1ВДНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського», м. Тернопіль
2КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня», м. Тернопіль

За даними ВООЗ, однією з найбільших загроз для людства на сьогодні є надмірна вага тіла, і ця проблема наростає стрімкими темпами. Так, у порівнянні з 1980 роком кількість осіб, які страждають на ожиріння, у світі збільшилось вдвічі. За останніми підрахунками кожен третій дорослий мешканець Землі має зайву вагу, а кожен десятий страждає на ожиріння. За даними державної статистики, в Україні за останні 10 років поширеність ожиріння серед підлітків (15-17 років) на 1000 дит. населення зросла у 2,5 рази.

Метою нашої роботи було встановити поширеність надлишкової ваги та ожиріння серед дітей середнього та старшого шкільного віку та виявити їх залежність із підвищеним артеріальним тиском (АТ) у цих дітей. Було обстежено 338 школярів середньої школи м. Тернополя віком від 9 до 17 років: 155 дівчаток (45,8 %) і 183 (54,1 %) хлопчики. Задля оцінки фізичного розвитку кожної дитини показники маси тіла, зросту та індексу маси тіла порівнювали з центильними таблицями відповідно до віку і статі. Відповідно до протоколів МОЗ лікування дітей з ендокринними захворюваннями №55 від 03.02.09: маса тіла вважається нормальною у дитини, якщо ІМТ знаходиться в межах 5-ї та 85-ї центилі, надлишковою – між 85-ю та 95-ю центиллю і діагностуємо ожиріння при перевищенні ІМТ 95-ї центилі для відповідного віку, зросту та статі.

Нашими дослідженнями надмірна маса тіла була зафіксована у 10,9 % школярів: 9 % дівчаток та 12,5 % хлопців. Ожиріння діагностували у 6,2 % хворих (3,8 % дівчат та 8,2 % хлопчиків), а нормальну масу тіла у 80,6 % дівчаток та 70,5 % хлопчиків. Однак оцінка ожиріння за допомогою ІМТ не дає повного уявлення про характер відкладання жирової тканини в організмі і може бути помилковою у підлітків з атлетичною тілобудовою. Для діагностики абдомінального типу ожиріння розраховували співвідношення обводу талії до обводу стегон, яке становитиме при цій патології у хлопців > 0,9, а у дівчат > 0,8. Абдомінальне ожиріння є основною клінічною складовою МС і причиною розвитку супутніх метаболічних і гемодинамічних змін. Абдомінальне ожиріння було виявлено лише у 5 (2,7 %) хлопців та у 8 (5,1 %) дівчат.

Підвищений середній АТ, визначений методом разових вимірювань, у дітей з надлишковою вагою зафіксовано у 60,0 % хлопців і лише у 28,6 % дівчат, а з ожирінням – у 76,9 % та 50,0 % відповідно. При цьому підвищений АТ у дітей з нормальною масою виявлено у 18,9 % хлопців та 10,4 % дівчат.

Таким чином, наше дослідження показало, що хлопці шкільного віку більш схильні до надлишкової ваги та вдвічі частіше страждають ожирінням, порівняно з дівчатками. При цьому встановлено, що більше половини хлопців з надлишковою вагою мають підвищений АТ, що удвічі більше порівняно з дівчатками аналогічної групи. У групі дітей та підлітків з ожирінням та нормальною масою тіла прослідковується така ж тенденція.

ПОШИРЕНІСТЬ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА, ОЖИРІННЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ М. ТЕРНОПОЛЯ

Павлишин Г.А. 1, Левандовська К.В.1, Корицький Г.І.2, Фурдела В.Б.1, Ковальчук Т.А.1, Лучишин Н.Ю.1, Качор Л.А.2

1ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського», м. Тернопіль
2 КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня», м. Тернопіль

В Україні та світі, за статистичними даними, кількість дітей з ожирінням та надмірною масою тіла збільшується щорічно і, за даними літератури, складає 10-30 % дитячого населення. Відомо, що надмірна маса тіла є провідним фактором ризику підвищення артеріального тиску, підвищуючи ризик виникнення артеріальної гіпертензії у 2-6 разів. У зв'язку з цим метою нашої роботи стало дослідження поширеності надмірної маси тіла, ожиріння та артеріальної гіпертензії серед дітей та підлітків, які навчаються у загальноосвітніх школах м. Тернополя.

Проведено обстеження 540 школярів м. Тернополя, з них 338 дітей навчаються у 10 школі та 202 дитини – у 15 школі. Усім дітям проводилося визначення маси тіла, зросту, з наступним розрахунком індексу маси тіла, а також проводилось вимірювання та оцінка артеріального тиску методом разових вимірювань тричі з інтервалом 2 тижні.

Вік дітей, охоплених дослідженням, становив 9-17 років, середній вік обстежених школярів склав 13,15 років. Серед обстежених дітей хлопчиків було 277 (51,3 %), а дівчаток – 263 (48,7 %), співвідношення хлопчики:дівчатка склало 1,05:1.

Серед усіх дітей, які увійшли у скринінгове обстеження, надмірна маса тіла реєструвалася у 60 дітей (11,1 %), ожиріння – у 26 дітей (4,8 %). У групах дітей як з надмірною масою тіла, так і з ожирінням переважали хлопчики (60 % та 76,9 % відповідно у вказаних групах).

Передгіпертензію діагностовано у 68 дітей, що становить 12,6 % серед усіх обстежених дітей, з них було 48 хлопчиків (70,6 %) та 20 дівчат (29,4 %). Слід зазначити, що у 14 дітей з надмірною масою тіла та у 3 дітей з ожирінням реєструвався артеріальний тиск, який відповідав значенням передгіпертензії.

Артеріальну гіпертензію I ступеня виявлено у 3 дітей (0,6 %): у 2 хлопців та у 1 дівчинки. Поєднання надмірної маси тіла та артеріальної гіпертензії I ступеня виявлено не було, натомість у 2 підлітків з ожирінням діагностовано підвищення артеріального тиску вище 95 перцентилу + 10 мм рт.ст. Артеріальну гіпертензію II ступеня діагностовано у 1 хлопчика з ожирінням, що становить 0,2 % усіх обстежених школярів.

Щодо поширеності лабільної артеріальної гіпертензії серед школярів м. Тернополя, то вона виявилась досить високою 12,6 % (68 дітей), з них у 14 осіб діагностовано надмірну масу тіла та у 11 – ожиріння. Статевих розбіжностей серед дітей із лабільною артеріальною гіпертензією практично не було, цей діагноз встановлено у 30 дівчаток та 38 хлопчиків.

За результатами проведеного дослідження, встановлено високу поширеність передгіпертензії та лабільної артеріальної гіпертензії серед дітей та підлітків м. Тернополя, яка склала 12,6 %. Слід зазначити, що у дітей з надмірною масою тіла підвищений рівень артеріального тиску реєструвався у 46,7 %, у той час як у дітей з ожирінням – у 65,4 % випадків, що свідчить про те, що із зростанням маси тіла прослідковується чітка тенденція до зростання рівня артеріального тиску у дітей.

Зважаючи на поєднання різних нозологічних форм артеріальної гіпертензії з надмірною масою тіла та ожирінням, доцільним є виділення цих дітей у групу ризику щодо розвитку кардіоваскулярних ускладнень та метаболічних зрушень, з метою комплексного підходу до моніторингу та ведення таких дітей.

ПОШИРЕНІСТЬ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ ТА МАЛИХ АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ СЕРЦЯ В ПОПУЛЯЦІЇ

Панченко О.А., Цапро Н.П., Вятлева А.А.

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, м. Донецьк
ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», м. Донецьк

Вроджені вади серця (ВВС) – одна з найбільших актуальних проблем сучасної дитячої кардіології. Щороку в Україні народжується близько 6 тис. дітей з ВВС (Г.В. Книшов). Причинами такої частоти ВВС є вплив шкідливих факторів довкілля та хронічні захворювання матері, особливо з третього до восьмого тижня ембріогенезу. Серед ВВС найбільш поширеними є: дефект міжпередсердної перетинки (ДМПП), дефект міжшлуночкової перетинки (ДМШП), відкрита артеріальна протока (ВАП). Клінічні прояви ВВС залежать від характеру дефекту, його топіки, від ступеня порушення гемодинаміки. Серед малих аномалій розвитку серця (МАРС) найчастіше – пролапс мітрального клапана (ПМК).

Мета роботи: виявлення патології серця та судин у дітей та підлітків Яблунівської амбулаторії загальної практики сімейної медицини (Костянтинівський р-н Донецької обл.), вивчення показників поширеності вроджених вад серця та МАРС в популяції.

Об'єкт: на базі ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» обстежено за згодою батьків 110 (86,61%) із 127 дітей та підлітків, які мешкали в межах однієї дільниці, в тому числі: 41 (37,27 %) хлопчиків та 69 (62,73 %) дівчаток. До обстеження було встановлено у 2 дітей ВВС.

Методи: використовували об'єктивні методи: огляд, пальпація, перкусія, аускультатія серця, вимірювання артеріального тиску, функціональні проби, збір скарг та анамнезу. Ехокардіографію та ЕКГ використали як скринінгові методи. Ехокардіографію проводили на ультразвуковому діагностичному сканері «Hitachi» (EVB-5500) в В та М режимах, доплерівському режимі, в режимі ЦДК кардіологічним датчиком з фазованою решіткою з частотою 2 та 4 МГц.

Результати та їх обговорення: виявлено у 7 дітей (6,37 %) ВВС, показник поширеності складає 55,11 на 1000 дітей. ВВС в 5 (71,43%) випадках із 7 виявлені вперше: ДМПП діагностовано в 5 випадках (в 3 випадках – вперше). За віковим складом діти 2-3 років життя – 2 особи (40 %), діти 3-5 років 1 особа (20 %), 14-17 років – 2 особи (40 %). Поширеність ДМПП становить 39,37 на 1000 дитячого населення. ВАП виявлена у 2 (1,8 %) дітей, поширеність становить 15,75 випадків на 1000 дітей, в 100 % випадків ВАП виявлена в поєднанні з відкритим овальним вікном та вперше під час обстеження: в 1 випадку у віці 7 років, в 1 випадку – в 2 роки. В 69 (62,73 %) випадках були діагностовані МАРС, поширеність становить 543,3 випадки на 1000 дітей. В структурі МАРС найчастіше – ПМК – 23 випадки (20,9 %), поширеність – 181,1 на 1000 дітей; додаткові хорди у – 25 дітей (22,73 %), поширеність – 196,85 на 1000 дітей; відкрите овальне вікно – у 9 (8,18 %) дітей, поширеність – 70,86 на 1000; та інші – по 1 випадку, поширеність – 7,87 на 1000 дітей.

Висновки: поширеність ВВС на сільській дільниці – 55,11 на 1000 дітей, що вище, ніж по Україні (27,6 на 1000) та по Донецькій області (30,1 на 1000) (показники за 2010 р.). Медична статистика нижча за отримані дані, адже обстежують в лікарнях лише хворих, які мають класичну клініку, гемодинамічні порушення та скарги. Відзначається пізня діагностика ВВС та МАРС, через низьку настороженість лікарів щодо ВВС та МАРС, неукomплектованість штатів лікарями.

ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ РАНЬОГО АРТРИТУ У ДІТЕЙ

Панько Н.О.

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

На сьогоднішній день актуальним питанням педіатрії залишається рання діагностика соціально значущих захворювань. Однією з таких хвороб є ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), який характеризується аутоімунним патогенезом, прогресуючим перебігом та швидкою інвалідизацією хворих. Останнє нерідко пов'язано з затримкою встановлення правильного діагнозу, що спричиняє призначення неадекватної терапії з перших місяців хвороби, які є особливо відповідальними у лікуванні. Складності діагностики ЮРА у дебюті його формування обумовлені схожістю у проявах суглобового синдрому при цьому захворюванні та інших ревматичних хворобах, перш за все реактивному артриті (РеА).

Метою дослідження є вдосконалення диференційної діагностики ЮРА на ранніх етапах захворювання (до 6 місяців).

Методи дослідження: клінічні, імунологічні – визначення ревматоїдного фактору (РФ), антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду (анти-ЦЦП) і модифікованого цитрулінованого віментину (анти-МЦВ), послідовна процедура Вальда-Генкіна.

Досліджено 77 дітей із запальними захворюваннями суглобів, віком від 2 до 18 років. Особи жіночої статі склали 62,3%, чоловічої – 37,7%. Середній вік дітей на початок захворювання склав $6,0 \pm 0,5$ років і не залежав від статі та нозологічної форми. У 29 хворих діагностовано ЮРА (співвідношення жіночої статі до чоловічої – 2,6), у решти – РеА (співвідношення осіб жіночої статі до чоловічої – 1,2). В перші 6 місяців від початку захворювання як у хворих на ЮРА, так і РеА найчастіше уражаються колінні та гомілковостопні суглоби, що супроводжується болем, обмеженням рухів в ушкодженому суглобі. Артрит у променевозап'ясткових суглобах, дрібних суглобах кистей на дебют хвороби значно частіше зустрічається при ЮРА, $p < 0,001$. Притаманними для ЮРА є бурсити, швидке за 1-1,5 місяця формування регіональних гіпоміатрофій (61,0%, $p < 0,05$). Запалення у шийному відділі хребта та нижньощелепних суглобах реєструється лише у хворих на ЮРА. На відміну від РеА при ЮРА з дебюту спостерігається тенденція до ураження декількох суглобів, число яких зростає зі збільшенням тривалості хвороби. Моноартрит при анамнезі процесу більше 3 місяців у більшій мірі є ознакою виключення діагнозу ЮРА. Артрит кульшових та ліктьових суглобів виникає в процесі подальшої еволюції ЮРА, понад 6 місяців. Позитивність за анти-МЦВ визначено як серед хворих на ЮРА (17,2±7,0%), так і серед дітей з РеА (12,9±6,1%). Підвищені титри анти-ЦЦП мали лише пацієнти з ЮРА (20,7±7,5%). При цьому у 1/3 осіб позитивність за анти-ЦЦП співпадала з позитивністю за РФ.

За результатами послідовної процедури Вальда-Генкіна для ЮРА в перші місяці хвороби найбільш інформативними диференційно-діагностичними критеріями порівняно з РеА є: ураження шийного відділу хребта, нижньощелепних суглобів, поліартрит, серопозитивність за анти-ЦЦП, залучення до запального процесу понад 3 суглоби в перші три місяці від початку захворювання, ураження гомілковостопних, променевозап'ясткових та дрібних суглобів кистей, наявність бурситів. Для РеА на ранніх етапах більшу інформативність мають такі ознаки, як ураження кульшових суглобів, моно- або олігоартрит нижніх кінцівок.

ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИЧНОЇ ГЕПАТОСЦИНТИГРАФІЇ В ОЦІНЦІ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ

Пархоменко Л.К., Страшок Л.А., Бузницька О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Актуальність. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) зустрічається у більшості людей з надмірною вагою тіла, що призводить до погіршення стану здоров'я та зниження якості життя хворих. Для постановки цього діагнозу потрібна біопсія, що є інвазивним методом дослідження. У зв'язку з чим актуальною є розробка нових та вдосконалення існуючих методів діагностики жирової хвороби печінки, зокрема, радіоізотопних методів дослідження. Радіоізотопне дослідження печінки дає можливість оцінити анатомічні та функціональні особливості органу, диференціювати дифузні та вогнищеві ураження, ступінь тяжкості цих патологічних процесів.

Мета – оцінити функціональний стан печінки у підлітків з ожирінням за допомогою статичної гепатосцинтиграфії.

Матеріал та методи. В умовах відділення ендокринології ДУ „Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМНУ” було обстежено 226 хворих на ожиріння віком 8–18 років: 129 юнаків ($57,08 \pm 3,29\%$), 97 дівчат ($42,92 \pm 3,29\%$). Всім дітям було проведено комплексне обстеження. У 17 підлітків 13 – 16 років, в т.ч. 12 хлопців та 5 дівчат, була проведена статична гепатосцинтиграфія з використанням радіофармпрепарату (РФП) “Технефіт” (“Диамед”, Росія). Препарат вводився хворим в дозі 1 мБк/кг маси тіла, через 45 хв за допомогою гама-камери ГКС-301Т проводилась візуальна оцінка сцинтиграм.

Результати. При проведенні радіоізотопного дослідження у жодного підлітка тяжких уражень печінки встановлено не було. У всіх хворих печінка була розташована типово, ознак вогнищевих уражень виявлено не було. Однак, у десятих підлітків ($58,82 \pm 1,37\%$) мали місце помірні порушення рівномірності розподілу РФП без вогнищевих уражень, збільшення розмірів печінки, “блідість” лівої частки, а також нечіткість контурів зображення та зниження контрастування органу. У інших підлітків порушень рівномірності розподілу РФП та збільшення печінки не відзначалось ($p < 0,05$). Ознак портальної гіпертензії виявлено не було у жодного підлітка. Показник накопичення РФП у селезінці не перевищував 9 %, однак, серед хворих із виявленими порушеннями, цей показник був дещо вищим порівняно з хворими без патологічних змін у гепатосцинтиграмі ($(9,1 \pm 0,7)\%$ проти $(5,8 \pm 0,4)\%$, $p < 0,05$). Відмінностей у величині співвідношення накопичення РФП в селезінці та в печінці в цих групах зафіксовано не було.

Висновки. Таким чином, проведення статичної гепатосцинтиграфії у дітей та підлітків з ожирінням дозволяє виявити ознаки дифузного ураження печінки, які не мають ще клінічних проявів, та сприяє уточненню діагнозу і своєчасному призначенню терапії.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА ПРАВОГО ШЛУНОЧКА У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Пашкова О.Є.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Відомо, що основною причиною тяжкого та несприятливого перебігу хронічних бронхолегеневих захворювань є кардіоваскулярні порушення і, насамперед, розвиток хронічного легеневого серця. Головною причиною, що призводить до ремоделювання правого шлуночка та формування легеневого серця, виступає підвищений тиск в легеневій артерії. Тривалий час ремоделювання правого шлуночка є прихованим процесом та перебігає без клінічної маніфестації. Внаслідок чого існує необхідність розробки методів ранньої діагностики дисфункції правого шлуночка при бронхолегеневій патології.

Метою дослідження було вивчення функціонального стану міокарда правого шлуночка за даними еходопплерокардіографії у дітей з хронічною патологією бронхолегеневої системи. Було обстежено 182 дитини з хронічною бронхолегеневою патологією в віці від 3 до 15 років (середній вік $10,5 \pm 0,5$ років), серед яких у 59 пацієнтів діагностовано персистуючу бронхіальну астму, у 59 хворих – муковісцидоз з панкреатичною недостатністю та у 64 дітей – рецидивуючий бронхіт. Контрольну групу склали 42 дитини без серцево-судинних та бронхолегеневих захворювань, репрезентативних за віком та статтю.

Оцінка даних проведеного еходопплерокардіографічного дослідження показала, що ознаки легеневої гіпертензії мали 35,7% хворих на бронхіальну астму, значення якої не перевищували 1 ступеня. В групі пацієнтів, хворих на муковісцидоз, підвищення тиску в легеневій артерії мали більше, ніж половина пацієнтів (58,2%), при цьому у 47,3% легенева гіпертензія була 1 ступеня, а у 10,9% хворих – 2 ступеня. Серед хворих на рецидивуючий бронхіт підвищення тиску в легеневій артерії до 1 ступеня було виявлено у 32,6% пацієнтів. Аналіз морфофункціональних показників міокарда правого шлуночка у дітей, хворих на бронхіальну астму, не виявив статистичної різниці від доплерографічних параметрів, що характеризують діастолічну функцію міокарда правого шлуночка, дітей контрольної групи ($p > 0,05$). Проте було встановлено достовірне збільшення показника IVCT, що свідчило на користь формування систолічної дисфункції міокарда правого шлуночка у пацієнтів даної групи. Дослідження фазової структури систоли правого шлуночка у дітей з муковісцидозом, дозволило констатувати наявність доплерографічних змін міокарда правого шлуночка з формуванням діастолічної дисфункції за типом порушеного розслаблення, що проявлялося достовірним зменшенням відношення E/A в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$). Водночас у хворих на муковісцидоз було встановлено достовірне зростання IVCT, тобто в даній групі хворих спостерігалася і систолічна дисфункція міокарда правого шлуночка. Суттєві зміни в стані міокарда правого шлуночка були виявлені в групі хворих на рецидивуючий бронхіт, у яких було виявлено зміни діастолічного наповнення правого шлуночка за типом порушеного розслаблення, які полягали в зменшенні відношення E/A, а також збільшення DecTime в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$). Про розвиток систолічної дисфункції правого шлуночка у дітей, хворих на рецидивуючий бронхіт, свідчило збільшення IVCT.

Таким чином, у дітей з хронічною бронхолегеневою патологією відбувається формування діастолічної та систолічної дисфункції міокарда правого шлуночка. Дослідження морфофункціонального стану міокарда правого шлуночка має визначне значення для ранньої діагностики серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з хронічними бронхолегеневими захворюваннями та проведення своєчасної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ

Пеший М.М., Таняньська С.М., Бойко В.П., Хорош О.Е., Курилко Г.В., Ковалевська С.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В останні роки все більше дітей та підлітків мають різні порушення постави. В етіології цієї патології мають значення такі фактори, як гіподинамія, порушення ортопедичного режиму, невідповідність шкільних парт зросту, генетичну схильність та інші. Найчастіше серед порушень постави зустрічаються сколіотична постава, сколіоз та кіфосколіоз різних відділів хребта, які нерідко призводять до порушень серцево-судинної діяльності.

Тому метою нашого дослідження було вивчення функціонального стану серцево-судинної системи у дітей та підлітків з патологією постави.

Обстежено 60 дітей віком 6-15 років (34 хлопчики і 26 дівчаток) з різними клінічними формами патологічної постави. Всім дітям проведено загальноклінічне обстеження з обов'язковим визначенням рівня кальцію, фосфору, лужної фосфатази в біохімічному аналізі крові, а також інструментальні методи дослідження: електрокардіографію (ЕКГ), кліноортопробу (КОП), ехокардіоскопію (ЕХОКС) апаратом "Toshiba" з визначенням основних морфофункціональних показників. Всі хворі оглянуті фахівцями: ортопедом, ЛОР-лікарем, окулістом. Діагноз сколіотичної постави та сколіозу підтверджений рентгенологічно.

Як свідчать результати досліджень, сколіотична постава відмічена у 34 дітей (57%), сколіоз I ступеня у 16 (26%), у 10 дітей (17%) – сколіоз II ступеня.

Найбільш частими скаргами з боку серцево-судинної системи були скарги на біль в ділянці серця (32%), серцебиття (24%), головний біль (19%), задишку при фізичному навантаженні (17%), швидку втомлюваність. Ці скарги частіше виказували діти зі сколіозом I та II ступеня, а у дітей зі сколіотичною поставою вони мали більше астено-вегетативну направленість.

При об'єктивному обстеженні межі відносної серцевої тупості відповідали віковим, але аускультативно у 32 дітей (53%) відмічено порушення серцево-судинного ритму серця у вигляді тахі- і брадикартії, приглушеність тонів серця у 76% обстежених систолічний шум над верхівкою та в IV-V міжребер'ї зліва різної інтенсивності. ЕКГ-дослідження виявило порушення функцій автоматизму у 38 хворих (63%), із них у 9 (15%) відмічалась міграція водія ритму, а у 6 дітей – суправентрикулярна екстрасистоля. У 16 (26%) обстежених спостерігалось порушення провідності у вигляді передсердно-шлуночкової блокади I ступеня, а у 12 (20%) – неповна блокада правої ніжки п.Гіса. У більшості дітей (72%) відмічено порушення метаболічних процесів в міокарді у вигляді зниження сегменту ST та зубця T.

Проведена ЕХОКС виявила нормальні розміри та об'єми серця. У 14 дітей (23%) відмічено зниження скоротливої здатності міокарда при нормальній фракції викиду. У 52,8% випадках, частіше у дітей зі сколіозом I та II ступеня визначалась аномалія хордального апарату у вигляді пролапсу мітрального клапана та додаткових трабекул (28%) в лівому шлуночку, причому у 14 дітей аномальні хорди поєднувались з пролапсом мітрального клапана, що підтверджує наявність системної дисплазії сполучної тканини у цих хворих. Таким чином, порушення постави у дітей супроводжуються змінами серцево-судинної системи, що обумовлено системними диспластичними процесами з боку сполучної тканини і вимагає обов'язкового їх дообстеження дитячим кардіоревматологом.

ЗМІНИ РІВНЯ ІНДЕКСУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ І ВАГИ ТІЛА У ДІТЕЙ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ТА ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Пісоцька С.А., Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Злобинець А.С.

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

Київський медичний університет УАНМ, м. Київ

На сьогодні проблема надлишкової ваги тіла дітей на тлі коморбідної хронічної патології гастро-дуоденальної зони (ХПГДЗ) та первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ) залишається недостатньо вивченою. Відомо, що ПАГ особливо у підлітковому віці часто перебігає з надлишковою вагою тіла, викликає зацікавлення вплив коморбідної патології на зміни маси тіла.

Метою нашої роботи було вивчити зміни ваги тіла на фоні коморбідної патології ХПГДЗ та ПАГ у дітей та надати кількісну характеристику ступеня тяжкості запального процесу за допомогою аналізу лейкоцитарних індексів ендогенної інтоксикації.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 50 дітей підліткового віку з ПАГ на тлі ХПГДЗ в період загострення на базі ДКЛ №5 м. Києва. Діагноз ПАГ встановлений на підставі добового моніторингу АТ. Запальні зміни в слизовій оболонці гастро-дуоденальної зони підтвержені даними ФЕГДС. Оцінювання індексу маси тіла (ІМТ) проводилось по перцентильним номограмам для різної статі та віку у дітей. Для оцінювання рівня ендогенної інтоксикації використовували модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІм), запропонований В.К.Островським та співавторами (1983); індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ); індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ) та індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ). Діти були розподілені на 2 групи. До першої групи увійшло 26 дітей з коморбідною патологією ХПГДЗ в період загострення та ПАГ, до другої 24 дитини з моно патологією ПАГ.

Результати та їх обговорення. Нами виявлено, що у дітей першої групи в порівнянні з другою спостерігалась достовірна менша частота ожиріння $2,0\% \pm 2,0$ проти $42,9\% \pm 10,8$ в другій групі. У 20% дітей першої групи відмічено передожиріння проти 5% у другій групі, а у переважній кількості (74%) дітей першої групи нормальна вага тіла порівно з 52% у дітей другої групи.

При дослідженні рівня індексів ендогенної інтоксикації у 33% дітей першої групи з надлишковою вагою тіла відмічено достовірно вищий за норму (1,6) показник ЛІІм. У дітей другої групи з надлишковою масою тіла достовірно збільшені значення показників ІСНМ $10,54 \pm 1,18$ та ІСЛМ $6,2 \pm 0,7$ порівняно з показниками першої групи, що може означати найбільші зрушення імунної реакції в бік мікрофагальної та афекторної ланки у дітей цієї групи.

Висновки: 1. При дослідженні зміни ваги тіла, нами виявлено достовірно меншу частоту ожиріння у дітей з коморбідною патологією ХПГДЗ в період загострення та ПАГ, порівняно з дітьми з монопатологією ПАГ.

2. При аналізі показника індексу ендогенної інтоксикації (ЛІІм), який може свідчити про тяжкість запального процесу, відмічено його збільшення в групі дітей з коморбідною патологією ХПГДЗ та ПАГ. Достовірно збільшений цей показник був у дітей цієї групи, які мали надлишкову масу тіла.

ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНІ ЦИТОКИНИ ТА ІМУННА ВІДПОВІДЬ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНЕ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В АНАМНЕЗІ

Попов С.В., Касян С.М.

Сумський державний університет, м. Суми

Проблема вивчення перинатальної патології нервової системи серед дітей залишається актуальною, оскільки останні роки формується тенденція щодо зростання частоти церебральних порушень різноманітної етіології серед новонароджених. За даними різних авторів ці цифри сягають від 40% до 80%. Гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи може призводити в подальшому до неврологічних і соматичних розладів, інвалідизації, соціальної дезадаптації, що надає цій проблемі медико-соціальну значимість. Багато дослідників вказують саме на залежність між перинатальною гіпоксією та розвитком у плода та новонародженого поєднаної патології нервової та імунної систем, що є однією з найголовніших причин порушення становлення та розвитку імунної системи у дітей більш старшого віку, та формування групи часто хворюючих дітей. Вік 3-6 років характеризується швидкими темпами розвитку психоневрологічних функцій, виникають навички соціального спілкування, йде підготовка дитини до шкільного навчання, зі стимуляцією вищих мозкових функцій. Тому є доцільним у дітей даного віку вивчити закономірності функціонування імунної системи, виявити вразливі місця ланок, порушення яких призводить до розвитку захворювань, встановити показання та способи проведення імуннокорекції.

Метою даної роботи було вивчення особливостей стану про- та протизапальних цитокінів, імунної відповіді у дітей дошкільного віку, що перенесли гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС в анамнезі.

Проводилась оцінка імунологічного статусу серед дітей дошкільного віку, анамнез яких був обтяжений гіпоксично-ішемічним ураженням центральної нервової системи. Досліджували на фоні гострих респіраторних інфекцій, та у період реконвалесценції – 50 дітей, та контрольна група, здорові діти, – 30 дітей. Вік дітей склав від 3 до 6 років. Визначали рівень гуморального, клітинного імунітету, балансу про- та протизапальних цитокінів.

Результати дослідження імунного статусу вказували на більш часті відхилення від нормальних показників у дітей основної групи: відмічали підвищення рівня прозапальних цитокінів, зміни клітинного та гуморального імунітету у вигляді зниження CD4, підвищення CD8, зниження імунорегуляторного та фагоцитарного індексів, більш низьких значень імуноглобулінів А і М. Зміни імунологічного статусу зберігались у дітей основної групи протягом 2-3 тижнів, і в період реконвалесценції не набирали своїх нормальних значень в порівнянні зі своїми однолітками контрольної групи.

Таким чином, особливостями імунної відповіді у дітей були дисбаланс цитокінів, за рахунок збільшеного рівня прозапальних цитокінів, зниження імунорегуляторного та фагоцитарного індексів та більш низьких значень імуноглобулінів А і М. Баланс про-та протизапальних цитокінів може бути ключовим моментом і обумовлювати подальший клінічний стан дитини.

ПОШИРЕНІСТЬ МАЛИХ АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ СЕРЦЯ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ, НАРОДЖЕНИХ У «LATE – PRETERM» СТРОКАХ

Попов С.В., Бокова С.І.

Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми

Протягом останніх років у літературі все частіше піднімаються питання, пов'язані з малими аномаліями розвитку серця, до яких відносять анатомічні зміни архітектоники серця та магістральних судин. Основою для них є дисплазія сполучної тканини, що бере участь у структуризації серця на різних етапах онтогенезу. На відміну від вроджених вад серця, що формуються протягом перших тижнів вагітності, малі аномалії розвитку серця можуть виявлятися набагато пізніше та стати причиною, як функціональних шумів, так і різних порушень ритму.

Вплив різноманітних негативних чинників впродовж вагітності сприяє збільшенню ризику невиношування, що в свою чергу призводить до формування вроджених вад та аномалій різних органів та систем. Особливу увагу, на наш погляд, слід приділити дітям, народженим у терміні гестації 34 – 36 тижнів, "late – preterm"- діти. Вони складають близько 80% від усього числа передчасно народжених і мають менші проблеми зі здоров'ям при народженні порівняно з глибоко недоношеними. Однак, в подальшому, частота виявлення патології збільшується.

Метою дослідження стало виявлення розповсюдження деяких видів малих аномалій розвитку серця у дітей шкільного віку, народжених у строках "late – preterm".

Нами було обстежено 93 дитини віком від 10 до 12 років, народжених у терміні гестації 34 – 36 тижнів. Всі діти визначені як умовно здорові, після народження не мали ознак порушень функціонування органів та систем та знаходились на природному вигодовуванні. Основна група була поділена на дітей з пропорційним (58 дітей) та диспропорційним (35 дітей) рівнем фізичного розвитку при народженні згідно індексу Pourcelot. Групу контролю склали 42 здорових однолітки. Як основний метод дослідження використано ехокардіографію в стандартних відведеннях та положеннях.

Отримані результати дослідження розкрили деякі відмінності у частоті виявлення малих аномалій розвитку серця. Серед дітей основної групи кількість була більшою у порівнянні з групою контролю. Школярі, народжені в "late – preterm" строках, з диспропорційним рівнем фізичного розвитку мали найбільшу кількість випадків за вказаною патологією.

Розповсюдженість окремих видів малих аномалій розвитку серця також виявилася різною. Переважна більшість була представлена аномально розташованими хордами лівого шлуночка. Наступними, за частотою, стали збільшений корінь аорти та пролапс мітрального клапана. Дещо малою виявилася кількість зміщень септальної стулки трикуспідального клапана. Водночас, малі аномалії розвитку правих відділів серця зустрічались рідко. Можливо причина цього лежить у розвитку та диференціюванні кардіальних структур, що відбувається у постнатальному періоді.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

Прохорова М.П., Бичкова Н.Г.

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

Алергічні захворювання належать до числа найбільш розповсюджених захворювань дитячого віку. Епідеміологічні дослідження, здійснені згідно уніфікованим протоколам програми ISAAC в 155 клінічних центрах Європи, Азії, Африки, Австралії та Америки, показали, що розповсюдженість atopічного дерматиту (АД) коливається від 1% до 46%.

Чималу роль у формуванні підтримання патологічного процесу на шкірних покровах та в шлунково-кишковому тракті грають зміни біоценозу кишківника. Доказано, що при atopіях поряд із змінами шкірних покривів може бути також шлунково-кишковий тракт. Під нашим спостереженням було 35 дітей з дерматореспіраторним синдромом (ДРС), 38 обстежених з atopічним дерматитом (АД), у віці від 1 до 14 років. Контрольну групу склали 30 здорових дітей того ж віку. Загальноклінічні методи дослідження включали анамнез хвороби, алергологічний анамнез, дані клінічного огляду.

Кишковий дисбіоз спостерігався у більшості дітей з АД 90,2% порівняно з обстеженими ДРС 85,2% випадків відповідно. За даними мікробних карт визначались якісні та кількісні зміни кишкової палички у 54% дітей з ДРС та 62% хворих з АД, ріст умовно-патогенних ентеробактерій (клебсієла, ентеробактер, протей, цитробактер) у 55, 64% відповідно, кількість *St.aureus* - 51, 56,5% відповідно, дрожеподібних грибів роду *Candida* - 41, 47,3% відповідно, відсутність біфідобактерій виявлено у 75, 85% відповідно, лактобактерій у 67, 78% відповідно. Усі обстежені діти на фоні базисної терапії, яка включала дієтотерапію, ферменти (креон), гепатопротектори (галстена, холівер, хофітол), зовнішню терапію (дермалібур, а-дерма екзомега, елідел) отримували пробіотик «Симбітер ацидофільний» по 1 дозі 1 раз на добу дітям з перших днів життя, дітям з 3 років «Симбітер концентрований» по 1 дозі 1 раз на добу протягом 3-4 тижнів. У 48,6% матерів дітей з АД був діагностований дисбіоз кишківника і їм призначали «Симбітер концентрований» по 1 дозі 1 раз на добу протягом 3-4 тижнів.

Після проведеного курсу лікування пробіотиком «Симбітер» дисбаланс між рівнем висіву індигенної мікрофлори та умовно-патогенних бактерій зменшився. Концентрація золотистого стафілококу зменшилася до рівня показників у здорових дітей ($p < 0,05$), ріст умовно-патогенних ентеробактерій (клебсієла, ентеробактер, протей, цитробактер) зменшився в 4-5 разів, гемолітичної кишкової палички в 4 рази, зниження частоти обміну кишечника грибами роду *Candida*. Після застосування пробіотику «Біформ» у всіх дітей були виявлені біфідумбактерії і лактобактерії, що виражалося у кількісному зростанні показників контамінації кишечника цими видами нормальної мікрофлори - біфідумбактерії - $1g 12,3 KVO/g$, лактобацили - $1g 10,4 KVO/g$. Таким чином, «Симбітер» має позитивний вплив на функціональний стан шлунково-кишкового тракту та бактеріологічну ефективність у хворих з atopічним дерматитом.

ВИКОРИСТАННЯ СТРУКТУРОВАНИХ І НАПІВСТРУКТУРОВАНИХ ДІАГНОСТИЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ ДЛЯ СКРИНІНГУ ТА РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ СПЕКТРА АУТИЗМУ

Пушкарьова Т.Н., Омельченко О.С.

ДУ «ІПАГ НАМН України», м. Київ

Розлади спектра аутизму відрізняються порушенням різноманітних психічних функцій дітей: сенсорних, когнітивних, моторних, а також комунікативних, мовних та ігрових. При адекватних реабілітаційних заходах вдається досягти покращення цих функцій і навичок, що веде до достатнього рівня соціальної та педагогічної адаптації дитини.

Складність діагностики розладів спектра аутизму обумовлена самою їх природою. Вони впливають майже на всі аспекти функціонування дитини, і тому потрібно багато часу і зусиль для всебічної оцінки розвитку дитини, проведення чіткої диференційної діагностики, об'єктивної оцінки рівня розвитку психічних функцій дитини і розробки чіткого індивідуального плану лікування та психосоціальної реабілітації.

Рання діагностика розладів спектра аутизму разом з своєчасними лікувальними і реабілітаційними заходами дозволяє досягти максимальних результатів в соціальній адаптації дитини, корекції поведінкових порушень та компенсації когнітивного дефіциту. Ранньою діагностикою вважається виявлення розладів спектра аутизму у дітей в віці від декількох місяців до 3-х років.

Своєчасна повна і чітка оцінка актуального стану психічних функцій та потенціалу їх розвитку, що ґрунтується на об'єктивних даних, є нагальною потребою дитини, її родини, а також всіх фахівців, які будуть брати участь у її реабілітації. Такий підхід дозволяє розробити і впровадити ефективний план лікувально-реабілітаційних заходів.

Для скринінгу доцільно використовувати скорочені батьківські опитувальники CHAT та M-CHAT, які містять не більше 25 питань та повинні застосовуватись як можна раніше у педіатричній практиці. Вони направлені на раннє виявлення ознак, які можуть вказувати на розлади загального розвитку, не займають багато часу, легкі у проведенні і обробці, і можуть ефективно застосовуватись на етапах до спеціалізованої психіатричної допомоги, наприклад, психологами дошкільних дитячих установ, педіатрами, дитячими неврологами, сімейними лікарями. Результати скринінгу дають можливість віднести дитину до групи ризику.

На подальших етапах обстеження дітей групи ризику для постановки діагнозу ефективним є використання більш розширених напівструктурованих інтерв'ю ADI-R і шкали Вайнленда, а також наборів тестів ADOS та PEP-R, які дають можливість глибоко оцінити стан дитини.

Напівструктуровані інтерв'ю в силу уніфікованості підходу і стандартизації набору оцінюваних функцій дозволяють:

- Ефективно і якнайповніше отримати інформацію від родини дитини і порівняти їх з власними спостереженнями лікаря;
- Порівнювати інформацію з різних джерел;
- Прослідкувати, як розвиваються ті або інші функції, як з часом модифікуються симптоми під впливом різних лікувальних та реабілітаційних заходів, тобто прослідкувати динаміку стану дитини;
- Чітко зафіксувати результати дослідження в документальній формі;
- Полегшити контроль якості діагностики.

НОВИЙ ПІДХІД ДО ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В УМОВАХ ПОСТІЙНОГО ТЕХНОГЕННОГО ВПЛИВУ

Резніченко Ю. Г., Ярцева М. О.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

В наших попередніх роботах показано зростання частоти дисбактеріозу слизових оболонок основних біотопів дитячого організму дітей раннього віку в умовах мешкання в екологічно несприятливому регіоні. Саме тому виникла необхідність розробки діагностичного алгоритму прогнозування ризику розвитку дисбіозу кишечника у дітей великого індустріального центру. Ми застосували послідовний аналіз Вальда та розробили загрозо-метричний алгоритм ризику розвитку мікроекологічних порушень у дітей промислового регіону. На основі ретроспективного аналізу 393 індивідуальних карт розвитку дітей раннього віку – мешканців великого промислового міста, визначені основні медико-соціальні, економічні та побутові фактори, що мають значний вплив на розвиток порушень мікробної рівноваги основних біотопів. Так, визначено, що на стан здоров'я дітей раннього віку в першу чергу впливають екологічні умови мешкання, характер вигодовування, матеріальний статок сім'ї та психогенні чинники. На розвиток дисбактеріозу значний вплив має патологічний перебіг антенатального періоду, ускладнення вагітності, стреси під час вагітності, раннє переведення на змішане вигодовування (з 4 міс.) та вигодовування адаптованими сумішами, низький прибуток та погані житлові умови родини, наявність у дитини анемії, проявів харчової алергії, захворювань нервової системи до 1 року, частих ГРЗ та призначення антибіотиків. Серед соціальних чинників найбільший вплив мають робітничі професії матері, вживання батьками алкогольних напоїв, стреси та паління у батька. Постійне носіння памперсів підвищує ризик розвитку дисбактеріозу кишечника у дітей.

Таким чином, на основі послідовного аналізу Вальда визначені основні чинники ризику розвитку мікроекологічних порушень у дітей раннього віку, урахування цих факторів полегшує діагностику порушень мікробіоти та дозволяє розробити комплекс профілактичних заходів по запобіганню розвитку вищезазначених порушень. Подальші наукові дослідження цієї проблеми слід направити на розробку програми профілактики негативного впливу перинатальних медико-соціальних, економічних та побутових загроз з метою гармонізації розвитку та покращення стану здоров'я дітей раннього віку – мешканців великого промислового міста.

ЧАСТОТА ВИЗНАЧЕННЯ АНТИТІЛ ДО МОДИФІКОВАНОГО ЦИТРУЛІНОВАНОГО ВІМЕНТИНУ У ДІТЕЙ ІЗ СУГЛОБОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Ричкова Т.А.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

Захворювання суглобів залишаються однією з актуальних проблем сучасної педіатричної ревматології. За прогнозами ВООЗ до 2020 р. артрити м'яких тканин будуть становити 20% людської популяції. Виявити ранні прояви органічних артропатій та відокремити їх від артралгій функціонального характеру є складним і вкрай важливим процесом у педіатричній практиці. Своєчасна діагностика запальних захворювань суглобів у дітей та їх адекватне лікування сприяють попередженню інвалідизації хворих і поліпшенню якості життя дітей.

Наріжним каменем дебюту артриту, його перебігу та наслідків – є стартова імунна відповідь дитячого організму на інфекцію: відбудеться елімінація збудника чи розв'ється патологічна реакція, у тому числі аутоімунна.

Відомо, що одним із механізмів, здатним брати участь у виникненні запального процесу, є активація цитрулінування, у тому числі синовіальних білків. У разі розвитку патологічної гуморальної відповіді на ці білки починається синтез різних видів антитіл (АТ) до цитрулінованих білків. У цьому контексті обговорюється роль АТ до модифікованого цитрулінованого віментину (АМЦВ) для діагностики ревматоїдного артриту як у дорослих, так і у дітей, як нового імунологічного маркера.

Метою даної роботи було визначення частоти підвищення рівня АМЦВ у 61 дитини із суглобовою патологією віком від 2 до 16 років – у 29 (47,5%) пацієнтів із РеА та 32 (52,5%) із ЮРА, які знаходились на стаціонарному лікуванні в лікувальних закладах міста Луганська.

Для оцінки рівня АМЦВ у сироватці крові використовували метод непрямого твердофазного імуноферментного аналізу «ELISA» за допомогою апарату «LABLINE» з використанням тест-систем фірми виробника «ORGenTec GmbH» (Німеччина), референтні негативні значення менше 20 Од/мл.

Отримані результати свідчили, що у дітей із РеА рівень АМЦВ коливався від 5,56 до 252,58 Од/мл, і в середньому становив $43,69 \pm 11,29$ Од/мл. У 19 (65,5%) дітей із РеА рівень антитіл до МЦВ перевищував 20 Од/мл (середній показник становив $60,56 \pm 14,41$ Од/мл).

Серед пацієнтів із ЮРА позитивні показники АМЦВ виявлені у 17 (53,1%) дітей (середній показник у даній підгрупі становив $60,72 \pm 25,04$ Од/мл, мінімальний і максимальний показники відповідно – 20,66 і 380,25 Од/мл). Загальний середній показник по групі у дітей із ЮРА становив $37,01 \pm 16,58$ Од/мл.

При індивідуальному аналізі встановлено, що максимальні показники рівня АМЦВ спостерігались у дітей з високим рівнем активності запального процесу, як в дебюті захворювання, незалежно від нозологічної приналежності, так і при загостренні захворювання. Показник суттєво знижується при лікуванні.

Таким чином, підвищений рівень АМЦВ виявлено у 65,5% дітей із РеА та 53,1% дітей із ЮРА ($P > 0,05$). Рівень АМЦВ є динамічним показником, що коливається в залежності від активності процесу і змінюється на тлі лікування. Є доцільним вивчити питання щодо можливості використання даного показника як критерію клініко-лабораторної ремісії суглобової патології у дітей.

МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СТАТУС У ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Рогальська Я.В., Банадига Н.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль

У дітей перших років життя висока інтенсивність обмінних процесів, швидкі темпи росту, що вимагає адекватної нутритивної підтримки для закладки «фундаменту» здоров'я, повноцінного формування і функціонування усіх органів та систем, диференціювання тканин мозку, нормального перебігу психічних процесів та фізіологічних темпів становлення імунної системи. Дефіцит есенціальних для імунної системи мікроелементів, а особливо таких як заліза, цинку, міді, йоду, марганця та інших, призводить до клінічно значимих розладів імунної системи зі зниженням активності клітин, які беруть участь в неспецифічних і специфічних механізмах протипатогенного захисту. Від збалансованого надходження мікро- та макроелементів залежить перебіг більшості біохімічних реакцій організму та субклітинного метаболізму. Мікроелементний баланс в організмі в першу чергу залежить від фізіологічно повноцінного харчування. Дисмікроелементози можуть тривало перебігати безсимптомно, або ж мати неспецифічні симптоми, тому існує необхідність дослідження мікроелементного статусу організму.

Метою дослідження було обстежити дітей раннього віку, що перебувають на постійному проживанні в Тернопільському обласному спеціалізованому будинку дитини в порівнянні із дітьми аналогічного віку, що доглядаються і виховуються батьками. Оцінювали анамнез харчування та проводили загальний аналіз крові, біохімічне дослідження сироватки крові з визначенням концентрації заліза, міді, цинку та магнію, загальної залізо зв'язуючої здатності крові.

Групу дослідження склали 20 дітей віком до 3-х років, з них: 14 – вихованці сиротинця, 6 – «домашні» діти. Харчування дітей, що перебувають у сиротинці, можна оцінити як раціональне: у випадку штучного вигодовування використовуються адаптовані молочні суміші, харчові прикорми і добавки вводять адекватно віку, діти щоденно отримують м'ясні продукти, один раз в тиждень печінку і рибу, щоденно соки, овочі і фрукти, каші, яйця, кисломолочні продукти. Харчування «домашніх» дітей також оцінено в основному як раціональне.

Нами обстежено 14 соматично здорових дітей сиротинця: 12 дівчаток та 2 хлопчики. Від першої вагітності народжено 3 дитини, від другої – 3, а решта 57,1% – від послідовних вагітностей. На час оформлення в будинок дитини трьом виповнився 1 місяць, 50% дітей були від 1-го до 12-ти місяців, троє – старше року, одна – старше 2-х років. На момент обстеження розподіл дітей за віком наступний: 2 (14%) дітей – до року, 4 (28,6%) – від 1-го до 2-х років, 8 (57,1%) – від 2-х до 3-х років. В загальному аналізі крові усіх обстежених рівень гемоглобіну (129,23±5,25)г/л та еритроцитів (3,95±0,28)Ч10⁹/л сягав фізіологічного рівня, в усіх відмічався фізіологічний відносний лімфоцитоз. В сироватці крові дітей із сиротинця рівень заліза становив (14,23±1,89)мкмоль/л, загальна залізо зв'язуюча здатність крові – (59,20±4,65) мкмоль/л, міді – (13,76±1,78)ммоль/л, цинку – (15,2±1,911)ммоль/л, магнію – (0,87±0,05)ммоль/л, що не мало істотної різниці із аналогічними показниками дітей раннього віку, які виховуються батьками. Зокрема, рівень гемоглобіну в них (125,32±5,23)г/л та сироваткового заліза (13,95±1,99)мкмоль/л були ідентичними.

Отже, адекватне повноцінне різноманітне харчування, збалансоване за основними інгредієнтами, яке забезпечується в умовах будинку дитини та батьками, спроможне підтримувати належний рівень мікроелементного статусу організму.

ПРОГНОЗУВАННЯ СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З РЕАКТИВНИМИ АРТРИТАМИ

Савво В.М., Яновська К.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

На підставі проведених досліджень нами розроблена модель: стан гепатобіліарної системи у дітей з реактивним артритом (РеА).

Метою нашої роботи було визначити можливості прогнозування стану печінки у дітей з реактивними артритами.

Нами було обстежено 150 хворих: 75 хлопчиків, 75 дівчаток з реактивним артритом.

Технологія прогнозування стану гепатобіліарної системи у дітей полягає в тому, що за інформативними показниками (в даному випадку АЛТ, АСТ і концентрація β-ліпопротеїдів) з використанням логічного рівняння розраховується функція приналежності до кластеру.

Для практичного застосування нами були побудовані рівняння регресії, які дозволяють швидко класифікувати дитину до відповідної групи за значеннями показників АЛТ, АСТ концентрації β-ліпопротеїдів.

Після віднесення дитини до відповідного кластеру необхідно застосовувати тактику лікування відповідно до прогнозованого стану.

Аналіз результатів кластеризації дозволив встановити, що до першого кластеру віднесені діти з високими значеннями досліджених показників, що вказує на наявність загрози розвитку патології печінки. До другого кластеру віднесені діти з низькими значеннями досліджуваних показників. Можна відзначити, що обсяг першого кластера складає лише 21% від обсягу дослідженої групи хворих РеА, так що в основній масі дітей (79%) прогноз стану печінки є сприятливим.

Цікаві результати були отримані при дослідженні значень біохімічних показників крові дітей, віднесених до першого і другого кластеру (табл.1). З даної таблиці видно, що до першого кластеру віднесена група дітей, загрозлива не тільки з патології печінки, а й з функціональної патології підшлункової залози, на що вказує перевищення норми амілази майже у третини дітей.

Таблиця 1

Розподіл дітей в кластерах залежно від перевищення вікових норм значень біохімічних показників, що характеризують стан печінки та підшлункової залози, (%)

Біохімічні показники крові	Кластери	
	1 (n=34)	2 (n=116)
Концентрація β-ліпопротеїдів	7 (21±7)	-
Рівень АЛТ	7 (21±7)	-
Рівень АСТ	28 (82±7)	18 (16±3,4)* (p<0,0001)
Показник тимолової проби	3 (9±6)	10 (9±7,5)
Концентрація амілази	10 (29±8)	15 (13±3)

Примітка: * – відмінності в частоті дітей з підвищеним рівнем АСТ між першим і другим кластером достовірні.

Таким чином, побудова даної моделі дала нам можливість виділити групу дітей загрозливу з функціональної патології печінки у дітей з РеА.

ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЯГНЕННЯ КОНТРОЛЮ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПІЗНІМ ДЕБЮТОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Сажин С.І., Безрукова І.У., Друмова Н.С., Питлик-Ященко М.О., Ремовська Н.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Бронхіальна астма (БА) розглядається як хронічне запальне захворювання дихальних шляхів. Патогенетична терапія її спрямована на пригнічення локального запалення бронхів. Обсяг базисного лікування залежить від тяжкості (при ініціальному призначенні) або рівня контролю (при вирішенні подальшої тактики). Проте наразі на обсяг профілактичної терапії, згідно регламентуючих документів, не впливає активність місцевих запальних змін. Також нез'ясованим залишається питання обсягу базисного лікування залежно від фенотипу захворювання.

Мета роботи – вивчити активність місцевого запалення дихальних шляхів у дітей шкільного віку, хворих на персистувальну БА пізнього початку шляхом визначення концентрації монооксиду нітрогену (NO) в конденсаті повітря, що видихається (КПВ), для покращання індивідуалізованого підходу до контролювальної терапії.

Матеріал і методи дослідження. На базі пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) з дотриманням принципів біоетики обстежено 65 пацієнтів шкільного віку, хворих на персистувальну БА. Усі пацієнти впродовж останніх трьох місяців отримували базисну терапію у формі інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС). За віком початку проявів симптомів БА сформовано дві клінічні групи спостереження. До першої (I) групи увійшли 32 пацієнти, яким діагноз БА виставлено до 6-річного віку, другу (II) склали 33 школярі, в яких хвороба проявилася після шести років. За основними клінічними показниками (стать, вік, місце проживання) групи спостереження були зіставлені. Рівень метаболітів монооксиду нітрогену в КПВ визначали за Н.Л. Ємченком та співавт. (1994) у модифікації А.І. Гоженка (2002). Результати аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати та їх обговорення. Установлено, що середній рівень метаболітів NO в КПВ пацієнтів I клінічної групи достовірно нижче (38,16 мкмоль/л при 95% ДІ в межах 33,38-42,95 мкмоль/л) порівняно зі школярами II групи (46,10 мкмоль/л при 95% ДІ в межах 40,62-51,57 мкмоль/л), $P < 0,05$, що свідчило про більш активне локальне запалення дихальних шляхів у пацієнтів з фенотипом БА пізнього початку. Відносний ризик більш високої концентрації метаболітів NO в КПВ (вище 35,00 мкмоль/л) при БА пізнього початку становив 1,46 (95% ДІ 1,01-2,11), атрибутивний ризик – 18,01% при співвідношенні шансів – 2,07 (95% ДІ 0,73-5,85).

Висновки. У пацієнтів з фенотипом БА пізнього початку, на відміну від школярів з маніфестацією симптомів до 6-річного віку, спостерігається більш виразне запалення дихальних шляхів, яке визначається вищою концентрацією метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті повітря, що видихається. Дітям, хворим на персистувальну БА пізнього початку для досягнення контролю над захворюванням, необхідно проводити базисну терапію за принципом «сходінка вгору».

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН М'ЯЗОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Сарчук О.В., Каладзе М.М.

ДУ "Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського", м. Сімферополь

Метою дослідження стало вивчення функціонального стану нерво-м'язового апарату у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА). Рівень функціональних можливостей нейромоторного апарату оцінювали методом електроміографії при тонічних навантаженнях і максимальному довільному скороченні. Реєстрація сумарної ЕМГ проводилася на нейроміоаналізаторі НМА-4-01 "Нейромиан" фірми "Медиком ЛТД" (Росія).

Аналіз амплітудно-частотних характеристик передніх великогомілкових (ПБМ) і литкових м'язів (ЛМ) проводили відносно показників норми при максимальних довільних скороченнях і при тонічних навантаженнях (визначали середні амплітуди коливань біопотенціалів м'язів в мкВ).

У ході вивчення показників електрогенезу ПБМ і ЛМ у здорових дітей встановлено: показник електрогенезу ПБМ склав: справа – 812,6±27,1 мкВ, зліва – 806,5±16,5 мкВ; ЛМ – справа – 755,5±21,9 мкВ, зліва – 760,7±20,8 мкВ.

Порівняльний аналіз показників електрогенезу ПБМ виявив зниження БА відносно групи здорових дітей у 114 (81,4 %) хворих; БА ЛМ – у 126 (90,0 %) досліджених дітей з ЮРА.

Так, показники електрогенезу ПБМ у хворих на ЮРА склали: справа – 442,8±20,63 мкВ ($p < 0,001$), зліва – 455±22,17 мкВ ($p < 0,001$); БА ЛМ – справа – 348,6±48,23 мкВ ($p < 0,001$), зліва – 420,9±62,51 мкВ ($p < 0,001$).

Розподіл хворих дітей залежно від міри зниження електрогенезу ПБМ(мкВ) наступний: в межах значень норми відносно здорових дітей справа – у 26 (18,7 %), зліва – у 33 (23,6 %) досліджених; помірне зниження відзначалося – справа – у 68(48,6 %), зліва – у 54 (38,6 %) хворих; значне зниження показників виявлене справа – у 46 (32,7 %), зліва – у 53 (37,8 %) дітей з ЮРА.

Розподіл дітей з ЮРА залежно від міри зниження електрогенезу ЛМ (мкВ) наступний: значення в межах діапазону норми виявлені справа – у 14 (10,0 %), зліва – у 20 (14,3 %) досліджених; помірне зниження відзначається – справа – у 48 (34,3 %), зліва – у 66 (47,1 %) дітей з ЮРА; значне зниження показників виявлене справа – у 78 (55,7 %), зліва – у 54 (38,6 %) хворих.

Таким чином, при вивченні біоелектричної активності ПБМ і ЛМ у дітей з ЮРА виявлено достовірне ($p < 0,001$) зниження функціональних можливостей м'язів гомілки, що свідчило про розвиток дисфункції м'язової тканини (ДМТ). Отримані дані обґрунтовують доцільність розробки методів корекції ДМТ у хворих ЮРА на різних етапах реабілітації.

КОНЦЕПЦІЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЯК ЗАСІБ РОЗРОБЛЕННЯ СУЧАСНИХ ЕФЕКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІДВИЩЕННЯ АДАПТАЦІЙНИХ РЕСУРСІВ ОРГАНІЗМУ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ, ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

Сергета І.В., Стоян Н.В., Дунець І.Л., Мостова О.П., Панчук О.Ю., Сергета Д.П.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця

Тенденції, властиві для останнього часу, переконливо засвідчують той факт, що у сферу сучасної медицини поступово, однак неухильно, входять новітні діагностичні, оздоровчі, корекційні та реабілітаційні технології, невід'ємною рисою яких є яскраво виражений профілактичний характер. Однією з таких технологій слід вважати запровадження інноваційних підходів до оцінки стану здоров'я дітей, підлітків та молоді на підставі визначення якості життя досліджуваних осіб та їх батьків.

У цьому контексті необхідно відзначити, що якість життя являє собою інтегральну характеристику особливостей фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування організму людини, яка цілком адекватно відтворює її суб'єктивне сприйняття власного соматичного та психічного стану у безпосередньому зв'язку з фактичним станом здоров'я. Проте на сьогоднішній день основними галузями запровадження сучасних підходів до оцінки якості життя є стандартизація існуючих та експертиза нових методів лікування, підвищення якості експертизи нових фармацевтичних засобів тощо. Водночас використання основних положень концепції якості життя у практиці профілактичної медицини є епізодичним явищем.

Метою наукової роботи є обґрунтування перспектив використання концепції якості життя для розроблення сучасних ефективних технологій підвищення адаптаційних ресурсів організму та запобігання найбільш поширених захворювань серед дітей різного віку, підлітків та молоді.

Дослідження проводились на базі загальноосвітніх шкіл м. Вінниця, Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Для визначення особливостей якості життя досліджуваних осіб та їх батьків використовувався опитувальник "SF-36 Health Status Survey".

Установлено, що до числа показників, які мають найбільш суттєвий зв'язок з провідними характеристиками соціально-психологічної, психофізіологічної і психічної адаптації дітей різного віку, підлітків і молоді, необхідно віднести показники за шкалою General Health (GH), що відображує особливості якості життя на підставі визначення загального стану здоров'я, за шкалою Physical Functioning (PF), що відображує особливості фізичного функціонування організму, за шкалою Role-Physical (RP), що відображує особливості впливу фізичного стану на особливості рольового функціонування, а також за шкалою Social Functioning (SF), що відображує особливості соціального функціонування організму.

Показники якості життя відзначаються вагомою прогностичною значущістю та являють собою невід'ємні чинники достовірного імовірного передбачення змін у стані здоров'я, що можуть мати місце в умовах впливу як патологічних зрушень, зумовлених хворобою, так і несприятливих чинників навколишнього середовища та умов життя. Отримані результати засвідчують цілком адекватний характер використання виявлених взаємозв'язків показників якості життя та провідних характеристик соціально-психологічної, психофізіологічної і психічної адаптації організму для планування та запровадження комплексу заходів психогігієнічної корекції його функціонального стану і особливостей особистості, що забезпечує як підвищення адаптаційних ресурсів організму, так і збереження здоров'я та збільшення якості життя дітей від періоду новонародженості до досягнення повноліття.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ТЕХНОГЕННО ЗАБРУДНЕНОГО ДОВКІЛЛЯ НА МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СКЛАД ВОЛОССЯ ТА ДИНАМІКУ ДИТЯЧОЇ ОНКОПАТОЛОГІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Скалецька Н.М., Мудра І.Г., Ямка Я.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Ефективне профілакування пошкоджуючого впливу факторів довкілля на всі ланки метаболізму дитячого організму, як найбільш чутливого, досягається розробкою поетапних заходів вивчення та аналізу залежності малоінвазивних показників донозологічних зрушень мікроелементного складу волосся. Онкозахворюваність, в першу чергу дитячих контингентів, є свідченням антропогенного забруднення середовища, а її зростання потребує діяльних підходів до охорони навколишнього середовища. На дестабілізацію екологічної ситуації у Львівській області впливають потужні виробництва гірничодобувної, нафтопереробної, хімічної, паперово-целюлозної, машинобудівної промисловості з їх недосконалими енерго- та ресурсозатратними технологіями. За останні 10 років в пробах атмосферного повітря, ґрунту та води констатуються постійне перевищення гранично-допустимих концентрацій в різних промислово розвинених районах на 10%-27,2%, що складає в середньому 10%-12% відсотків по області з тенденцією до зростання по роках.

Мікроелементограми волосся дітей забруднених районів виявили значні відхилення вмісту есенціальних мікроелементів: марганець – у 74,19 % проб, селен – у 61,29 %, йод лише у 4 %, поряд з наявністю токсичних елементів: стронцію та свинцю у 100 % елементограм, кадмію – у 83,87 % та ртуті – у 11,29 %. Кальцій в межах референтних значень визначався всього у волосі 12,6 % дітей, цинк – у 33,9 %, залізо – у волосі 76,2 %, селену – у 62,2 %. У 66,1 % обстежених дітей виявлено підвищену концентрацію стабільного стронцію, з них у 14,6 % його вміст перевищував референтні значення у три рази. Отримані результати свідчать про ризик виникнення в обстеженого контингенту дітей синдрому екологічної дезадаптації.

Ріст рівня онкопатології і зміни в її структурі, в першу чергу серед дитячих контингентів населення, вимагають встановлення територіальних закономірностей її формування в сучасних соціально-економічних умовах, що склалися на території Львівської області. Серед дитячих контингентів загрозливим є ріст числа онкопатології крові, раку щитоподібної залози, сарком. Причинами зростання числа онкопатології серед дитячих контингентів є високий ступінь антропогенного забруднення довкілля, перевага "міського стилю життя", неякісне харчування, низькоефективна профілактична медична допомога на місцях. За останні 10 років питома вага онкопатології серед зареєстрованих захворювань коливалася в межах 0,2 %-0,3 % (серед дітей); 0,3 %-0,7 % (серед підлітків) і мала тенденцію до зростання з 4,2 % – до 6,2 %. За 10 років рівень онкозахворюваності теж зростав по роках із 1,5 на 1000 дітей до 1,8, що складало високий ріст серед всіх нозологій з 3,9 до 4,2. Викликає занепокоєння захворюваність на онкопатологію серед підлітків (на 1000 підлітків) яка зросла за 10 років у Львівській області в середньому на 18% з 3,8 до 4,4. Показники онкопатології дитячих та підліткових контингентів області дещо різнилися в сільського та міського населення і в останнього контингенту були на 2 % – 17 % вищими.

Слід зазначити, що показники мікроелементограм демонструють перспективність застосування спектрального аналізу волосся для визначення надходжень елементів в організм дитини і є об'єктивними критеріями екзогенної дії довкілля та ендекологічного стану організму. Загальна закономірність територіального розподілу онкопатології виявляється у Львівській області вірогідно ($p < 0,05$) більшою у техногенно розвинених районах області, де максимально проявлялися екологічні та соціально-економічні фактори ризику у Сокальському, Стрийському, Миколаївському, Жидачівському районах.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ З ТОНЗИЛОГЕННИМИ УРАЖЕННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Сміян О.І., Мозгова Ю.А.

Сумський державний університет, м. Суми

Проблема хронічного тонзиліту є актуальною на сучасному етапі, що зумовлено широкою розповсюдженістю даного захворювання, особливо серед дітей та осіб молодого віку, а також ймовірністю розвитку серйозних ускладнень та хронічних захворювань, перш за все з боку серцево-судинної системи. За останні роки зросла квота неzapальних уражень серця тонзилогенного ґенезу. Хоча в дитячому віці ці захворювання майже не призводять до виникнення серцево-судинної недостатності, але вони обмежують адаптаційні можливості дитячого організму та знижують працездатність у подальшому.

У виникненні хронічного тонзиліту та тонзилогенної кардіальної патології важлива роль належить стану загальної і місцевої реактивності макроорганізму.

Мета дослідження: вивчення стану клітинного та гуморального у дітей з тонзилогенними ураженнями серцево-судинної системи.

Було обстежено 56 дітей з хронічним тонзилітом віком 6-18 років, що знаходились на лікуванні у педіатричному відділенні Сумської міської клінічної лікарні. Групу I склали хворі з хронічним тонзилітом та вторинною кардіопатією (30 дітей), групу II – з хронічним тонзилітом без ураження серцево-судинної системи (26 дітей), групу III – 20 практично здорових дітей відповідного віку і статі. Всім дітям проводили загальноклінічне обстеження, оцінку стану імунітету. В результаті дослідження серед дітей групи I було встановлено достовірне підвищення IgM у (33,33±8,75) % хворих, IgG – у (36,67±8,95) %, CD8 у (40,00±9,10) %, та зниження CD3 – у (23,33±7,85) % (P<0,05) у порівнянні з пацієнтами групи II та III. Так, у дітей з хронічним тонзилітом без ураження серцево-судинної системи підвищення CD8 відмічалось лише у (15,38±7,22) %, IgM та IgG – у (11,54±6,39) %, зниження CD3 – у (3,85±3,85) %. Зміни таких показників, як CD4, O-клітин, імунорегуляторного індексу (співвідношення CD4/CD8) у дітей досліджуваних груп були не достовірними.

Отже, зміни імунного статусу у дітей з вторинними кардіопатіями були більше виражені, ніж у дітей, хворих на хронічний тонзиліт без ураження серцево-судинної системи та проявлялися підвищенням CD8, IgM та IgG, зниженням CD3. Такі зміни можуть свідчити про розвиток дисадаптаційних процесів в організмі та порушення імунологічної резистентності у дітей I групи дослідження.

Таким чином, хронічний тонзиліт має несприятливий вплив на серцево-судинну систему у дітей, пригнічує захисні та компенсаторні реакції дитячого організму. Тому, для ранньої діагностики хронічного тонзиліту та вторинної кардіопатії є раціональним визначення імунного статусу, зміни якого можуть слугувати додатковою ознакою тонзилогенного ураження серцево-судинної системи та призначення відповідного лікування у дітей.

ЛЕЙКОЦИТАРНІ ІНДЕКСИ В ДІАГНОСТИЦІ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Сміян О.І., Василюшин Х.І.

Сумський державний університет, м. Суми

Гостра позагоспітальна пневмонія (ПП) є одним з найпоширеніших захворювань дітей. Цьому сприяє імунологічна, функціональна і анатомічна незрілість організму дитини, а також широкий діапазон збудників захворювання. До групи високого ризику захворюваності відносяться діти раннього віку. Саме у таких хворих пневмонія нерідко перебігає тяжко, атипово, що утруднює її діагностику і своєчасний початок терапії. Пізня діагностика, несвоєчасна корекція патологічних порушень викликає ускладнення і несприятливий результат захворювання.

Відповідно до експертної оцінки захворюваність на пневмонію у дітей в залежності від віку коливається в значних межах – від 4 до 20 випадків на 1000 дітей віком від 1 місяця до 15 років. Що стосується летальності від пневмонії, то особливо високим цей показник є серед дітей до року, коливаючись в залежності від регіону України в межах від 1,5 до 6 на 10000 дітей, а в структурі смертності дітей першого року життя захворювання органів дихання складають 3-5 %.

В зв'язку з цим, в останні десятиріччя активно вивчається можливість використання різноманітних лабораторних показників для об'єктивної оцінки важкості стану дітей та розвитку ендотоксикозу при інфекційно-запальних захворюваннях.

Основна частина. Метою нашої роботи є вивчення та розрахування інтегративних показників ендогенної інтоксикації, вивчення можливості їх використання для діагностики негоспітальних пневмоній у дітей раннього віку.

На базі Сумської міської дитячої клінічної лікарні ім. Св. Зінаїди, інфекційного відділення № 1 були проведені лабораторні дослідження крові 69 дітей у віці від одного місяця до трьох років, які перебували на лікуванні у даному відділенні за період від 2010 по 2011 роки.

Використовуючи інтегративні показники ендогенної інтоксикації обчислювали три індекси: зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК), лейкоцитарний індекс інтоксикації за Я.Я. Кальф-Каліфом (ЛІІ) та представлений Д.О. Івановим, Н.П. Шабаловим та співавторами індекс імунореактивності (ІІР).

ІЗЛК відображає збільшення в крові дітей еозинофілів, базофілів паличкоядерних та сегментоядерних нейтрофілів, що в свою чергу підтверджує розвиток інтоксикації та бактеріальної агресії на організм дитини. При ПП, в період розпаду захворювання, відмічалось достовірне збільшення цього індексу у дітей до 1,01 0,06. В періоді реконвалесценції ІЗЛК знижався до 0,62 0,04 (p<0.001).

ІІР відображає участь клітин, які продукують цитокіни в імунній відповіді при запаленні. Чим цей індекс вище, тим більше в кровеносному руслі клітин-продуцентів цитокінів, що свідчить про підвищення імунологічної реактивності організму дітей. В період розпаду захворювання ІІР у хворих дітей значно підвищувався – 33,26 1,83 (p<0,05). Після проведеного лікування даний індекс становив 23,56 1,34.

Лейкоцитарний індекс інтоксикації також відображає ступінь розвитку ендотоксикозу. При поступленні до стаціонару у дітей із ПП ЛІІ збільшувався до 0,65 0,07 (p<0,05). При виписці ЛІІ достовірно знижався до показника 0,21 0,02.

Висновок. Таким чином, застосування інтегральних показників лейкоцитарної формули периферичної крові у комплексі лабораторних досліджень дозволить розширити можливості отримання додаткової інформації про стан ендогенної інтоксикації та імунологічної реактивності організму при позагоспітальних пневмоніях у дітей раннього віку.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Сміян І.С.1, Павлишин Г. А.1, Сарапук І. М.1, Філюк А. П.2, Решетука О.В.2, Волошин О. Я.2

1ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського», м. Тернопіль

2КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня», м. Тернопіль

Хвороби органів дихання займають одне з провідних місць у структурі захворюваності дитячого населення. Однією з частих і важких форм ураження органів дихання є пневмонія, яка стійко посідає одне з перших місць серед хвороб дітей раннього віку, що обґрунтовує подальший пошук резервів удосконалення діагностики та лікування даної патології на основі глибокого вивчення патогенетичних особливостей.

Одним з патогенетичних механізмів інфекційно-запального процесу є розвиток окисного стресу – дисбалансу між прооксидантними та антиоксидантними системами, який формується за умов надмірної генерації активних форм кисню (АФК), зумовлюючи мембранодеструктивні зміни внаслідок активації вільнорадикального окиснення ліпідів. Патогенез гострого запалення залежить від функціональної активності нейтрофілів, які виконують мікробіцидні функції шляхом продукції АФК. Гіперпродукція АФК в нейтрофілах може призвести до порушення функцій, пошкодження та загибелі клітин внаслідок розвитку окисного стресу.

Метою нашої роботи було вивчити вплив АФК на процеси загибелі нейтрофілів шляхом некрозу при негоспітальних пневмоніях у дітей раннього віку. Під нашим спостереженням перебувало 43 дитини віком до 1 року з діагнозом негоспітальної пневмонії, які знаходилися на лікуванні обласній дитячій клінічній лікарні. У 27 дітей діагностовано пневмонію середнього ступеня важкості (І група), у 16 – важкий перебіг пневмонії (ІІ група). Отримані дані порівнювали з показниками 10 здорових дітей відповідного віку та статі.

Було виявлено, що продукція АФК у дітей з негоспітальними пневмоніями значно перевищує показники у здорових дітей та корелює з тяжкістю захворювання. Даний показник у дітей І групи становить $18,2 \pm 2,31$ УОФ, у ІІ групі – $24,11 \pm 3,27$ УОФ, та перевищує контрольний показник ($10,4 \pm 1,15$ УОФ) у 1,75 та 2,3 раза відповідно.

Одним із найважливіших редокс-залежних процесів є загибель імунокомпетентних клітин шляхом некрозу. Так, рівень некрозу нейтрофілів у дітей з пневмонією корелює з тяжкістю захворювання. Його показник у дітей І групи становить $0,51 \pm 0,12\%$, у ІІ групі – $1,20 \pm 0,25\%$, та перевищує контрольний показник ($0,29 \pm 0,05\%$) у 1,75 та 4,1 раза відповідно.

Вищеприказані результати свідчать про те, що, залежно від ступеня тяжкості негоспітальної пневмонії, відмічається збільшення продукції АФК. В свою чергу, кисневі радикали чинять значний індукуючий вплив на процеси некрозу нейтрофілів, що потребує відповідної корекції для зменшення глибини патофізіологічних процесів.

СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Сміян О.І., Горбась В.А., Січненко П.І., Бинда Т.П., Романюк О.К., Васильєва О.Г.

Сумський державний університет, м. Суми

Негоспітальні пневмонії (НП) у дітей є актуальною проблемою в педіатрії, оскільки дана патологія є найбільш поширеною патологією дитячого віку. За останні роки відмічається тенденція до тяжкого, ускладненого перебігу хвороби, що нерідко призводить до розвитку хронізації запального бронхолегеневого процесу. Це пов'язано насамперед з широким неконтрольованим застосуванням антибіотиків і, як наслідок, виникненням нових штамів бронхолегеневих патогенів, коли пневмонії не піддаються лікуванню традиційними антибактеріальними засобами.

У той же час, незважаючи на чисельні дослідження імунологічного статусу при пневмоніях, вони мають суперечливий характер. Особливо це стосується вікових змін імунологічних показників при НП у дітей раннього шкільного віку та підлітків у залежності від етіологічних чинників, від тяжкості хвороби.

Метою нашої роботи було вивчення стану гуморальної ланки імунітету у дітей шкільного віку, хворих на НП. У зв'язку з цим, нами проведено визначення концентрації імуноглобулінів у 112 дітей у віці від 6 до 18 років. Контрольну групу склали 35 умовно здорових дітей. Дослідження проводили в гострий період захворювання (1–2 день госпіталізації до стаціонару) і в період стабільного покращання та відміни антибактеріальної терапії (10–14 день).

Аналіз отриманих результатів дослідження гуморального імунітету в цілому, незалежно від віку і тяжкості НП у дітей, у порівнянні з аналогічними показниками дітей контрольної групи показав, що у хворих на пневмонію в гострий період виявилось достовірне збільшення рівня імуноглобулінів М ($1,51 \pm 0,03$ г/л), G ($14,22 \pm 0,36$ г/л) та А ($2,54 \pm 0,07$ г/л), ($p < 0,001$).

Дослідження імунологічного статусу, проведені в динаміці захворювання (в період стабільного покращання стану, після проведеної антибіотикотерапії), показали, що імунологічні показники у дітей з НП були відмінними від імунологічних показників у дітей в гострому періоді при НП і мали тенденцію до нормалізації (IgM – $1,16 \pm 0,009$ г/л, IgG – $12,30 \pm 0,23$ г/л, IgA – $1,93 \pm 0,04$ г/л відповідно, $p > 0,05$), проте їх величини не досягали показників дітей контрольної групи (IgM – $0,88 \pm 0,03$ г/л, IgG – $11,09 \pm 0,31$ г/л, IgA – $1,72 \pm 0,06$ г/л відповідно) і займали середнє значення між імунологічними показниками здорових і дітей з пневмоніями в гострому періоді хвороби.

Отже, отримані результати досліджень можуть свідчити про відсутність чіткої залежності між покращанням клінічного стану дитини і нормалізацією показників гуморального імунітету – при задовільному стані і практичній відсутності клінічних проявів захворювання у дітей імунологічні порушення залишаються досить суттєвими, що обумовлює необхідність більш детального нагляду за дітьми з НП в амбулаторних умовах та розробкою індивідуального плану реабілітаційних заходів.

СТАН КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Сміян О.І., Курганська В.О.

Сумський державний університет, м. Суми

Мікрофлора є важливою складовою захисного бар'єру кишечника, яка здійснює регуляцію імунної відповіді на локальному та системному рівнях. Вона діє як антигенний стимул для лімфоїдної тканини кишки, чинячи постійну антигенну дію на імунну систему, індукуючи вироблення імунoglobulinів, інтерферонів, цитокінів, пропердину та комплементу. Відомо багато різних чинників, що можуть спровокувати розвиток дисбактеріозу кишечника у дитини, проте певний інтерес викликає стан кишкової мікрофлори у дітей на фоні певних захворювань, а саме при бронхіальній астмі.

Метою нашої роботи було виявлення стану кишкової мікрофлори у дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму. Для досягнення мети нами було обстежено 85 дітей, віком від 12 до 18 років з відповідним діагнозом. Дослідження проводили в першу добу при госпіталізації до стаціонару в період загострення захворювання. Контрольна група складалась із 40 умовно здорових дітей.

У дітей, хворих на БА, виявлялися значні кількісні зміни анаеробної флори, які характеризувалися зниженням вмісту біфідо- та лактобактерій. Так, кількість біфідобактерій у періоді загострення захворювання була достовірно нижчою – $3,56 \pm 0,16$ lgKYU/г, ніж у здорових осіб $7,23 \pm 0,13$ lgKYU/г ($p < 0,001$). Вміст лактобактерій дорівнював $3,54 \pm 0,19$ lgKYU/г проти $7,76 \pm 0,12$ lgKYU/г в осіб групи порівняння ($p < 0,001$). Відзначалися також якісні й кількісні зміни в популяції ешерихій, які характеризувалися достовірним зменшенням загальної кількості *E.coli* ($5,17 \pm 0,1$ lgKYU/г), порівняно з групою контролю – $6,33 \pm 0,21$ lgKYU/г ($p < 0,001$). При цьому спостерігалось достовірне збільшення вмісту в калі умовно-патогенної мікрофлори (УПМ) (*Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloacae*, *Citrobacter*, *Klebsiella pneumoniae* тощо) – $3,38 \pm 0,15$ lgKYU/г (у дітей групи порівняння – $1,72 \pm 0,52$ lgKYU/г) ($p < 0,01$). Видовий пейзаж УПМ у хворих на бронхіальну астму відрізнявся від такого у здорових осіб. Найчастіше виявлялися гриби роду *Candida*, мікробна кількість яких складала $4,27 \pm 0,16$ lgKYU/г, а у здорових осіб – $1,14 \pm 0,29$ lgKYU/г ($p < 0,01$). Вміст стафілококів (золотистого та гемолізуючого) складав $1,42 \pm 0,21$ lgKYU/г, тоді як у здорових дітей в калі він був відсутній.

Таким чином, отримані нами дані досліджень доводять наявність порушень мікробіоценозу кишечника у дітей, хворих на бронхіальну астму, що проявлялися якісними і кількісними змінами його мікрофлори. Цей факт свідчить про можливу необхідність призначення у складі стандартної терапії пробіотичного препарату з метою корекції даних порушень та покращення в подальшому перебігу основного захворювання.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВПЛИВУ ПЕЛОЇДОТЕРАПІЇ ТА ЕЛЕКТРОСОН-ТЕРАПІЇ НА ВМІСТ ГОРМОНІВ ЕПІФІЗАРНО-ГІПОФІЗАРНО-НАДНИРКОВОЇ ОСІ У ХВОРИХ НА ЮРА

Соболева О.М., Скоромна Н.М.

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

Одне з центральних місць у проблемі ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) як і раніше займають питання комплексної терапії, що включає правильне співвідношення медикаментозного і реабілітаційного лікування. Раціональне поєднання фізичних чинників і апаратної фізіотерапії сприяє підвищенню ефективності проведеної санаторно-курортної реабілітації.

Метою цього дослідження було порівняння впливу електросон-терапії та пелоїдотерапії на вміст гормонів епіфізарної-гіпофізарно-надниркової осі у хворих на ЮРА.

На етапі санаторно-курортної реабілітації нами обстежено 60 дітей (32 хлопчики та 28 дівчаток) з ЮРА у віці від 4 до 16 років. Контрольну групу (КГ) склали здорові однолітки – 20 осіб. Стандартний комплекс лікування був доповнений електросон-терапією (частота 20 Гц, тривалість процедури 30 хвилин, тривалість курсу 10 процедур, через день) і грязьовими апплікаціями на область уражених суглобів (температура сульфідної мулової грязі 38-40 ° С, товщина грязьового шару 4 см, тривалість процедури 10 хвилин, тривалість курсу 8-10 процедур, через день). Визначення рівня гормонів (6-сульфатоксимелатоніна (в сечі), АКТГ і кортизолу (в сироватці крові)) проводили з використанням методу імуноферментного аналізу (ІФА).

Проведене дослідження показало, що у хворих на ЮРА добовий вміст мелатоніну достеменно нижче ($p < 0,001$) у порівнянні з КГ. Також має місце інверсія ритму його секреції. Дослідження стану гіпофізарно-надниркової осі виявило знижену секрецію АКТГ (в 2 рази в порівнянні з КГ). У той же час мало місце статистично значиме ($p < 0,001$) підвищення рівня кортизолу (практично в 2,5 рази вище, ніж в КГ).

Порівняння впливу електросон-терапії та пелоїдотерапії показало, що застосування даних методик призводило до односпрямованих змін в ендокринній системі. Відзначалася тенденція до нормалізації добового вмісту мелатоніну і відновлення його нормального біологічного ритму, але дані показники не досягали рівня, характерного для здорових дітей. Найбільш виражений вплив на змінені біоритми у дітей з ЮРА надавало санаторно-курортне лікування, доповнене електросон-терапією. Корегуючий ефект полягав в достеменному ($p < 0,001$) підвищенні добового вмісту мелатоніну і його нічного рівня ($p < 0,001$), що свідчило про тенденцію до нормалізації ритму його секреції.

Визначалося підвищення рівнів адренокортикотропного гормону (у тих, що отримували додатково електросон-на $10,28 \pm 0,7$ пг / мл і грязьові апплікації на $4,0 \pm 0,74$ пг / мл). Початково підвищений рівень кортизолу мав тенденцію до зниження (у тих, що отримували додатково електросон-на $47,41 \pm 3,58$ нмоль / мл, ($p < 0,05$) і грязьові апплікації на $138,21 \pm 7,53$ нмоль / мл, ($p < 0,05$)). Таким чином, отримані нами дані свідчать про системні ефекти місцевого призначення як грязелікування, так і електросон-терапії, які виражаються в нормалізуючому впливі на гормональний гомеостаз. При цьому електросон більшою мірою впливав на нормалізацію центральних (мелатонін і АКТГ), а пелоїдотерапія периферичних (кортизол) показників.

ВМІСТ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Сокольник С.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У розвитку та перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХДПК) суттєва роль належить змінам функціональної активності імунної системи, а саме цитокинам, які беруть участь у регуляції імунної відповіді, запаленні, заживленні та регенерації тканин. Зміни їх рівня визначають характер перебігу захворювання, можливість розвитку ускладнень, дозволяють спрогнозувати тяжкість перебігу та оцінити ефективність лікування.

Мета роботи – визначити вміст та прогностичну роль інтерлейкінів із різними функціональними властивостями в периферичній крові дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, в різні строки загострення.

Матеріал та методи дослідження. Комплексно обстежено 86 дітей, хворих на ВХДПК (основна група), та 60 практично здорових дітей (група порівняння). Середній вік обстежених склав $12 \pm 2,6$ років. Визначення вмісту інтерлейкінів-1 β , 4, 8 (ІЛ-1 β , ІЛ-4, ІЛ-8) та рецепторного антагоністу інтерлейкіна-1 (ІЛ-1Ra) у сироватці крові дітей проводили шляхом імуноферментного аналізу із застосуванням діагностичних тест-систем ЗАТ «Вектор-Бест» (м. Новосибірськ, Росія) за допомогою імуноферментного аналізатора Stat-Fax-303 (США). Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакета комп'ютерних програм «Statistica 6.0».

Результати дослідження та їх обговорення. Порівняльний аналіз вмісту про- та протизапальних інтерлейкінів у дітей обох груп виявив достовірне підвищення їх концентрації в осіб основної групи (ІЛ-1 β – $\chi^2 = 7,14$, $p < 0,01$; ІЛ-8 – $\chi^2 = 9,26$, $p < 0,01$; ІЛ-4 – $\chi^2 = 6,88$, $p < 0,05$; ІЛ-1Ra – $\chi^2 = 5,92$, $p < 0,05$). Встановлено залежність концентрації інтерлейкінів від стадії захворювання та динаміки виразкового процесу. Так, на ранніх строках загострення захворювання в дітей основної групи в середньому, порівняно із аналогічними показниками в здорових дітей, спостерігалось вірогідне підвищення рівня ІЛ-1 β у 3,3 раза (середня концентрація в групі хворих дітей – $31,81 \pm 0,06$ пг/мл, $p < 0,05$) та ІЛ-8 у 5,9 раза (середня концентрація в групі хворих дітей – $58,87 \pm 0,02$ пг/мл, $p < 0,01$), досягнувши максимуму в період розпалу – достовірне підвищення рівня ІЛ-1 β у 5,4 раза ($p < 0,01$) та ІЛ-8 у 9,8 раза ($p < 0,001$). По мірі стихання запального та посилення регенераторно-відновних процесів вірогідно зросла концентрація ІЛ-4 у 5,2 раза (середня концентрація у дітей основної групи – $37,4 \pm 0,01$ пг/мл, $p < 0,01$) та ІЛ-1Ra в 3,8 раза (середня концентрація в дітей основної групи – $1896,2 \pm 0,4$ пг/мл, $p < 0,05$) та дещо знизилась концентрація ІЛ-1 β та ІЛ-8. Однак, у частини дітей у фазі рубцювання зберігався високий рівень ІЛ-1 β та ІЛ-8, що вказує на тривалий запальний процес та необхідність корекції схеми лікування у зв'язку, можливо, з пригніченням захисних реакцій організму. Виявлені позитивні кореляційні зв'язки між активністю запального процесу та рівнем інтерлейкінів: ІЛ-1 β ($r = 0,58$, $p < 0,05$), ІЛ-8 ($r = 0,63$, $p < 0,01$), ІЛ-4 ($r = 0,49$, $p < 0,05$), ІЛ-1Ra ($r = 0,56$, $p < 0,05$). Отримані результати дозволяють розглядати підвищену продукцію вищевказаних інтерлейкінів як маркер характеру перебігу захворювання та активності запального процесу.

Отже, визначення цитокинового профілю дозволяє не лише оцінити динаміку патологічного процесу, але й спрогнозувати характер перебігу захворювання та завчасно скоригувати тактику лікування.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ

Сорокман Т.В., Остапчук В.Г., Хлуновська Л.Ю.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Протягом останніх десятиліть відзначається тенденція до неухильного зростання кількості хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДК). Дані літератури свідчать, що на виразкову хворобу страждають від 4 до 20% дитячого населення.

Незважаючи на "революцію" в гастроентерології, пов'язану з відкриттям бактерії *Helicobacter pylori* (НР), визнанню її провідної ролі у виникненні, рецидивуванні та прогресуванні хвороб органів гастроудоденальної зони, численні патогенетичні механізми розвитку ВХДК залишаються до кінця не вивченими. В останні роки отримано численні клініко-експериментальні дані, які свідчать, що в розвитку ВХДК вирішальну роль відіграє патогенна дія НР на імунну систему людини. Тривала персистенція НР у слизовій оболонці шлунка і дванадцятипалої кишки викликає розвиток як локальних імунозапальних процесів, так і системної імунної відповіді з ушкодженням слизової оболонки й підтримки хронічного запалення, що є важливим механізмом ульцерогенезу.

Мета дослідження – удосконалення діагностики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

Діагноз ВХДК встановлювали на підставі анамнестичних даних, клінічних проявів, результатів езофагогастроудоденоскопії (ЕГДС) з виконанням прицільної біопсії слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, морфологічного дослідження, внутрішньошлункової рН-метрії, ультразвукового дослідження органів черевної порожнини. Всього обстежено 122 хворих. У сироватці крові інтерлейкіни (ІЛ-1 β і ІЛ-4) визначали кількісним імуноферментним аналізом у 60 дітей. Клінічна картина ВХДК в період загострення характеризується наявністю больового (96,7% хворих) і диспептичного синдромів (85,2% пацієнтів), характерною ендоскопічною картиною (рубцево-виразкова деформація цибулини дванадцятипалої кишки, ознаки загострення гастродуоденіту – гіперемія, набряку, осередкової еритеми, застійною слизовою).

Усі хворі залежно від ступеня обсіменіння *Helicobacter pylori* були розподілені на 3 групи: I група – зі слабким ступенем обсіменіння НР (+) – 33 хворих (27%); II група – із середнім ступенем обсіменіння НР (++) – 43 хворих (35,3%); III група – з високим ступенем обсіменіння НР (+++) – 46 хворих (37,7%).

При дослідженні інтерлейкінів значення ІЛ-1 β і ІЛ-4 у всіх обстежених хворих вірогідно ($p < 0,001$) перевищували відповідні показники в осіб контрольної групи. У першій групі зі слабким ступенем обсіменіння НР (+) ІЛ-1 β і ІЛ-4 склали $226,3 \pm 40,21$ пг/мл і $150,3 \pm 53,9$ пг/мл, у другій – із середнім ступенем обсіменіння НР (++) – $18,2 \pm 29,39$ пг/мл і $205,9 \pm 43,4$ пг/мл, у третій – з високим ступенем обсіменіння НР (+++) – $273,3 \pm 33,08$ пг/мл і $234,4 \pm 56,6$ пг/мл відповідно. Залежно від ступеня обсіменіння НР встановлена пряма кореляційна залежність між ІЛ-1 β і ІЛ-4 в I групі ($r = 0,54$; $p < 0,01$), в II групі ($r = 0,53$; $p < 0,01$), в III групі ($r = 0,82$; $p < 0,001$).

Таким чином, у хворих на ВХДК має місце значне підвищення рівнів інтерлейкінів ІЛ-1 β і ІЛ-4, що може служити прогностичним критерієм розвитку рецидиву захворювання.

МОЖЛИВОСТІ КАПНОГРАФІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХОЛЕГЕНЕВУ ДИСПЛАЗІЮ

Степаненко Т.І., Тищенко В.А., Мавропуло Т.К., Плеханова Т.М., Казизька Н.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Визначити функціональні порушення респіраторного тракту у новонароджених за допомогою загальноприйнятих методів оцінки функції зовнішнього дихання неможливо, бо вони потребують активної участі пацієнта в дослідженні. Але ж тільки функціональні методи дослідження дозволяють контролювати стан дихальної системи, проводити моніторинг, підбирати медикаментозне лікування. Необхідним є впровадження в практику функціональних досліджень, які не потребують активної участі пацієнта та мають достатній рівень інформативності. Одним з таких методів дослідження є капнографія.

З метою вивчення функції зовнішнього дихання у хворих на бронхолегеневу дисплазію (БЛД) було проведено капнографічне обстеження 46 недоношених дітей у віці від 1 до 6 місяців. Групу порівняння склали 18 недоношених дітей того ж віку, без ураження легень. Серед дітей з БЛД у 10 (21,7%) було діагностовано важку, у 17 (36,9%) дитини – середньо важку і у 21 (41,4%) дітей – легку форму БЛД.

Всім дітям проводили капнографію портативним апаратом «Сарпос» фірми Medlab. Капнографія проводилася неінтубованим дітям за допомогою носової канюлі під час сну. При аналізі капнограм розраховували показники: величину концентрації CO₂ в кінці видиху – EtCO₂; кут нахилу альвеолярної фази кривої – кут α ; ступінь нахилу альвеолярної фази капнограми $\Delta PCO_2/\Delta t$, де ΔP — змінення концентрації CO₂ під час альвеолярної фази і Δt — тривалість альвеолярної фази; відношення функціонального мертвого простору (МП) до дихального об'єму (ДО) — МП/ДО, співвідношення часу вдиху та видиху (T_{in}/T_{ex}).

Аналіз капнографічних кривих показав, що у дітей з БЛД було виявлено достовірне зниження EtCO₂ (26,3±1,9 дітей основної групи та 32,78±3,6 в групі порівняння), що свідчить про низьку інтенсивність легеневої вентиляції у хворих дітей. Але найбільш низьким цей показник був у дітей з важкою БЛД. При кореляційному аналізі була виявлена пряма помірна залежність ($r=0,68$) EtCO₂ від частоти дихання. У дітей з вираженим тахіпноє був найбільш низьким цей показник.

Нерівномірність вентиляційно-перфузійних відношень (ВПВ) відображають кут нахилу альвеолярної фази кривої (кут α) та ступінь нахилу альвеолярної фази капнограми $\Delta PCO_2/\Delta t$. Аналіз ВПВ за даними капнографії у обстежених дітей показав наявність вираженої нерівномірності ВПВ у дітей з БЛД (кут α в середньому склав 57,89±6,07 у дітей основної та 48,9±5,8 в групі порівняння). Проведений кореляційний аналіз показав прямий сильний зв'язок між ступенем нерівномірності ВПВ та важкістю БЛД. У дітей з легкою БЛД $\Delta PCO_2/\Delta t$ в середньому склав 12,85±3,23, з середньо важкою БЛД – 22,76±4,25, з важкою – 30,78±4,76. Таким чином, показник $\Delta PCO_2/\Delta t$ може характеризувати не тільки нерівномірність ВПВ, але й важкість БЛД.

Аналіз МП/ДО у обстежених дітей показав достовірне збільшення функціонального мертвого простору у дітей з БЛД (0,44±0,03 у дітей основної та 0,38±0,11 в групі порівняння). У 82,6% обстежених дітей з БЛД виявлені достовірне подовження часу видиху за даними T_{in}/T_{ex} , що свідчить про обструктивні порушення.

Таким чином, проведене дослідження показало, що за допомогою капнографії можливо не тільки вивчити такі важливі функції зовнішнього дихання як інтенсивність легеневої вентиляції, вентиляційно-перфузійні відношення та їх нерівномірність, функціонально мертвий простір, але й встановити важкість захворювання легень та механізми компенсації.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ З ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Сторожук І.В., Шаламай М.О., Андрікевич І.І., Мантак Г.І., Романько К.Б.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Вірусні гепатити займають особливе місце серед інфекцій, які супроводжують онкогематологічні захворювання (ОГЗ) у дітей. Не дивлячись на профілактичні заходи, які проводяться (використання одноразового інструментарію, виключення серопозитивних донорів, проведення вакцинації), гепатит В та С продовжує ресструватися серед пацієнтів дитячих соматичних стаціонарів, які отримують з приводу основного захворювання багаточисельні трансфузії препаратів крові, оперативне лікування та інші парентеральні маніпуляції. У зв'язку із збільшенням хіміотерапевтичного та трансфузійного навантаження однією з провідних проблем терапії ОГЗ у дітей є ураження печінки, що утруднює проведення повноцінного лікування основного захворювання та відповідно впливає на його прогноз. Діагноз вірусного гепатиту встановлювався значно пізніше при виявленні маркерів вірусу в крові чи при розвитку синдрому цитолізу.

Метою роботи було виявити особливості клінічного перебігу та діагностики хронічних гепатитів у дітей з онкогематологічними захворюваннями (ОГЗ).

Під дослідженням знаходилося 80 хворих на хронічний гепатит, із них 55 (68,75%) дітей (група 1), які мали ОГЗ та знаходилися на лікуванні в онкогематологічному відділенні ВОДКЛ та 25 (31,25%) хворих (група 2) без ОГЗ, які проходили лікування в ВОКДЛ у періоді з 2009 по 2011 роки. В групі дітей з ОГЗ спостерігалось 42 (76,36%) дівчинки та 13 (23,64%) хлопчиків у віці від 10 місяців до 15 років. По нозології ОГЗ переважали хворі з гострим лімфобластним лейкозом (ГЛЛ) – 27 (49,09%), гострим мієлобластним лейкозом (ГМЛ) – 12 (21,82%), лімфогранулематозом – 9 (16,36%), неходжкінською лімфомою (НХЛ) – 5 (9,09%), нейробластомою – 2 (3,64%). В 48 (87,27%) хворих з ОГЗ маркери ХГС виявлялися на підтримуючій терапії, у 7 (12,73%) – після закінчення підтримуючої терапії та на інтенсивній поліхіміотерапії. В 2 групі дітей розподіл по статі: хлопчики – 18 (72,0%), дівчатка – 7 (28,0%) у віці від 2 до 15 років. Стандартне обстеження включало клінічний огляд, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, біохімічне дослідження з визначенням вмісту білірубіну та його фракцій, активність АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЛФ та білка.

Висновки: вірусні гепатити займають особливе місце серед інфекцій, які супроводжують онкогематологічні захворювання у дітей. Загальна інфікованість вірусом гепатиту В і С у дітей з онкогематологічними захворюваннями досягає 75%: 25 – 30% – вірусом гепатиту В, 35 – 45% – вірусом гепатиту С, досить часто відмічається їх поєднання.

Більшість дітей з онкологічними захворюваннями кровотворної та лімфоїдної тканин інфікуються вірусом гепатиту В та С протягом першого року від початку лікування основного захворювання, тобто в період максимально інтенсивної хіміотерапії. При вірусному гепатиті С хронізація захворювання відбувається у 70-90% хворих.

Причинами високої частоти інфікування хворих з ОГЗ є висока частота парентеральних втручань і масивне трансфузійне навантаження, стан імуносупресії, пов'язаний з поліхіміотерапією, токсичне, медикаментозне ураження печінки.

Хронічний гепатит С у дітей з ОГЗ розвивається як первинно – хронічний, з частими загостреннями та ремісіями, внаслідок пригнічення клітинного імунітету.

ГЕПАТОПАНКРЕАТОПАТІЯ ПРИ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Сульженко М.Ю., Головченко Н.М., Руденко Т.Г., Петля О.В., Пашко Т.Ф., Євдокимова О.М.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

Луганська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Луганськ

Актуальною проблемою медицини залишаються онкогематологічні захворювання (ОГЗ) у дітей. До того ж, складною є проблема формування великої кількості ускладнень з боку багатьох органів та систем, що часто призводить до призупинення протокольної терапії, чим сприяє погіршенню прогнозу основного захворювання. Отже, одним із перспективних напрямків є пошук ефективної супровідної терапії при ОГЗ. В цьому аспекті викликає інтерес проблема взаємовпливу гепато- та панкреатогенної дисфункції. Генез ушкодження печінки та підшлункової залози у дітей з ОГЗ багатогранний. В першу чергу має місце ураження органів специфічним процесом. Крім того, вагомим фактором ураження печінки є ризик зараження парентеральними гепатитами. Але найсуттєвішою у патогенезі гепатиту у дітей з ОГЗ є роль токсичного фактору, тобто наслідки впливу цитостатиків.

Майже ті самі процеси відбуваються й в підшлунковій залозі. На неї цитостатики також мають шкідливий вплив, виразність проявів яких досить індивідуальна і залежить від цілої низки факторів. Так, максимальної виразності недостатність панкреатичного травлення зазнає в періоді цитопенічного синдрому. Особливо агресивною щодо панкреатопатії є L-аспарагіназа.

Метою нашого дослідження було проаналізувати частоту ураження печінки та підшлункової залози у дітей з ОГЗ.

Під нашим наглядом перебували 114 дітей з ОГЗ. Оцінка стану печінки та підшлункової залози проводилася за клініко-лабораторними ознаками, даними ультразвукового дослідження. За результатами клініко-лабораторного дослідження у всіх дітей (100 %) на тлі поліхіміотерапії (ПХТ) мали місце пошкодження печінки принаймні у вигляді токсичного гепатиту. Проте розвиток панкреатопатії констатований у меншій кількості пацієнтів на ПХТ – 15,3 %, причому всі ці випадки були спостережені у групі дітей із лімфобластними лейкеміями та лімфомами. У 3,7 % пацієнтів констатовані ознаки зовнішньосекреторної панкреатичної недостатності. У всіх пацієнтів з панкреатопатією спостережені характерні зміни при ультразвуковому дослідженні підшлункової залози. У 2,5 % випадків панкреатопатія супроводжувалась збільшенням рівня α -амілази у сироватці крові та сечі, транзитною гіперглікемією та глюкозурією. Констатований 1 випадок розвитку цукрового діабету.

Лікувальна тактика у пацієнтів з сполученою гепато- та панкреатопатією включала призначення гепатопротекторів, враховуючи, що покращення роботи гепатобілярної системи призводить до зменшення негативного впливу на інші гепатозалежні органи, в тому числі і на підшлункову залозу. Наступне проведення ПХТ у дітей супроводжувалося менш виразними токсичними проявами як з боку печінки, так й з боку підшлункової залози, що не тільки дозволило проводити лікування основного захворювання з мінімальною пролонгацією, але й мало профілактичні властивості щодо подальшого проведення ПХТ.

Таким чином, тісний морфо-функціональний зв'язок між печінкою та підшлунковою залозою обумовлює сполучене ушкодження цих органів у дітей з ОГЗ, що потребує врахування під час терапії ускладнень ПХТ. У цьому зв'язку до комплексу лікувальних заходів доцільно додавати гепатопротектори, що в свою чергу сприятиме принаймні частковому розвантаженню функціональної панкреатичної недостатності.

ЛЕПТИН – ОДИН ІЗ ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ

Тимчук Є.В.1, Тимчук А.А.2

1Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

2Вінницький військово-медичний центр центрального регіону, м. Вінниця

Проблема ожиріння та надмірної маси тіла у дітей та пов'язаних із ним патологічних станів у майбутньому набуває загрозливого характеру в багатьох країнах світу. В останні десятиріччя особлива увага звертається на роль лептину в регуляції жирової маси організму (Asami T., 2009; Kiess W., 2010; Moreno L.A., 2011). Суперечливими вважаються дослідження патогенетичної ролі лептину та його діагностична значимість при надмірній масі тіла, ожирінні у дітей (Mantzoros C., 2008; Ben X., Zhang W., 2010). Ролі лептину у патології дорослих та старших школярів присвячена значна кількість робіт. В той же час, у дітей раннього віку питання надлишку маси тіла, ожиріння та особливостей секреції лептину ще залишаються не вивченими. Актуальним є дослідження зв'язку рівня лептину із параметрами фізичного розвитку дітей раннього віку.

Метою дослідження було дослідити вміст лептину в сироватці крові дітей раннього віку з надмірною масою тіла та ожирінням залежно від їх фізичного розвитку та статі.

Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 120 дітей раннього віку із ризиком розвитку надмірної маси тіла, надмірною масою тіла та ожирінням, а також 30 дітей контрольної групи. Оцінку фізичного розвитку було проведено згідно Наказу МОЗ України №149 від 20.03.2008р. Вивчення рівня лептину проведено імуноферментним методом.

Знання багатогранної функції жирової тканини, яка виробляє гормон лептин, дає нам певне уявлення у розумінні патогенетичних механізмів розвитку ожиріння та надмірної маси тіла серед дітей. У дітей раннього віку встановлено залежність рівня лептину від маси тіла та статі. При чому, збільшення маси тіла супроводжувалося підвищенням рівня лептину у дітей. Так, діти з ожирінням мають достовірно вищий рівень гормону щодо дітей з надмірною масою тіла (відповідно $17,15 \pm 4,50$ нг/мл та $8,52 \pm 0,76$ нг/мл, $p < 0,05$). У дівчаток рівень лептину достовірно вищий порівняно з хлопчиками (відповідно $22,85 \pm 5,23$ нг/мл та $11,46 \pm 1,04$ нг/мл), $p < 0,05$). Встановлено гендерні особливості референтних значень рівня лептину у дітей раннього віку: $2,06 \pm 0,13$ нг/мл у хлопчиків та $4,83 \pm 0,21$ нг/мл у дівчаток. Вміст лептину вище $9,17 \pm 0,34$ нг/мл у хлопчиків та понад $12,92 \pm 0,5$ нг/мл у дівчаток свідчить про формування ожиріння у дитини.

Значення показника рівня лептину у формуванні ожиріння у дітей раннього віку підтверджується тісними кореляційними зв'язками досліджуваного показника з індексом маси тіла ($r=0,4$; $p < 0,05$), фактичною масою тіла у дівчаток та хлопчиків (відповідно $r=0,33$ та $r=0,42$; $p < 0,05$) з ожирінням.

Підвищений рівень лептину у дітей раннього віку із ризиком розвитку надмірної маси тіла та надмірною масою тіла є предиктором розвитку ожиріння у майбутньому.

ПІДГОТОВКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З ПИТАНЬ ПЕДІАТРІЇ

Тіщенко В.А., Мавропуло Т.К., Плеханова Т.М., Казизька Н.М., Степаненко Т.І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Пріоритетний напрямок реформування системи охорони здоров'я населення України – створення інституту сімейної медицини. Підготовка сімейного лікаря з питань педіатрії повинна базуватися на стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ), яка запропонована ВООЗ та ЮНІСЕФ. Головний напрямок ІВХДВ – первинна медико-санітарна допомога. Першочергове завдання сімейного лікаря правильно оцінити стан дитини, визначити характер та обсяг медичної допомоги (амбулаторна допомога, стаціонарна допомога, консультація батьків з питань догляду за дитиною у домашніх умовах), організувати «маршрут пацієнта» при виявленні змін у стані здоров'я. Аналіз клінічного стану дитини повинен починатися з цільовою оцінки, що включає визначення ознак небезпеки, оцінки основних клінічних симптомів, для вирішення питань термінового надання невідкладної допомоги і/або негайної госпіталізації. В значній мірі ці питання допоможуть вирішити стандартизований підхід до ведення дитини: оцінка фізичного та нервово-психічного розвитку, харчового та вакцинального статусу, вигодовування, наявності супутньої патології (недоношеність, рахіт та інше). Стандартизований підхід ведення пацієнта значною мірою (до 80%) захищає від помилок лікаря, та, насамперед, дозволяє зберегти та підтримати здоров'я маленьких пацієнтів

Сімейний лікар мусить лікувати не захворювання у дитини, а дитину, яка хворіє. Важливим є не тільки діагностика та лікування гострих захворювань у дитини, але й профілактика формування хронічної патології. Профілактична робота сімейного лікаря повинна бути спрямована на виявлення донозологічних станів, своєчасне направлення на вищий рівень надання допомоги для обстеження та діагностики захворювань, проведення диспансерного нагляду згідно прийнятих стандартів. Така робота допомагає не тільки запобігти хронізації захворювань, але й знизити інвалідизацію дітей.

Консультування сім'ї – важлива складова роботи лікаря. Рекомендації повинні носити інтегрований характер та включати консультацію родини з питань стимуляції фізичного та нервово-психічного розвитку дитини, проведенню профілактичних заходів (анемія, рахіт та інше), тактиці вигодовування та щеплення.

Підготовка сімейних лікарів згідно стандартів спостереження та лікування сучасної, апробованої в багатьох країнах системи ІВХДВ допоможе забезпечити своєчасне надання медичної допомоги маленьким пацієнтам на необхідному, для кожного конкретного випадку, кваліфікаційному рівні. Застосування ІВХДВ сприятиме зміщенню акценту в роботі сімейного лікаря з лікування захворювань на профілактику порушень здоров'я дітей.

АКТУАЛЬНІ ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В ПЕДІАТРІЇ

Тіщенко В.А., Казизька Н.М.

Державний заклад "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", м. Дніпропетровськ

На сьогодні в розпорядженні лікарів – величезний арсенал лікарських засобів. На фоні агресивних рекламних кампаній і практично безконтрольного видання літератури різного рівня на медичну тематику актуальність для лікаря набуває використання достовірних витоків інформації. Ми провели анонімне анкетування практикуючих лікарів і інтернів. Виявилось, що лише 52% лікарів і 44% інтернів використовують ресурси Інтернет з метою отримання відомостей про рівень доказовості інформації.

Друга організаційна проблема фармакоterapiї – відсутність служби клінічної фармакології в структурі багатопрофільних дитячих лікарень, що визначає неможливість обов'язкового контролю концентрації ліків в плазмі крові і підвищує ризик ускладнень.

Проблема фармакоeкономіки ще є недостатньо усвідомленою для багатьох лікарів. Питання правильного вибору ліків по принципу оптимального співвідношення вартість/ефективність і ефективність/безпечність часто не вирішується.

Актуальною проблемою організації антибіотикотерапії є стрімко зростаюча резистентність бактеріальної флори до антибіотиків. Даних про розповсюдженість і структуру резистентності основних збудників в неонатальних стаціонарах України немає, а вони необхідні для розробки рекомендацій по лікуванню бактеріальних інфекцій. Потребує подальшого впровадження відома і ефективна система управління антибактеріальною терапією.

Таким чином, багато організаційних питань фармакоterapiї залишаються актуальними, вирішення їх – резерв підвищення ефективності і безпечності терапії.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ БАКТЕРІОНОСІЙСТВА НА СЛИЗОВИХ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГОСТРИМИ БРОНХІТАМИ

Токарева Н.М.

Дніпропетровська міська дитяча клінічна лікарня №1, м. Дніпропетровськ

Гострі бронхіти (ГБ) в структурі гострих респіраторних захворювань у дітей посідають друге місце з поширеністю від 6,2% до 25% в дитячій популяції. Етіологічними чинниками інфекцій верхніх дихальних шляхів переважно виступають віруси, але в багатьох випадках реєструється нашарування бактеріальної інфекції екзогенного або ендогенного походження. Персистуючий інфекційний процес при різноманітти властивостей збудників перебігає в субклінічній або латентній формі, що не формує чіткого нозологічного окреслення бактеріоносійства на слизових верхніх дихальних шляхів, але за результатами численних досліджень має прояви порушення стану, насамперед, місцевого імунітету, що і призводить до частих респіраторних інфекцій у майбутньому. Моніторинг стану мікрофлори слизової зівя та носа в періоді соматичного здоров'я підтверджує достатньо високий рівень розповсюженості бактеріоносійства як у дітей різного віку, так і у дорослих. Таким чином, вивчення стану бактеріоносійства у дітей раннього віку, які хворіють на ГБ, дозволить сформувати групу ризику щодо формування групи ЧХД та своєчасно провести превентивні заходи для полегшення повторної респіраторної захворюваності.

Дійсне дослідження виконувалося на базі інфекційного відділення для дітей раннього віку КЗ МДКЛ №1, м. Дніпропетровська, як лонгітюдне з тривалістю динамічного спостереження впродовж 12 місяців. За означений період до інфекційного відділення для дітей раннього віку з діагнозом ГБ було госпіталізовано 400 дітей від 0 до 3 років, що склало майже третину (29%) від всіх госпіталізованих до відділення. Серед дітей з ГБ, вперше на бронхіт захворіли 2/3 дітей, повторна госпіталізація – у 30%, серед яких превалювали діти з групи часто хворіючих на ГРВІ. Бактеріологічні дослідження стану слизових зівя та носа були проведені у 30% госпіталізованих з ГБ при надходженні у стаціонар та на момент виписки. Нами були проаналізовані результати бактеріологічного дослідження 73 дітей раннього віку з гострим бронхітом, у яких паралельно проводили і оцінку результатів назоцитограми. За результатами бактеріологічного дослідження слизових, у 45,2% спостережень (33 дитини) висівалась нормальна мікрофлора на слизових і зівя, і носа. У інших 40 дітей (54,8%), як на початку ГБ, так і при виписуванні зі стаціонару, найбільш часто було зареєстровано висівання *S.aureus*, на другому місці – гриби *p.Candida*, на 3 місці – *Kl.pneumoniae*, при цьому лише у 10% наших спостережень реєструвалися бактеріальні міксти за рахунок одночасного висівання золотавого стафілококу та грибів. Присутність умовно-патогенної флори на двох рівнях – слизова зівя та носа – була зареєстрована у кожного третього спостережуваного, але у переважної кількості обстежених висівання флори було зареєстровано тільки на слизових зівя. Треба відзначити, що серед дітей які висівали умовно-патогенну флору (УПФ) практично половина мала старших братів або сестер, які відвідували організовані колективи. В назоцитограмах дітей які висівали УПФ, на початку ГБ реєструвались сегментоядерні нейтрофіли, слиз та присутність скудної кокової флори, а в періоді одужання ГБ відновлення показників назоцитограми відбувалось тільки у 60% випадків. Таким чином, у дітей раннього віку, які хворіли на ГБ, носійство УПФ на слизових зівя та носа супроводжувалось змінами назоцитограми в гострому періоді, а частка дітей (40%) у яких зміни місцевого імунітету зберігались і в періоді одужання дозволяє віднести їх до групи ризику частих ГРЗ.

РАЦІОНАЛЬНЕ ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ – КРОК ДО ПРОФІЛАКТИКИ ОЖИРІННЯ У МАЙБУТНЬОМУ

Токарчук Н.І.1, Старинець Л.С.2, Савицька Т.В.2, Лагода В.В.2

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця

²Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Сучасна теорія раціонального харчування передбачає надходження в організм не лише достатньої кількості харчових речовин, але й якісний їх склад, який відповідає адаптаційним можливостям дитини, фізіологічним особливостям шлунково-кишкового тракту, рівню обмінних процесів. Мета дослідження: вивчити вплив виду годоування на показники фізичного розвитку дітей першого року життя. Для вирішення поставленої мети проведено комплексне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження 120 дітей раннього віку із ризиком розвитку надмірної маси тіла (НМТ), НМТ, ожирінням, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні дітей раннього віку Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Розподіл обстежених дітей на групи проведено за результатами антропометрії та оцінки фізичного розвитку відповідно до регламентуючого документу (Наказ МОЗ України №149 від 20.03.2008р. «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років»). Безперечним є довготривалий вплив харчування дітей раннього віку на стан їх здоров'я, фізичний розвиток (Воронцов І.М., 1999). Аналіз особливостей годоування обстежених дітей на першому році їх життя виявив високу частоту нераціонального характеру харчування. Так, на грудному годоуванні до 6 місячного віку перебувало лише 24,7 % дітей основної групи та до 1 року життя залишились всього 12,7 % обстежених дітей. Діти раннього віку, які знаходились на грудному годоуванні характеризувалися достовірно меншою частотою відхилень у фізичному розвитку (30,0 %) порівняно із групою дітей, які отримували штучне годоування (61,2 %), ($p < 0,05$). Аналіз характеру годоування дітей свідчив, що штучне годоування спостерігалось значно частіше (60 дітей (50,0±1,44 %)), ніж грудне (32,50±4,27) % та змішане годоування (17,5±2,4 %) серед дітей групи дослідження, ($p < 0,05$). Годоування у 81 (67,50 %) дитини було нераціональним. Встановлено, що тривалість грудного годоування була найкоротшою у дітей з ожирінням (4,5±0,5 місяців життя) порівняно з групою дітей із надмірною масою тіла (6,5±0,5 місяців життя) та з ризиком розвитку НМТ (8,5±0,5 місяців життя), ($p < 0,05$). Аналіз характеру годоування у дітей із ожирінням показав, що 50% дітей перебували на штучному годоуванні, ($p < 0,05$). Грудне годоування отримували лише 8,33±2,27 % дітей із ожирінням порівняно із дітьми з НМТ та ризиком розвитку НМТ (24,17 %), ($p < 0,05$). Проведений аналіз розвитку НМТ та ожиріння в залежності від виду годоування. Так, звертає на себе увагу факт, що діти, які знаходились на грудному годоуванні, мали пізніший термін розвитку НМТ та ожиріння (від 4,5 до 12,5 місяців життя), ніж діти, які знаходились на змішаному (від 3,5 до 8,5 місяців життя) та штучному (від 2,5 до 10 місяців життя) годоуванні, особливо неадаптованими сумішами (з 2,5-місячного віку). Аналіз показників ліпідного обміну дітей основної групи залежно від виду їх годоування виявив відхилення вмісту ЛПВЩ та ЛПНЩ у дітей із НМТ та ожирінням, які знаходились на штучному та змішаному годоуванні, ($p < 0,05$). Натомість у дітей, які знаходились на грудному годоуванні, показники ліпідного обміну достовірно не відрізнялись від таких у дітей контрольної групи. Таким чином, тривале грудне годоування дітей раннього віку сприяє нормалізації ліпідного обміну. Раннє переведення дітей на штучне годоування призводило до порушення як фізичного розвитку, так і ліпідного обміну.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДУ КЕНГУРУ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Турова Л.О.1, Богданова Г.В.2, Мороз Т.Д.2, Атрощенко О.В.2, Тресницька Ю.В.2

1 Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми

2 Сумська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми

Народження здорової дитини та створення безпечного середовища для її повноцінного життя є головною метою сучасної медицини. Особливості соціально-економічних умов у суспільстві, низька демографічна ситуація в країні, високий рівень захворюваності жінок репродуктивного віку, поширеність шкідливих звичок серед молоді призвели до збільшення частоти невиношування вагітності, народженню дітей з низькою масою тіла та затримкою внутрішньоутробного розвитку. Виходжування недоношених новонароджених – складна не тільки медична, а й соціальна проблема.

Метою дослідження була оцінка ефективності впровадження методу кенгуру для покращення адаптаційних можливостей новонароджених із низькою масою тіла.

Проаналізовано динаміку клінічних симптомів та дані лабораторно-інструментальних методів обстеження у 193 новонароджених, більшість яких народилася у віці 31-32 та 35-36 тижнів вагітності, та знаходились на лікуванні у відділенні недоношених новонароджених. З них 107 малят (55,4%) виходжувалися за методом кенгуру і 86 новонароджених (44,6%) без нього. Новонароджені-кенгуру були розподілені за масою тіла при народженні: 2000-2500 г -36,4%, 1501-2000 г -49,5%, 1001-1500 г -12,1%, < 1000 г -1,9%.

Встановлено, що кенгуру виходжування сприяє ранньому початку грудного вигодовування, та на 7,8% збільшує його тривалість на момент виписки з лікарні, а також на 12,6% знижує змішане вигодовування. Позитивна динаміка маси тіла протягом першого місяця життя відбулася у 58% немовлят, які виходжувалися за методом кенгуру і лише у 33% новонароджених – без нього. За умов кенгуру-догляду на 15% знизилася частота розвитку клінічних проявів неврологічних дисфункцій, відбулась стабілізація сну, скоротився період неспання, надмірна активність та плач. Стабілізація кардіо-респіраторної адаптації у 65% малюків відбулась на 5-7 добу життя у порівнянні з 37% традиційно доглянутими недоношеними новонародженими. Зменшилась тривалість антибіотикотерапії на 13,5% та частота інфекційних ускладнень на 17%. Скоротився у 4 рази термін перебування на стаціонарному лікуванні новонароджених, які виходжувалися за методом кенгуру.

Отже, виходжування методом кенгуру значно покращує розвиток недоношених дітей, зменшує частоту інвалідизуючих наслідків з боку нервової системи, оптимізує поведінку малюків. Сприяє ексклюзивному та довготривалому грудному вигодовуванню, психологічній адаптації у парі "мати-дитина", і більш швидкому росту та розвитку новонароджених із низькою масою тіла. Застосування даного методу потребує широкого впровадження в неонатологічну практику.

ДИFUЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ: ПРОГНОЗ ФОРМУВАННЯ У ДІТЕЙ, ЩО МЕШКАЮТЬ В УМОВАХ СЛАБКОГО ЙОДОДЕФІЦИТУ

Турчина С.І., Плехова О.І., Багацька Н.В., Косовцова Г.В., Шляхова Н.В., Костенко Т.П., Глотка Л.І., Демєнкова І.Г., Корсун К.В., Банніков Б.В.

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

Незважаючи на активне проведення профілактики йододефіциту, зберігається досить високий відсоток дітей та підлітків з дифузним збільшенням щитовидної залози. Сучасними дослідженнями доведено, що найбільш розповсюджена тиреопатія дитячого та підліткового віку – дифузний нетоксичний зоб (ДНЗ), є мультифакторіальним захворюванням. Особливо це стосується регіонів із слабким та помірним йододефіцитом. Можливість прогнозувати виникнення захворювання дозволяє запобігти формуванню серйозних проблем зі здоров'ям у майбутньому завдяки оптимізації профілактичних заходів та розробки лікувально-діагностичного алгоритму, спрямованого на попередження формування тиреоїдної дисфункції та її негативних наслідків.

Мета. Розробити прогноз формування та перебігу ДНЗ у дітей та підлітків, які мешкають в умовах слабкого йододефіциту.

Матеріали і методи. Основну групу склали 87 дівчат та 98 хлопців, мешканців Харківської області, у яких у віці 8-13 років було вперше діагностовано ДНЗ. В групу порівняння об'єднано однолітків із нормальним об'ємом щитовидної залози (69 дівчат та 78 хлопців). Комплексне обстеження передбачало проведення генеалогічного та імуногенетичного аналізу, вивчення клініко-анамнестичних та імуногормональних даних. Верифікацію ДНЗ проводили відповідно Протоколам надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія». Визначення прогностично значущих факторів щодо формування ДНЗ проводили за допомогою неоднорідної послідовної статистичної обчислюваної процедури Вальда. Математична обробка була проведена із застосуванням прикладних пакетів програми «Excel».

Результати дослідження. На підставі проведеного дослідження було визначено найбільш інформативні ознаки щодо формування ДНЗ в період пре- та раннього пубертаті. Доведено, що найбільш інформативними ознаками, які із високим ступенем вірогідності дозволяють прогнозувати формування зоба у дітей, що мешкають в умовах слабкого йододефіциту, є наявність обтяженого сімейного анамнезу, патологічний перебіг пологів (пологи шляхом операції кесарів розтин), штучне вигодовування, шкідливі звички у батьків, високий рівень патологічної ураженості та зміни в імунній системі. Поряд з цим, негативними факторами ризику формування ДНЗ у хлопчиків були: гестоз II половини вагітності у матерів, шкідливі звички батьків до настання вагітності у матерів, захворювання дихальних шляхів, травматичні ушкодження у хлопчиків, наявність певних антигенів (A24, A25, A29, B8) системи HLA, змінених дерматогліфічних ознак (відстаней at, dt, ad та гребеневого рахунку a) на долоні; для дівчаток: стрес у матерів протягом вагітності, асфіксія дівчинки у пологах, неповна сім'я, стрес у дівчинки в школі та вдома, наявність певних антигенів (A25, A26, A29, A31) системи HLA та дерматогліфічних ознак (візерунку AR/O на тенарі, відстаней at, dt, bt, закінчення головної долонної лінії A в 4 полі).

Таким чином, результати дослідження дозволили визначити найбільш інформативні несприятливі фактори та розробити прогноз щодо формування ДНЗ в період пубертатної гормональної перебудови у дітей, які мешкають в умовах слабкого йододефіциту.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ БЕБІНОРМ ДЛЯ НОРМАЛІЗАЦІЇ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Тяжка О.В., Лутай Т.І., Казакова Л.М., Строй О.А., Сліпачук Л.В., Вакуловська Т.О.

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

ЦРДП Деснянського району, м. Київ

В наш час проблема корекції мікробіологічних порушень шлунково-кишкового тракту набула особливої актуальності у зв'язку з впливом різних чинників на склад мікрофлори. На порушення кількісного та якісного складу мікрофлори у новонароджених і дітей раннього віку впливають такі фактори, як захворювання матері інфекційного та неінфекційного генезу, недоношеність, перинатальна патологія, пізні прикладання до грудей при народженні, раннє переведення на штучне вигодовування, антибіотикотерапія. Досягти нормалізації мікрофлори кишечника можна наступними шляхами: а) заселенням кишечника мікроорганізмами, яких недостатньо для формування стійкого складу нормальної бактеріальної мікрофлори (використання пробіотиків); б) введенням речовин, які сприяють селективній активації росту чи життєдіяльності індигенної мікрофлори (пребіотиків). Зважаючи на це, препарати, які містять комплекси пробіотиків з пребіотиками, можуть бути перспективними для вирішення проблеми дисбіозів. Цим вимогам відповідає препарат "Бebіноpm", що містить як пробіотик, так і пребіотик. До його складу входять бактерії *P. Bifidobacterium*, лактулоза, полігалактуронова кислота (пектин), лактоза.

На кафедрі педіатрії № 1 НМУ (ЦРДП Деснянського району) було застосовано препарат "Бebіноpm" у дітей раннього віку з проявами дисбіозу кишечника.

Під спостереженням знаходилось 30 дітей віком від одного до 12 місяців. Всі пацієнти мали клінічні прояви дисбіозу: нестійкі випорожнення з переважанням закріпів, кольки, зригування, метеоризм, в частини дітей був знижений апетит. Діти, які мали клінічні ознаки лактазної недостатності в дослідження не включалися.

У всіх хворих, крім загального клініко-лабораторного обстеження, визначали кількісний і якісний склад мікрофлори кишечника. Аналіз проведених обстежень виявив наступні порушення: надлишковий ріст протей, клебсієли, ентеробактера, золотистого стафілококу. У 10 % обстежених виділені штами кишкової палички з гемолітичними та слабкоферментними властивостями.

Препарат "Бebіноpm" призначали у вікових дозах впродовж 20 днів.

Аналіз результатів лікування "Бebіноpmом" показав, що у всіх дітей відмічалася позитивна клінічна динаміка: у 60 % – зникли диспепсичні явища, у решти зменшилися їх прояви. Вплив "Бebіноpmу" на стан мікрофлори кишечника полягав в достовірному зниженні в 2,5 раза кількості гемолізуючої кишкової палички. Змін частоти виявлення умовно-патогенної мікрофлори не спостерігалось, однак кількість її суттєво знизилась до рівня < 103 КУО/г. У всіх дітей кількість бифідо- та лактобактерій збільшилась з рівня 104-106 до $7,0 \pm 4,2 \times 10^7$ КУО/г. Побічної дії препарату не спостерігалось.

Таким чином, використання препарату "Бebіноpm" у вікових дозах впродовж 20 днів сприяло значному клінічному поліпшенню та відновленню нормальної мікрофлори кишечника.

Клінічна ефективність препарату "Бebіноpm" зумовлює доцільність його використання для корекції дисбіозу кишечника у дітей раннього віку.

ВІТАМІН-Д СТАТУС У ДІТЕЙ 10-18 РОКІВ, ЯКІ Є МЕШКАНЦЯМИ М. КИЄВА

Тяжка О.В., Починок Т.В., Балацька Н.І., Гіленко Г.І.

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

ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

За існуючими на сьогодні даними рецепторні білки до вітаміну Д виявлені в різних тканинах, в числі яких клітини мозку, серця, легенів, підшлункової залози, лімфатичних утворень, м'язів та інших. Це свідчить про те, що даний вітамін необхідний для забезпечення морфо-функціонального стану цих клітин і, очевидно, він відіграє певну роль у патогенезі різних захворювань. В літературі є повідомлення про те, що дефіцит вітаміну Д сприяє підвищенню ризику розвитку серцево-судинних, аутоімунних, алергічних, онкологічних, ендокринних та інших захворювань. Зважаючи на розповсюдженість цих хвороб серед дітей і дорослих, актуальним є вивчення вітамін-Д статусу у дітей різного віку.

Нами обстежено 92 дітей віком від 10 до 18 років. Дослідження проведені впродовж листопада-грудня 2011 року, що виключало вплив сезонного фактору на рівень 25(ОН)Д, який у даний час вважається стандартом для визначення статусу вітаміну Д у організмі людини. Визначення рівня 25(ОН)Д проводили за допомогою електрохемілюмінесцентного методу. Оцінку вітамін-Д статусу здійснювали відповідно до класифікації M.F. Holick et al. (2011), згідно до якої дефіцит вітаміну Д встановлюється при вмісті 25(ОН)Д в сироватці крові нижче 50 нмоль/л, недостатність діагностується при рівнях між 75 та 50 нмоль/л, концентрація 25(ОН)Д від 75 до 150 нмоль/л вважається в межах норми.

Серед обстежених нами дітей дефіцит вітаміну Д виявлено у 87% (у 15% дітей рівень вітаміну Д був нижче 10 нмоль/л); недостатність вітаміну Д встановлено у 10% дітей і лише у 3% рівень даного вітаміну був в межах нормальних величин.

Проведене детальне анкетування обстежуваних дітей виявило наступне: 35% дітей зовсім не споживають продуктів моря і в тому числі і морську рибу, 31% з числа обстежуваних рідко в харчовому раціоні мають молочні продукти і молоко, лише 4% дітей в осінньо-зимовий період отримують полівітамінні препарати впродовж 1-1,5 місяця; стосовно перенесених захворювань в анамнезі – 22% дітей є часто хворіючими (більше 4-х захворювань на рік) на вірусно-бактеріальні респіраторні хвороби, у 8% дітей діагностовано вегетосудинну дисфункцію, у 10% – залізо-вітамінодефіцитну анемію, у 9% – дискінезію біліарної системи, у 6 % – хронічний гастродуоденіт, у 4% – алергічні захворювання. Патології, при якій порушується синтез транспортної функції вітаміну Д у печінці, серед обстежуваних дітей не було.

Таким чином, у переважної більшості обстежених дітей 10-18 років м. Києва в осінньо-зимовий період спостерігається дефіцит вітаміну Д аліментарного походження, що вказує на необхідність призначення їм в цей період року препаратів вітаміну Д та обов'язкове включення до харчового раціону продуктів, які містять даний вітамін.

ОСОБЛИВОСТІ АМІНОАЦИДОГРАМИ У ДІТЕЙ З НЕДІАБЕТИЧНОЮ КЕТОНЕМІЄЮ НА ТЛІ ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ

Тяжка О.В., Козинкевич Г.Е., Михайлик І.О.

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

Одним із актуальних питань профілактичної педіатрії є своєчасне виявлення закономірностей порушень обміну речовин у дітей для забезпечення можливості прогнозувати та виявляти навіть часткові дефекти в обміні, поширені в популяції, однією із яких є порушення пуринового обміну — нервово-артритична аномалія конституції (НААК), що призводить до надмірного синтезу сечової кислоти та супроводжується рецидивуючою недіабетичною кетонемією (НК). Серед ключових діагностичних метаболітів при цьому стані, окрім загальноприйнятої сечової кислоти, важливими та показовими є амінокислоти, адже вони є незамінною ланкою в продукції кетонів тїл, а отже, склад амінокислот може відобразити зміни, що призводять до такого патологічного стану, як НК.

В процесі динамічного спостереження 27 дітей з фенотиповими ознаками НААК з рецидивуючою НК при поступленні нами було визначено рівні амінокислот.

При порівнянні результатів дослідження вільних амінокислот дітей і середніх значень в популяції було відмічено зниження рівнів аргініну ($p < 0,001$) на тлі підвищення рівнів його метаболітів – орнітину ($p < 0,001$) та глутамату ($p < 0,001$). Це свідчить про високу інтенсивність залучення аргініну в процеси обміну, а саме, в процеси синтезу сечовини, у постачанні азотом системи ферментів NO-синтаз, які синтезують NO, що є головним фактором розслаблення судин, медіатором запалення, інгібітором агрегації тромбоцитів, регулятором функції мітохондрій. Виявлено негативний помірний зв'язок між аргініном та рівнем кетонемії ($r = -0,61$, $p = 0,04$), що свідчить про недостатність обмінних процесів, зокрема азотистого обміну, та активацію компенсаторних шляхів в циклі аргінін-орнітин-цитрулін.

Виявлене зниження рівнів кетогенних амінокислот ізолейцину ($p < 0,01$) та тирозину ($p < 0,001$) може свідчити про утилізацію їх для розвитку кетоацидури. На цю користь також свідчить виявлений негативний помірний зв'язок між рівнем кетонурії та ізолейцином ($r = -0,47$, $p = 0,031$) і лейцином ($r = -0,67$, $p = 0,0009$).

Виявлене зниження рівня глутаміну ($p < 0,001$) може вказувати на порушення адаптивних властивостей у дітей з рецидивуючою НК на тлі НААК, адже окислення глутаміну в клітинах мозку відбувається з утворенням енергії, що накопичується у вигляді АТФ, що в певній мірі забезпечує формування захисних та пристосувальних реакцій. Зниження рівня глутаміну на тлі підвищення рівня його метаболіту глутамату свідчить про прискорення катаболізму глутаміну за рахунок неконтрольованого синтезу пуринів де ново та гіперпродукції сечової кислоти, що підтверджується виявленим негативним помірним зв'язком між глутаміном та сечовою кислотою.

Також було виявлено зниження рівнів цистину, що зумовлює зменшення його функції донатора тіо-групи в процесах детоксикації.

Таким чином, виявлені зміни аміноацидограми можуть вказувати на зниження адаптивних властивостей при критичному прояві НААК, а саме свідчать про залучення амінокислот до розвитку кетоацидозу, в процеси синтезу пуринів де ново, сечовини, гістаміну та глутамату, у постачанні азотом системи ферментів NO-синтаз. Ці зміни аміноацидограми не тільки пояснюють клінічну картину порушення обміну пуринів та кетонемію при рецидивуючій НК на тлі НААК, але й є передумовою реалізації у метаболічні захворювання, такі як сечокам'яна хвороба, подагра, серцево-судинні захворювання, хвороби нервової системи, жовчнокам'яна хвороба та інші.

ВИБІР ПРОТОКОЛУ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ АЛКІЛУЮЧИХ АГЕНТІВ ПРИ ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНОМУ НЕФРОТИЧНОМУ СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Фоміна С.П.

Державна установа «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ

Пацієнти та методи. В дослідження було включено 387 дітей з нефротичним синдромом гломерулонефриту (НС), обстежених в ДКЛ №7 м. Києва за період з 1980 по 2006 рік (дизайн – когортне дослідження). Пацієнти отримали імунотропну терапію згідно Протоколу, затвердженому МОЗ України. У всіх випадках було документовано гормонорезистентний варіант захворювання (ГР – збереження активності НС після 6 тижнів терапії преднізолоном в дозі 1.5–2.0 мг/кг/д), лікування доповнено алкілюючим агентом – хлорбутіном (ХБ) або циклофосфаном (ЦФ) – в максимальній дозі 8 тижнів (протокол ХБ: $n = 315$, кумулятивна доза 8.5–10 мг/кг; протокол ЦФ, $n = 72$, кумулятивна доза 30–36 мг/кг) з наступною підтримуючою дозою ХБ і преднізолону протягом 9–12 місяців (кумулятивна доза ХБ 20–27 мг/кг). При аналізі ниркового вижиття (кумулятивній можливості збереження функції нирок) за 60 місяців спостереження включно після завершення імунотропної терапії за кінцевий варіант прийнято розвиток хронічної ниркової недостатності (ХНН) – хронічної хвороби нирок \geq III ст. (швидкість клубочкової фільтрації < 60 мл/хв./1.73 м² протягом ≥ 3 місяців).

Результати. Протокол ЦФ (з комбінованим використанням ЦФ та ХБ на фоні преднізолону) частіше застосовано у старших за віком хворих (медіана початку НС – 10 років/7,13 квадратів vs. 8/5,11 років для протоколу ХБ, $p = 0,007$) та наявності, окрім ознак класичного НС, прогностично несприятливих гематурії та гіпертензії (41.6% vs. 32.7%, $p = 0,038$), порушення азотовидільної функції нирок початкового періоду (68.1% vs. 39.4%, $p < 0,001$). Виявлено, що на момент завершення дослідження (60 місяць) накопичена частка ХНН була менша при використанні ЦФ, ніж за протоколу ХБ (26.4% vs. 34.9%). При побудові кривих вижиття відмінностей в можливості збереження функції нирок в обох терапевтичних групах не визначено: кумулятивний рівень хворих без ХНН в групі ХБ на 12 місяців спостереження становив 98.6%, ЦФ – 100%, а на 60-му – 81.3% та 81.7% відповідно.

Висновки. Аналіз наслідків ГР НС у дітей за різних протоколів імунотропної терапії з включенням алкілюючих агентів показав однаково високу вірогідність збереження функції нирок в обох терапевтичних групах протягом 60 місяців після завершення лікування, не зважаючи на відмінні вихідні дані – наявність обтяжуючих прогноз клінічних особливостей при призначенні протоколу ЦФ. Отримані дані свідчать про більшу ефективність протоколу ЦФ в гальмуванні прогресування ГР НС у дітей і обґрунтовують доцільність його використання в якості ад'ювантної терапії першої лінії.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ ТА НАСЛІДКИ ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНОГО НЕФРОТИЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З ІГА-НЕФРОПАТІЄЮ

Фоміна С.П., Багдасарова І.В., Круглікова І.В., Непомнящий В.М.

Державна установа «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ

В дослідження включено 10 пацієнтів з гормонорезистентним варіантом (ГР) гломерулонефриту (ГН) з нефротичним синдромом (НС) та ІгА-нефропатією (ІгАНП). Гістологічні зміни підтверджено при імунофлюоресцентній мікроскопії заморожених зразків нефробіоптату з міченими FITC поліклональними антитілами, при формуванні діагнозу використано класифікацію ІгАНП по Naas та Оксфордську класифікацію. Всі хворі після документатії НС отримали імунотропне лікування стероїдами (доповнене в 7 випадках імуносупресантами) протягом 12 місяців, інгібітори АПФ 24-36 місяців. Наслідки ГН оцінено на 12 та 36 місяцях після завершення терапії як ремісія (нормалізацію біохімічних показників, значне зменшення протеїнурії, збереження гематурії), торпідний перебіг (ТП – збереження активності НС без ознак прогресування) та розвиток хронічної ниркової недостатності (ХНН – зменшення швидкості клубочкової фільтрації <60 мл/хв протягом ≥ 3 місяці). Отримані результати представлено абсолютними даними (з огляду на обмежену кількість випадків), перемінні – як медіана/квадрилі.

Результати. Вік початку ГН в досліджуваній когорті склав 12/9;14 років. В 8 випадках захворювання маніфестувало ізольованим сечовим синдромом (ІСС), представленим гематурією різного ступеня. Протягом 28/17;41 місяців у цих хворих відбулася трансформація ІСС в НС. Документований НС у 8 дітей був неповним через відсутність одного чи двох класичних ознак захворювання (6 пацієнтів не мали набряків, у 4 – нормальний рівень холестерину сироватки). В період активності НС холестерин сироватки склав 6.4/5.0;7.9 ммоль/л, загальний білок 49/48;65 г/л, α -2-глобуліни сироватки 18/15;21 %; сечовий синдром було представлено добовою протеїнурією 2.7/1.9;3.3 г та гематурією (в 4 випадках – макрогематурія, в 4 – масивна гематурія без візуальних змін кольору, в 2 – мінімальна еритроцитурія). У 7 хворих виявлено помірне порушення азотовидільної функції нирок (ПФН), у 5 – гіпозіостенурию. В 4 випадках спостерігали синдром артеріальної гіпертензії.

Пункційну нефробіопсію виконано на 2/0;9 місяців від маніфестації НС (23/12;54 – від початку ГН). Визначено переважання змін, притаманних підкласу 4 по Naas (з паттерном дифузного проліферативного ГН) – 7 дітей. В 2 випадках діагностовано підклас 3 (фокальний проліферативний ГН), 1-му – підклас 2 (фокально-сегментарний гломерулосклероз). Світлооптично домінували мезангіальна гіперцелюлярність (M1: n=6), сегментарний гломерулосклероз (S1: n=8), тубулярна атрофія/інтерстиційний фіброз (T1/2, n=8) за Оксфордською класифікацією. Ендокапілярна проліферація чи її відсутність визначали з однаковою частотою (E1: n=5).

На момент завершення терапії у всіх хворих документовано ТП. Через 12 місяців у 2 випадках досягнуто ремісії (підтверджену і надалі), в 8 – активність НС зберігалася, але протягом наступних місяців у 2 хворих також документовано ремісію. На момент завершення дослідження у 5 пацієнтів зафіксовано розвиток ХНН. Строк її формування становив 65/38;72 місяці від початку захворювання (12/3;23 місяці від завершення програмного лікування НС).

Висновки. ІгАНП, яка супроводжується ГР НС, як правило, маніфестує у старших за віком дітей, характеризується олігосимптомним початком з трансформацією з ІМС в неповний НС за обов'язкової наявності гематурії, часто обтяжена гіпертензією та ПФН та має проградієнтний перебіг з розвитком ХНН в половині випадків в строки до 36 місяців після завершення імунотропної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Фролова Т.В., Сіняєва І.Р., Стенкова Н. Ф., Охалкіна О.В., Терещенкова І.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Харчова алергія (ХА) належить до поширених алергічних захворювань у дітей. Частота ХА серед дитячого населення знаходиться в межах 5,2-7,7%. Метою дослідження було вивчення клініки, етіології ХА у дітей раннього віку.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 126 дітей раннього віку, в тому числі до 1 року – 26 (20,6%), від 1 до 2 років – 40 (31,7%), від 2 до 3 років – 60 (47,6%); серед них хлопчиків було 76 (64 %), дівчаток – 50 (40 %). Діагноз основного і супутніх захворювань виставлявся на підставі загальноприйнятих методів клініко-алергологічного обстеження хворих дітей: збору алергологічного анамнезу, результатів елімінаційно-провокаційних проб і алергічного діагностичного тесту непрямої дегрануляції тучних клітин.

Результати та обговорення. Аналіз результатів досліджень показав, що прояви клінічної симптоматики ХА у дітей раннього віку залежать від характеру вигодовування. Гастроінтестинальна алергія виявлена у 51 %, atopічний дерматит – у 26 %, респіраторні алергози – у 17 %, гостра кропив'янка і набряк Квінке – у 6% дітей. Тривалість захворювань складала від декількох місяців до 3-х років. Перші симптоми ураження шлунково-кишкового тракту відзначалися протягом першого року життя у 87,8 % хворих дітей. Діапазон симптоматики клінічних проявів гастроінтестинальної алергії був досить широкий: болі в животі відмічали 79 (62,7 %), дисфункції кишечника – 64 (50,8%), метеоризм – 31 (24,6 %), зригування та блювота – 42 (33,3%) хворих дітей. Болі не мали сезонного характеру і переважно посилювалися після прийому продуктів, які містили облігатні алергени.

Прояви гастроінтестинальної алергії пов'язують з гіперреактивністю шлунково-кишкового тракту. За нашими даними, вік, в якому з'являлись перші симптоми хвороби залежали від клінічних форм харчової алергії. Так, клінічні прояви гастроінтестинальної алергії дебютували переважно протягом перших 3-х місяців життя в 72 % випадків, до кінця першого року життя – лише в 4,7 % пацієнтів (p < 0,05). Ретельний аналіз даних алергологічного анамнезу, результатів елімінаційно-провокаційних проб і тесту непрямої дегрануляції тучних клітин дозволили виявити причину сенсibiлізації організму. У якості екзогенних алергенів перше місце посідали білки коров'ячого молока (73 %), курячого яйця (69 %) і риби (53 %) , друге місце – злаки (пшениця, кукурудза, рис), що співпадає з даними літератури.

Таким чином, клінічні ознаки ХА у дітей раннього віку частіше проявляються у формі гастроінтестинальної алергії, atopічних дерматитів і респіраторної алергії. У розвитку захворювання велике значення має раннє змішане та штучне вигодовування.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДОНОЗОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕКОПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Фролова Т.В.1, Охупкіна О.В.1, Сороколат Ю.В.2

1Харківський національний медичний університет, м. Харків
2Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

За несприятливих екологічних умов моніторинг здоров'я дитячого населення передбачає інтенсивний пошук і розробку інформативних показників ранніх змін в організмі, що зумовлені дією абіотичних чинників довкілля. Тобто, проведення донозологічної діагностики (ДД) з метою визначення початкових функціональних змін у дитячому організмі, пов'язаних із певним дисбалансом між організмом та середовищем або з іншими причинами, являється безумовно актуальним і сприятиме поліпшенню ефективності діагностики та профілактиці формування та хронізації патології на сучасному етапі розвитку педіатрії.

На сучасному етапі науковці все частіше наполягають, що в патогенезі захворювань, що виникають у дітей в умовах забрудненого довкілля, вагому роль відіграють недостатність функцій ферментів, задіяних у детоксикації ксенобіотиків і порушення кальцієвого гомеостазу. Це цілком зрозуміло, оскільки у зростаючому організмі саме кальцієвий гомеостаз забезпечує адекватний зріст та розвиток, і саме тому першим реагує на несприятливі зміни які відбуваються в організмі дитини. Тому саме ці показники повинні враховувати при розробці способів ДД екопатології.

Мета дослідження: визначити інформативність показників структурно-функціонального стану кісткової тканини у якості критеріїв донозологічної діагностики екозалежної патології у дитячому віці.

Комплексно обстежено 1680 дітей шкільного віку, які постійно мешкають у Харківському регіоні. Усі обстежені діти не знаходилися на диспансерному обліку з приводу хронічної соматичної патології. Структурно-функціональний стан кісткової тканини (СФС КТ) визначали за допомогою кількісної денситометрії на апараті «Sopost 2000» з урахуванням регіональних стандартів.

Аналіз результатів дослідження показав, що 64,3% дітей мають порушення СФС КТ легких ступенів важкості: остеопенію І ст. діагностовано у 82,1% цієї групи дітей і 17,9% дітей мали остеопенію ІІ ст. Подальший аналіз апроксимації даних комплексного клініко-інструментального огляду дітей і даних кількісної денситометрії дозволив встановити, що 16,2% дітей не мали відхилень у стані здоров'я, окрім порушень СФС КТ. У більшості дітей та підлітків (83,8%) з порушенням СФС КТ виявлено різноманітні функціональні розлади без наявності виразної клінічної симптоматики. Так, у 34,8% дітей з порушенням СФС КТ виявлено функціональний шум на верхівці серця, у 31,6% – дизметаболічну нефропатію (оксалатурію виявлено у 57,7% дітей з цієї групи, фосфатурію – 37,6%, уратурію – 4,7%) та у 17,4% дітей виявлено функціональні розлади травної системи (перетинки або деформацію жовчного міхура, панкреатопатію та інші ультразвукові симптоми без чіткої клінічної симптоматики). Динамічне спостереження за групою дітей з порушенням СФС КТ і функціональними розладами показало, що при подальшому зниженні індексу міцності кісткової тканини (ІМКТ) більш ніж на 20% одночасно відбувається прогресування вісцеральних порушень і формування патологічних змін у відповідних органах. Ураховуючи всі результати дослідження було визначено, що порушення СФС КТ має достатньо високу інформативність щодо ДД порушень серцево-судинної (I=0,216 біт), сечовидільної (I=0,415 біт) та травної (I=0,434 біт) систем.

Таким чином, визначення СФС КТ під час моніторингу стану здоров'я дитячого населення різних за екологічними характеристиками регіонів країни сприяє поліпшенню прогнозування розвитку екологічно детермінованих захворювань у дітей.

ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ НА ВИМОГУ І ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Фролова Т.В. 1, Стенкова Н.Ф.1., Сіняєва І.Р., Охупкіна О.В., Берус А.В.2

1Харківський національний медичний університет, м. Харків
2Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня № 17, м. Харків

Незважаючи на існуючі вітчизняні та міжнародні рекомендації щодо вигодовування дітей першого року життя, ці питання і на теперішній час є досить актуальними, а деякі з сучасних принципів, рекомендованих ВООЗ є об'єктом гострих дискусій у вітчизняній науковій літературі. Тому необхідність проведення постійного моніторингу фізичного розвитку дітей, як сумарного індикатору стану здоров'я не викликає сумніву.

Метою роботи було проведення аналізу фізичного розвитку дітей першого року життя, які отримували грудне вигодовування на вимогу та порівняльний аналіз відповідних показників дітей, які годувались за режимом.

Дизайн дослідження складався з двох етапів: на першому етапі проводився збір анамнезу щодо характеру вигодовування та оцінка фізичного розвитку 58 дітей першого року життя (І група), які перебували на стаціонарному лікуванні у педіатричному відділенні міської клінічної лікарні. Усі діти, які підлягали обстеженню, поступали до стаціонару з приводу гострої респіраторної вірусної інфекції і не мали хронічної патології. Кількість годувань дітей першої групи складала від 10 до 18 за добу у віці від народження до трьох міс. і 8-13 – у віці від 3-х до 6-ти міс. На другому етапі проводився аналіз історій розвитку дітей віком від 14 до 17 років (36 дітей, ІІ група) годування яких проводилося за режимом, відповідно до існуючих на той час рекомендацій. Оцінювання фізичного розвитку дитини проводилося за сучасними міжнародними критеріями із застосуванням графіків стандартних відхилень.

Результати дослідження свідчили, що динаміка показників маси дітей І групи мала різке зростання у першому півріччі із подальшим повільним їх приростом до досягнення одного року життя. Так, кількість дітей, які від народження до 6 місяців мали індекс маси тіла (ІМТ), що знаходився у межах від 1 до 2 стандартного відхилення (можливий ризик надмірної ваги) складала 32,8%; показники у межах від 2 до 3 стандартного відхилення (надмірна вага) мали 12,1% дітей. По досягненні одного року такі показники мали відповідно 13,8% і 8,6% дітей.

Порівняння ІМТ дітей першої та другої груп у відповідні періоди розвитку показали достовірні відмінності цього показника у віці 6 місяців: лише 5,6% дітей ІІ групи мали ІМТ, який знаходився у межах від 2 до 3 стандартних відхилень, а ризик надмірної ваги відмічався у 11,1% дітей. У віці одного року показники ІМТ дітей ІІ групи склали відповідно 5,2% і 5,6%.

Проведені дослідження показали необхідність зваженого індивідуального підходу щодо вигодовування дітей першого року життя і подальшого моніторингу фізичного розвитку, залежно від режиму годування дитини.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕКОМБІНАНТНОГО $\alpha 2b$ -ІНТЕРФЕРОНУ У ДІТЕЙ З ВІРУС-ІНДУКОВАНИМ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Фофанова О.В., Осадець Н.Б., Лотовська Т.В.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ

Актуальність бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей в сучасній педіатрії зумовлена значною поширеністю, тяжким і рецидивуючим перебігом, високою ймовірністю переходу в бронхіальну астму. Існує прямий зв'язок між сезонним підйомом захворюваності на ГРЗ і частотою госпіталізацій у зв'язку із загостренням БОС. До 80 % випадків БОС зумовлені вірусною інфекцією. Респіраторні віруси сприяють підвищенню гіперреактивності дихальних шляхів, здатні посилювати реакції гіперчутливості як уповільненого, так і негайного типу, індукувати підвищення IgE-антитіл у відповідь на алергенну стимуляцію. В зв'язку з цим, перспективним напрямком удосконалення терапії БОС, на нашу думку, є застосування Віферону – комплексного препарату, до складу якого, окрім рекомбінантного $\alpha 2b$ -інтерферону входять природні антиоксиданти (вітаміни Е і С). Противірусна і імуномодуюча активність рекомбінантного $\alpha 2b$ -інтерферону у поєднанні з мембраностабілізуючими властивостями вітамінів Е і С дозволяють віднести Віферон до препаратів не лише етіотропної, але і патогенетичної терапії. Метою нашого дослідження було вивчення ефективності Віферону у дітей з вірус-індукованим рецидивуючим БОС. Обстежено 58 дітей віком від 1 до 7 років, з них 30 дітей отримували базисну терапію і Віферон (основна група), 28 – отримували лише базисну терапію (група порівняння). В контрольну групу увійшли 20 дітей того ж віку. Частота ГРЗ у обстежених дітей складала від 8 до 12 разів в рік. Більшість епізодів ГРЗ супроводжувались бронхообструкцією. У 62,1% пацієнтів діагностовано атопічний варіант БОС, у 37,9% – запально-інфекційний. Всім дітям проведено дослідження імунограми, вмісту ІФНа та ІФНу, цитокінів IL-1 і IL-4, а також – вмісту продуктів перекисного окислення ліпідів, яке включало визначення в плазмі крові дієнових кон'югатів (ДК) та активних продуктів тіобарбітурової кислоти (ТБК-АП). Віферон призначали у супозиторіях по 150000 од. за пролонгованою схемою. На відміну від стандартної схеми (1 супозиторія 2 рази в день протягом 5 днів), курс лікування за запропонованою нами схемою тривав 3–4 тижні. Призначали по 1 супозиторії двічі на день протягом 10 днів щоденно, в подальшому – 7–10 днів в тій же дозі 3 рази на тиждень, 7 днів – 2 рази на тиждень. Переносимість Віферону була доброю, побічних реакцій не спостерігали. На підставі комплексного аналізу клініко-лабораторних та імунологічних показників встановлено, що включення Віферон-супозиторіїв в комплексне лікування вірус-індукованого рецидивуючого БОС у дітей сприяло зменшенню частоти ГРЗ в 2,5 рази, зниженню частоти загострень БОС на тлі ГРЗ в 3,4 рази, зменшенню тривалості бронхообструкції. Під впливом рекомбінантного $\alpha 2b$ -інтерферону спостерігали підвищення вмісту ІФНа та ІФНу і зниження – IL-1 і IL-4, а також – зменшення концентрації ТБК-АП і ДК. Достовірних змін вмісту сироваткових імуноглобулінів після 4-х тижневого курсу лікування не відмічено. Таким чином, досягнутий позитивний клініко-імунологічний ефект, відновлення показників метаболічного забезпечення структурно функціонального стану клітинних мембран при лікуванні Віфероном дозволяють рекомендувати включення цього препарату за описаною методикою в комплекс імунореабілітаційних заходів у дітей з частими ГРЗ, які супроводжуються синдромом рецидивуючої бронхіальної обструкції.

ПОШИРЕНІСТЬ І ПРОЯВИ ХРОНІЧНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ У ПІДЛІТКІВ

Хайтович М.В., Місюра О.М., Дяденчук О.І., Очеретько В.В.

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

Згідно другої редакції Міжнародної класифікації головного болю (The second edition of the International Classification of Headache Disorders – ICHD-II) (НСС 2004) виділяють декілька клінічних форм (у дітей переважно реєструється мігрень та головний біль напруження), а також розрізняють епізодичний та хронічний перебіг первинного хронічного головного болю. За останніми даними німецьких дослідників серед 15-річних підлітків у 57–82% відмічаються періодичні головні болі. Хронічний щоденний головний біль зустрічається у 1–2% дітей. В Україні поширеність хронічного головного болю серед дітей та підлітків не відома.

Метою роботи було пілотне дослідження поширеності хронічного головного болю серед підлітків м.Києва.

Матеріали та методи: Обстежено за допомогою спеціально розробленої анкети 200 підлітків (101 дівчинка, 99 хлопців) віком 13–15 років – учнів двох спеціалізованих шкіл м.Києва.

Результати. Виявлено, що лише 5,5% підлітків практично ніколи не відчували безпричинного головного болю, у 57,0% головний біль відмічався дуже рідко, у 21,0% декілька разів на місяць, у 14,0% – декілька разів на тиждень, у 5 дітей (4 дівчаток і 1 хлопчика) – щоденно.

За інтенсивністю головний біль у підлітків переважно (у 57,1%) був помірний, однак у 14,3% – сильний, у 3 дівчаток періодично відмічався дуже сильний головний біль. У більшості (53,0%) випадків підлітки відмічали пульсуючий головний біль, досить часто зустрічався стискаючий (45,3%), у третини дітей (29,5%) головний біль був не інтенсивний ниючого характеру, зрідка відмічався розпираючий головний біль (5,5%). Найчастіше діти скаржились на біль у скронях (38,0%) та у лобній ділянці (33,7%), дещо рідше – у тім'яній ділянці (26,2%) та біль всієї голови (18,5%). У 16 дівчаток і 18 хлопчиків відмічався односторонній головний біль. Більше ніж у третини підлітків головний біль супроводжувався непереносимістю звуків (фонофобією), у 14,6% – непереносимістю яскравого світла (фотофобією), у 12,4% – поєднанням фоно- і фотофобії, значно рідше головний біль супроводжували нудота і/або блювання (6,4%).

За характером, локалізацією, супутніми симптомами не виявлено достовірних відмінностей перебігу цефалгії у дівчаток і хлопчиків.

Серед тригерних факторів більшість (52%) відмітили появу головного болю на фоні зміни погоди, половина (48,5%) – на фоні стресу, майже третина (27,7%) – на фоні розумового перевантаження, дещо рідше (у 8,3%) головний біль провокували фізичні навантаження. Серед факторів, що допомагали ліквідувати головний біль, 79,2% підлітків вказали на сон, 34,4% – на прийом лікарських препаратів (цитрамон, спазмалгон, аспірін, парацетамол, но-шпа тощо), лише 4,9% – на відпочинок.

Враховуючи сучасні критерії у 91,5% підлітків, які навчаються у спеціалізованій середній школі, є прояви хронічного епізодичного головного болю (у 49,0% – мігрень, у 42,5% – головного болю напруження). Критерії щоденної мігрені відмічені у 2,0% підлітків, щоденного хронічного головного болю напруження – у 0,5%, ще у одного підлітка зареєстровано прояви абюзусного головного болю.

Висновки. Виявлено значне поширення первинного хронічного головного болю серед підлітків (94,5%), причому у 2,5% зафіксовано прояви щоденного хронічного головного болю. Результати дослідження необхідно врахувати в програмах реабілітації школярів.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

Ходаківська С.П., Лукашук В.Д., Бовкун О.А., Дмитришин Б.Я., Головатюк Л.М., Коротич Т.І., Вашкулат В.П., Баб'як В.І.

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

Уніфіковані схеми антигелікобактерної терапії (АГБТ) складають основу лікування хронічного гастродуоденіту (ХГД), асоційованого з *Helicobacter pylori* (Hr) як у дорослих, так і у дітей. Ефективність потрібної терапії не перевищує 80%; зростає резистентність Hr до антибіотиків, тому продовжується пошук ефективних схем терапії. Накопичено значний досвід застосування послідовної схеми АГБТ як у дорослих, так і дітей. Зазначена методика є основною інновацією для лікування хронічної гастродуоденальної патології, асоційованої з Hr.

Мета дослідження — вивчити ефективність модифікованої схеми АГБТ на основі «де-нолу» у дітей з ХГД та частоту реінфекції у дітей з досягнутою ерадикацією.

Обстежено 115 дітей з ХГД, асоційованим з Hr, у віці 7 – 16 років (середній вік – 11,3 року). Для оцінки ефективності лікування в залежності від варіанту АГБТ було сформовано 2 групи: основна (I група, n=57) – отримували послідовну АГБТ: спочатку 5-денний подвійний комплекс (ранітидин+амоксицилін), а в подальшому – 5-денний чотири складові (ранітидин+амоксицилін+де-нол+кларитроміцин); тривалість лікування – 10 днів. Група порівняння (II група, n=58) – отримували потрібну ерадикаційну терапію тривалістю 7 днів. Групу контролю (III група) склали 10 хворих на ХГД, асоційований з Hr, яким АГБТ не призначали – отримували патогенетичну антисекреторну терапію: ранітидин коротким курсом 7-10 днів, в подальшому з переходом на підтримуючу дозу тривалістю 1 місяць.

Для оцінки ефективності АГБТ вивчали вплив останньої на зникнення клінічних проявів та нормалізацію показників гастропротекції, а також аналізували показники пепсиногену-1 (ПГ-1) і його вплив на досягнення ерадикації Hr; оцінювали за відсутністю у випорожненнях Hr антигенів HrSA-методом (Stool-test) через 1 міс. після лікування, через 12 та 24 місяці.

Успішна ерадикація була встановлена у 87,7% та 81% хворих в I групі та II групі відповідно; не досягнуто ерадикації Hr у 7 та 11 дітей в I та II групах відповідно. Побічних ефектів ерадикаційної терапії не спостерігали. В контрольній групі після лікування всі 10 дітей залишалися Hr-позитивними.

Отже, показник успішної ерадикації найвищим був у дітей, які отримували послідовну ерадикаційну терапію з включенням «де-нолу».

Крім того, нами була вивчена динаміка клінічних проявів ХГД у дітей протягом 1 міс. та 12 міс. після лікування. Також проводився аналіз клінічних проявів групи дітей через 24 місяці після ерадикації. Через 1 міс. після ерадикації в I та II групах дітей скарг не спостерігалось. Через 12 міс в I та II групах проаналізували клінічні прояви ХГД у дітей з успішною ерадикацією та провели контрольний уреазний тест та визначення Hr антигенів у випорожненнях.

Повторне інфікування Hr через 12 міс. після лікування у дітей з досягнутою ерадикацією була нижчою у дітей I групи – 8% (4 дитини) і вищою у дітей II групи – 12,8% (6 дітей). Спостереження через 24 міс показало, що повторне інфікування становило 18% та 36,2% I та II групі відповідно.

Таким чином, доведено перевагу послідовної ерадикаційної терапії при ХГД, асоційованому з Hr, у дітей зі зниженою гастропротекцією, особливо у хворих з підвищеним рівнем ПГ-1.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ

Хоменко В.Є., Гелескул Л.М., Криворук І.М., Царьова Н.М.

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

Зростання обсягу навчального матеріалу у медичних вишах вимагає від викладачів використання сучасних навчальних технологій і вдосконалення організації самостійної роботи студентів як провідної форми навчальної діяльності.

Для активного оволодіння знаннями в процесі самостійної аудиторної роботи студентів на кафедрі педіатрії №2 приділяється увага мотиваційному ставленню до навчання, забезпеченню умов для розуміння цілей освіти. Застосовуються активні моделі пізнавальної діяльності: діалог, дискусія, ділові ігри. На старших курсах використовується проблемне навчання з міждисциплінарним підходом, що розвиває клінічне мислення. Більше уваги приділяється самостійній роботі студентів у ліжка хворого під контролем викладача. В умовах обмеженого доступу до тяжкохворих дітей, студентам пропонують вирішувати нетипові ситуаційні задачі, проводити аналіз історій хвороб виписаних пацієнтів. В навчальному процесі використовуються, також, відеоматеріали та інтерактивна комп'ютерна інформація. Це все дозволяє підвищити ефективність засвоєння матеріалу, розвивати інтерпретуючу пізнавальну активність та формувати творчий рівень знань студентів.

Тести першого рівня вдосконалюються шляхом підвищення їх валідності і інформативності. Але ця форма контролю використовуються обмежено, тільки з огляду на необхідність тренінгу у формуванні ознайомчого рівня знань для складання ліцензійного іспиту «Крок».

Відповідно освітнім стандартам, багато часу повинно приділятися позааудиторній самостійній роботі студентів, що вимагає впровадження сучасних технологій забезпечення цієї самостійної роботи. Окрім методичних рекомендацій з питаннями, тестами та ситуаційними задачами для самоконтролю, студентам рекомендують сучасну літературу, електронні підручники, сайти з інформацією, що базується на засадах доказової медицини і відповідає навчальній програмі. До кожного заняття пропонується орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з учбовими завданнями і вказівками до них. На кафедрі заохочується науково-пошукова діяльність студентів, індивідуальна дослідницька робота, яка розвиває творчі здібності і здатність самостійно знаходити нові знання.

Завдяки самостійній роботі, студенти не тільки здобувають нові знання, формують вміння та навички, але й виховують самостійність як рису характеру, вчать в подальшому вдосконалювати свій професійний рівень.

На сучасному етапі організація самостійної роботи студентів потребує впровадження нових технологій і наукової бази, адекватних критеріїв оцінки результатів і підвищення професійного рівня викладачів.

ВЗАЄМОВІДНОСИНИ МІЖ ПЕРІОДОМ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ТА РІВНЕМ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Чергінець В.І., Башкірова Н.С.

ДЗ «ДМА МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Бронхіальна астма продовжує займати провідне місце в структурі хронічних захворювань органів дихання у дітей. Однією з основних ланок патогенезу бронхіальної астми є стан бронхіальної гіперчутливості (БГЧ), який призводить до виникнення бронхомоторних реакцій у відповідь на слабкі подразники. Серед етіопатогенетичних чинників, що сприяють появі бронхіальної астми певна роль відводиться і порушенням нейроендокринної регуляції з боку гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи. В процесі фізіологічного дозрівання організму та становлення репродуктивної функції ендокринний статус дітей та підлітків може відзначитись ще більшими порушеннями в системі «гіпоталамус – гіпофіз – наднирки – органи мішені». В таких умовах негативний вплив екзо- та ендогенних факторів за рахунок становлення репродуктивної системи може спричинити більш тяжкий перебіг захворювання. В якій мірі включення статевих гормонів в регуляцію фізіологічних реакцій в дитячому організмі впливає на бронхіальну чутливість не відомо. Порівняння двох вікових груп: 7–11 років (фаза препубертату) та 12–15 років (фаза пубертату) на нашу думку дає змогу дійти висновку щодо ролі статевих гормонів у регуляції чутливості бронхіальних рецепторів та змін порогу БГЧ.

Під нашим наглядом знаходилась 51 дитина у віці від 6,5 до 15 років з діагнозом бронхіальна астма, який було встановлено після обстеження в спеціалізованому стаціонарі. Хлопців було – 39, дівчат – 12. Рівні неспецифічної бронхіальної чутливості визначались за допомогою інгаляційних бронхопровокаційних тестів з бронхоконстриктором ацетилхоліном за власною методикою. Статевий розвиток визначався за результатами вивчення функціональної активності гіпофізарно-гонадної системи шляхом оцінки рівнів фолікулоstimулюючого гормону, лютеїнізуючого гормону, пролактину, тестостерону, естрадіолу, прогестерону в сироватці крові, радіоімунним методом, з урахуванням клінічних проявів.

Серед обстежених дітей у фазі препубертату було 37 (72,5%) з них 8 дівчат (21,6%) та 29 хлопців (78,4%). У фазі пубертату 14 (27,5%) дітей з них 4 дівчини (28,6%) та 10 хлопців (71,4%). Стан підвищеної бронхіальної чутливості реєструвався у всіх дітей, що ще раз доводить основний патогенетичний компонент бронхіальної астми є гіперреактивність бронхів. Поріг бронхіальної гіперчутливості у хворих на бронхіальну астму дітей, мав суттєві індивідуальні відмінності. Серед дітей в препубертатному віці (I група) високий рівень БГЧ частіше виявлявся у хлопців ніж у дівчат (62,5%), середній лише у хлопців у 5 з 29 (17,2%). Більша частина дітей мала низький рівень БГЧ, 65,5% серед хлопців та 62,5% серед дівчат першої групи.

Серед дітей II групи (пубертатний вік) співвідношення виглядало наступним чином високий рівень БГЧ виявився в 3 хлопців та у 2 дівчат (30% та 50% відповідно). Середній рівень БГЧ виявлено лише у одного хлопця. Низький рівень БГЧ виявлено у 6 хлопців (60%) та у 2 дівчат (50%). Статистичної різниці між рівнями БГЧ з одного боку та періодом статевого розвитку з іншого – не виявлено ($\chi^2 = 0,04 < \chi^2_{05} = 3,84$ або $p > 0,05$). Порівняння вмісту в крові статевих гормонів у дітей з різною бронхіальною чутливістю бронхів не виявило залежності між цими характеристиками.

Таким чином, основний патогенетичний компонент бронхіальної астми гіперчутливість бронхів. Не виявлено зв'язку між рівнем бронхіальної гіперчутливості, періодом статевого розвитку та статтю дітей.

ОЦІНКА ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Шаламай М.О., Андрікевич І.І., Сторожук І.В., Мантак Г.І., Однорогова Г.Г. І

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова, м.Вінниця

І Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м.Вінниця

Увага до гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) визначається в першу чергу її розповсюдженістю та зростанням кількості хворих дітей. В медичній практиці практично не використовується біопсія слизової оболонки стравоходу для діагностики ГЕРХ з подальшою оцінкою гістологічної (цитологічної) картини. Діагностика ГЕРХ у дітей досить складна, тому що існує різноманіття позастравохідних клінічних проявів. У 80% хворих дорослих на ГЕРХ, при гістологічному дослідженні слизової оболонки стравоходу виявлено різний ступінь її ураження.

Метою роботи було вивчення гістологічної (цитологічної) картини слизової оболонки стравоходу при ГЕРХ у дітей старшого віку. Під спостереженням було 40 хворих дітей (20 хлопчиків та 20 дівчаток), віком від 10 до 14 років, які проходили обстеження та лікування на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, з приводу ГЕРХ. Усім пацієнтам проводили добову комп'ютерну внутрішньопорожнинну рН-метрію стравоходу, езофагогастроудоденоскопію з біопсією дистального відділу слизової оболонки стравоходу. Хворих було розподілено: I група – 10 пацієнтів без клінічних та ендоскопічних ознак ГЕРХ; II група – 15 хворих з типовими клінічними проявами ГЕРХ, але без ендоскопічних ознак ГЕРХ; III група – 15 дітей з типовими клінічними скаргами та ендоскопічними ознаками. Визначали чутливість та специфічність отриманих гістологічних ознак для ранньої діагностики ГЕРХ у дітей. У кожній групі, при гістологічному дослідженні слизової оболонки стравоходу, визначали наступні цитологічні ознаки, як набряк, гіперплазія поверхневого та базального шарів епітелію стравоходу, ектазії судин та крововиливи, інфільтрація епітелію еозинофілами або нейтрофілами, паракератоз.

У хворих дітей з ерозивною формою ГЕРХ (III – група) достовірно частіше (до 68-70%) спостерігалась гіперплазія та набряк поверхневого та базального шарів епітелію стравоходу. Чутливість (28-30%) комплексу гістологічних ознак є низькою при неерозивній формі ГЕРХ (I та II групи), але специфічність (82-84%) їх достатня для проведення диференційної діагностики ураження слизової оболонки стравоходу у всіх групах. Таким чином, вивчення особливостей морфологічної структури слизової оболонки стравоходу у хворих дітей з ГЕРХ дозволяють прогнозувати перебіг та потребують детального вивчення.

Вступ. Важливим напрямком дитячої гастроентерології є вивчення питань сучасної діагностики та особливостей клінічного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у дітей старшого віку, що визначається її великою розповсюдженістю. Діагностика ГЕРХ досить складна через відсутність «золотого стандарту» достовірного та своєчасного розпізнавання хвороби, в зв'язку з існуванням крім клінічно класичного варіанту

перебігу, різноманітних позастравохідних проявів ГЕРХ [1]. Саме ураження стравохідно-гастральної зони займає одне з провідних місць в структурі захворювань дітей та підлітків. Відомо з наукових літературних джерел, що питома вага ГЕРХ у структурі дитячих хвороб продовжує зростати [2,3]. Необхідність вивчення цієї патології у дітей старшого віку пов'язана не тільки з її поширеністю, але із серйозністю ускладнень, до яких ГЕРХ може призвести. Одним з діагностичних тестів рефлюкс-езофагіту (РЕ) при ГЕРХ на даний час залишається і ендоскопічний метод дослідження стравохідно-шлункового тракту. При цьому слід пам'ятати, що у 70% хворих дітей при наявності типових клінічних ознак ГЕРХ, відсутні будь-які ендоскопічні ознаки хвороби (згідно класифікації це є ендоскопічно негативна форма ГЕРХ) [4,5]. Цілодобова внутрішньостравохідна рН-метрія, один з сучасних найчутливіших методів діагностики, дає змогу виділити клінічні форми ГЕРХ. На сьогоднішній час залишається невирішеним питання наявності кореляційних зв'язків між морфо-структурними змінами слизової оболонки стравоходу та клінічними проявами ГЕРХ у дітей [6,7]. При вивченні отриманих даних біопсії стравоходу зустрічається значний діапазон змін, характерних структурних ознак: від незначного пошкодження слизової оболонки стравоходу до проявів характерних для хронічного езофагіту, у вигляді ерозивних та виразкових дефектів слизової оболонки, запальних поліпів до стравоходу Барретта. Складність питання діагностики полягає ще в тому, що відсутні дані кореляційних зв'язків між морфологічними та гістологічними змінами при дослідженні біоптатів слизової оболонки з даними показників добової рН-метрії стравоходу.

На даний час існує наукова думка, що одним з найперших морфологічних ознак ГЕРХ у дітей старшого віку є запалення слизової оболонки кардії, яке передуює появі характерних патологічних змін дистального відділу стравоходу [8,9]. Всі ці дані свідчать про те, що відсутня єдина точка зору на діагностичні можливості і цінність стандартного морфологічного дослідження слизової оболонки стравоходу та кардіального відділу шлунка у хворих з різними формами ГЕР у дітей.

Метою нашої роботи було виявлення та вивчення особливостей патоморфологічних змін в слизовій оболонці дистального відділу стравоходу при ендоскопічно візуалізованих формах ГЕР, а також визначення діагностичної значимості ендоскопічно-гістологічного дослідження при ГЕРХ у дітей старшого віку.

Матеріали та методи дослідження.

На базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні нами була обстежена клінічно однорідна група з 32 дітей, які мали класичні клінічні прояви ГЕРХ, віком від 10 до 16 років. За статтю обстежені діти основної групи розподілились наступним чином: 22 (68,75%) дівчаток та 10 (31,25%) хлопчиків. Середній вік дітей складав $13,04 \pm 0,18$ року. Тяжкість клінічного перебігу ГЕРХ оцінювали з урахуванням скарг, анамнезу, даних об'єктивного клінічного обстеження, лабораторно-інструментальних методів дослідження. Печію різної інтенсивності відчували лише 20 (62,50%) дітей. Оцінку вираженості симптомів печії проводили за 3-х бальною шкалою: незначна – 1 бал (2 дітей – 10%), помірна – 2 бали (12 дітей – 60%), значна – 3 бали (6 дітей – 30%). З даних анамнезу дітей було встановлено, що тривалість хвороби становила більше 1 року у 30 (93,75%) дітей. Всім дітям основної та групи співставлення (10 здорових дітей) проводили фіброгастроудоденоскопію (ФГДС) та внутрішньостравохідний добовий рН-моніторинг.

Для оцінки патоморфологічних змін в слизовій оболонці під час ендоскопічного дослідження проводили біопсію з дистального відділу стравоходу на 1-2 см від зони переходу стравоходу в шлунок. Отриманий матеріал маркірувався, проводилась його фіксація в 10% розчині нейтрального формаліну (рН 7,2-7,4). Потім біоптати зневоджувались у спиртах і заливалися парафіном. Виготовлення східчастих зрізів виконували за загальноприйнятою методикою в обласній патоморфологічній лабораторії. Гістологічні препарати фарбували гематоксиліном та еозином. Мікроскопія підготовлених біоптатів проводилась за збільшенням в 100 та 300 разів. Для подальшого аналізу отриманих результатів всіх хворих дітей розподілили на наступні групи в залежності від клінічних проявів, ендоскопічної картини та отриманих гістологічних змін слизової оболонки стравоходу при біопсії. Основна група спостереження поділилась: 12 дітей з типовими клінічними проявами ГЕРХ без ендоскопічних змін стравоходу (II група) та 20 дітей (III група) з клінічними проявами ГЕРХ і ознаками ерозивної форми ГЕР. Визначали абсолютну та відносну частоту таких гістологічних ознак ГЕР, як гіперплазія поверхневого та базального шарів епітелію, його набряк та розшарування; ектазія судин та крововиливи, подовження сосочків, інфільтрація епітелію еозинофілами або нейтрофілами. Статистична обробка отриманих результатів проведена в пакеті «Statistica 5,5».

Результати дослідження та їх обговорення.

Абсолютна та відносна частота отриманих гістологічних ознак в обстежених групах дітей наведена у таблиці 1.

При оцінці гістологічного дослідження біоптатів дистального відділу стравоходу дітей групи співставлення (I група) було виявлено, що слизова оболонка представлена багатшаровим плоским незроговілим епітелієм. Шари клітин епітелію, які відторгаються, змінюються лускатими та шипуватими клітинами. У власній пластинці знаходяться кардіальні залози.

При проведенні ФГДС у дітей II групи макроскопічних змін не було виявлено, але при гістологічному аналізі виявлені патологічні зміни слизової оболонки у вигляді гіперплазії та набряку епітелію поверхневого та базального шарів, що спостерігали відповідно у 66,60% та 41,60% випадків. Подовження сосочків епітелію спостерігалось у 4 дітей, що склало 33,20%.

При проведенні аналізу отриманих гістологічних змін біоптатів дітей III групи були виявлені глибокі зміни в слизовій оболонці стравоходу у вигляді вираженої дегенерації, інфільтрації епітелію нейтрофілами у 90% випадків, а також дистрофія клітин з потовщенням епітеліальної пластинки. Східчасті зрізи сосочків мають базофільний характер в 72%. Незалежно від форми ГЕРХ гіперплазія поверхневого шару епітелію слизової оболонки стравоходу спостерігається у 65 – 67% випадків. У III групі дітей виявлені ознаки атрофії і десквамації поверхневих клітин, гіалінова дистрофія в зоні базальних епітеліоцитів, що свідчать про глибокі структурні зміни слизової оболонки стравоходу.

Висновки.

Морфологічні ознаки запалення слизової оболонки дистального відділу стравоходу були виявлені в II та III групах спостереження у дітей старшого віку з ГЕРХ і мають специфічні структурні прояви, як відповідь на закид шлункового вмісту у стравохід. Діагностична цінність морфологічного дослідження, як високоспецифічного, полягає у тому, що дозволяє, на ендоскопічно негативному етапі процесу, своєчасно скоригувати тактику лікування хворих дітей і таким чином запобігти трансформації виявлених змін у більш глибокі.

ПОКАЗНИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Шахова О.О., Дмитрук Т.В. 1, Січкач І.Б. 1

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

1Обласна дитяча клінічна лікарня, м.Чернівці

Метою роботи було вивчити діагностичну цінність показників неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів у хворих на бронхіальну астму підлітків, у післянападному періоді та під час клінічної ремісії.

Для досягнення мети роботи в пульмо-алергологічному відділенні ОДКЛ м.Чернівці обстежено 105 дітей підліткового віку, що хворіють на бронхіальну астму. Сформовано дві клінічні групи порівняння, першу (I) утворили – 42 пацієнти, обстежені у післянападному періоді, II – 63 підлітка, у періоді клінічної ремісії. Усім дітям, у динаміці спостереження поряд із загальноклінічними обстеженнями визначали гіперсприйнятливості бронхів, за допомогою інгаляційного бронхопровокаційного спірометричного тесту із серійними розведеннями гістаміну. Враховували концентрацію (ПК20Г) і дозу (ПД20Г), яка могла обумовити зменшення об'єму форсованого видиху (ОФВ1) на 20%. Лабільність бронхів визначали шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження та інгаляцію β2-агоніста короткої дії (200 мкг сальбутамолу) з наступним обчисленням показника лабільності бронхів як суми його компонентів – індексів бронхоспазму (ІБС) та бронходилатації (ІБД).

Встановлено, що показники гіперсприйнятливості бронхів до прямих і непрямих стимулів у дітей груп порівняння становили в післянападному періоді (ПК20Г) – $1,26 \pm 0,28$ мг/мл (95%ДІ 0,69-1,83); а ДЗК – $2,09 \pm 0,09$ ум.од (95%ДІ 1,91-2,27). У періоді ремісії (ПК20Г) – $1,66 \pm 0,34$ мг/мл (95%ДІ 0,97-2,35); ДЗК – $2,09 \pm 0,09$ (95%ДІ 1,91-2,28). Показники лабільності бронхів в I групі становили – $19,17 \pm 2,70$ %, в II-й – $13,80 \pm 1,64$ % ($p > 0,05$). Із урахуванням середніх величин показників неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів, а також меж інтервалу, який з 95%-ою вірогідністю відображає наявність істинних величин, як розділові точки для верифікації ремісії були обрані: для ПК20Г – більше 1,5 мг/мл; для ДЗК – менше 2,0 ум.од.; для ПЛБ – менше 15%; для ІБС – менше 5%; для ІБД – менше 10%.

Таким чином, відсутність вірогідних відмінностей дає підстави вважати, що гіперсприйнятливості бронхів визначається не лише запальними змінами, що характерні у післянападному періоді, але й іншими, що стають провідними у періоді ремісії.

ОСТЕОПЕНІЧНИЙ СИНДРОМ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ПЕРШИХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Шевченко Н.С.

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

Відомо, що стан кісткової тканини людини безпосередньо пов'язаний із наявністю хронічної соматичної патології, запальних процесів, порушень, що не дають можливість сформувати достатню пікову кісткову масу на етапах росту й розвитку в дитячому та підлітковому віці. Дослідження останніх років довели взаємозв'язок остеопенії в молодому віці та ревматичних хвороб, перш за все системних захворювань сполучної тканини та ревматоїдного артриту. Наукові розробки щодо дорослих пацієнтів виявили також потенціуючу дію один на одного остеоартрозу (ОА) та остеопорозу.

Нами доведено (Лебець І.С. із співавт.), що ОА має місце й в молодому віці. Причинами його розвитку в підлітків можуть бути диспластичні зміни, а саме гіпермобільний синдром (ГМС), метаболічні порушення, надвисокі навантаження та перенесений запальний процес у суглобах.

З метою попередження прогресування ОА в даному віковому періоді було досліджено стан кісткової тканини у 45 підлітків 12-18 років із встановленим діагнозом початкової стадії ОА. Серед хворих переважали дівчата (62,2%) та діти 15-18 років (66,7%). Для встановлення діагнозу ОА користувались сучасною міжнародною класифікацією РЗ, критеріями діагностики та лікування ОА, що затверджено Асоціацією ревматологів України. До уваги брались фактори ризику розвитку ОА: у 55,5 % виявлявся ГМС, у решти – в анамнезі відмічено перенесений реактивний артрит різної етіології у стадії ремісії. Вивчались клінічна симптоматика суглобового синдрому, наявність синовіту, проводилось рентгенологічне та ультразвукове обстеження (УЗД) суглобів. При дослідженні кісткової тканини методом ультразвукової денситометрії п'яткової кістки на апараті "Sonos-2000" остеопенічний синдром визначався при зменшенні показника Z-score нижче $-1,0$ SD порівняно з номограмами для дітей Харківського регіону (Фролова Т.В. із співавт.).

Встановлено значну частоту розвитку остеопенії у підлітків, хворих на ОА (62,2%), частіше серед осіб жіночої статі (75,5 % проти 40,2 %, $p < 0,01$), у віці до 14 років (77,7 % проти 54,1 %, $p < 0,01$), переважно на тлі перенесеного РеА (80,0 % проти 44,2 % при наявності ГМС, $p < 0,05$). За критеріями ВООЗ остеопенія відповідала першому ступеню у 64,4 %. Однак у 8,8 % хворих (всі при розвитку ОА після РеА в анамнезі) вираженість зниження кісткової маси досягала третього ступеня (остеопорозу). Не встановлено достовірної залежності між рентгенологічними ознаками ОА та наявністю остеопенічного синдрому. Відмічено взаємозв'язок між зниженням кісткової тканини та зменшенням висоти суглобового хряща за даними УЗД ($p < 0,05$), що підкреслює спорідненість порушень мінералізації кістки та суглобових змін диспластичного характеру. У хворих на ОА із виникненням вторинного синовіту за даними УЗД остеопенічний синдром зустрічався у два рази частіше ($p < 0,05$).

Таким чином, зменшення маси кісткової тканини визначається з великою частотою при формуванні дегенеративних змін у суглобах в підлітковому віці. Як сполучнотканинна дисплазія, так і наявність в анамнезі запального процесу в суглобах стають факторами ризику розвитку і прогресування не тільки порушень у суглобових структурах, а й у кістковій тканині в цілому. Це надає підставу для корекції терапевтичних дій щодо таких пацієнтів із включенням антиостеопоротичних препаратів.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Юрцева А.П., Павликівська Б.М., Мотрюк В.Б., Костишин Н.С.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ

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 діагностуються при патології щитоподібної залози, особливо при латентних формах порушення її функції. Метою нашої роботи було вивчення стану вегетативного гомеостазу у дітей з субклінічним гіпотиреозом (СГ). Для виконання поставленої мети було обстежено 50 школярів віком від 12 до 16 років, у яких було констатовано СГ і які становили основну групу. Діагностика СГ ґрунтувалась на основі ультрасонографічного визначення розмірів щитоподібної залози; хемілюмінесцентного імунологічного визначення рівня ТТГ, Т4 в сироватці крові. Контрольну групу склали 27 дітей відповідного віку, у яких на момент обстеження не було виявлено симптомів СГ. У дітей основної групи виявлені ознаки СГ: збільшення розмірів щитоподібної залози, підвищення рівня ТТГ в межах від 2,5 мОД/л до 6 мОД/л при нормальних показниках Т4 в сироватці крові. Аналіз ВСР показав, що показники ВСР у дітей контрольної групи характеризуються відносно високою ВСР. 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 СГ 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 $0,79 \pm 0,012$ с до $0,54 \pm 0,011$ с, $P < 0,02$), дельта (з $0,423 \pm 0,17$ с до $0,245 \pm 0,018$ с, $P < 0,001$). 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 те, що вони характеризуються меншим діапазоном адаптаційних можливостей організму у порівнянні з дітьми контрольної групи. На порушення вегетативної регуляції у дітей з СГ 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 рази, однак вказані зміни ВСР не свідчать про грубу 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 йодовмісних препаратів йодид 100 або йодомарину 100 дітям основної групи протягом 3-х місяців призвело до покращення динаміки показників ВСР, які практично не відрізнялись від показників дітей контрольної групи. Таким чином, аналіз показників кардіоритмограми у дітей з СГ вказує на помірне переважання парасимпатичного тону у положенні лежачи та переважання тону симпатичного відділу ВНС після виконання ортостатичної проби. Прийом йодовмісних препаратів йодид 100 або йодомарин 100 в дозі 100 мкг/добу курсом протягом 3-х місяців призводить до нормалізації більшості показників ВСР.

ОПТИМІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗДОРОВИМ НОВОНАРОДЖЕНИМ ДІТЯМ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Юрцева А.П., Мотрюк В.Б., Гриців М.А., Кульчицька Л.М.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ

Проблеми охорони материнства і дитинства у всі часи існування людства залишатимуться актуальними. Сучасні принципи перинатальної допомоги базуються на концепції ВООЗ щодо фізіологічного ведення вагітності, пологів та фізіологічного догляду за дитиною з обмеженням медичних втручань без належних показань. Це забезпечується шляхом впровадження простих, але важливих технологій, які не потребують значних матеріальних затрат і можуть бути впроваджені у всіх родопомічних закладах: ранній контакт «шкіра до шкіри», раннє прикладання дитини до грудей матері, спільне перебування матері і дитини, вільний доступ членів сім'ї у пологові будинки, дотримання теплового ланцюжка. Метою нашої роботи було встановлення ефективності використання сучасних технологій при догляді за здоровими новонародженими дітьми в сучасних умовах на прикладі міського пологового будинку м. Івано-Франківська. Для вирішення поставленої мети протягом 6 років після впровадження наказу МОЗ України "Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною" №152 проводилось клінічне та бактеріологічне дослідження 247 здорових новонароджених дітей.

Встановлено, що запровадження нового порядку перебування матері і немовляти у пологовому будинку має особливе значення для профілактики інфікування дитини, в тому числі на внутрішньолікарняні інфекції. Виявлено, що найшвидше дитина інфікується у багатомісній дитячій палаті окремо від матері. Підтвердженням цього є те, що у перший день життя дитини умовно патогенна флора, у тому числі золотистий стафілокок, при дослідженні немовляти, виявляються в поодиноких випадках, а вже під час виписки з пологового будинку – у 97% дітей. Встановлено тісний кореляційний зв'язок між ступенем колонізації новонароджених і частотою виникнення гнійно-септичних інфекцій. У новонароджених з масивним обсіменінням гнійно-септичні ускладнення виникають в 2-3 рази частіше, ніж у дітей, колонізованих незначно. При спільному перебуванні матері і дитини створюються умови для природної колонізації немовлят материнською мікрофлорою. Частота співпадіння становить близько 74%, що запобігає колонізації організму дитини іншими мікроорганізмами. Крім того контакт "шкіра до шкіри" забезпечує природну колонізацію організму дитини материнською мікрофлорою, яка не є небезпечною для новонародженої дитини. Раннє прикладання дитини до грудей матері забезпечує проникнення в організм дитини специфічних і неспецифічних захисних факторів, зокрема секреторного імуноглобуліну А, які забезпечують становлення імунітету дитини в майбутньому. Протягом часу впровадження нових сучасних технологій в практику роботи міського пологового будинку при спільному перебуванні матері і дитини у 2 рази рідше зустрічаються тяжкі форми гнійно-септичних інфекцій, захворюваність частіше зумовлена локалізованими формами гнійно-септичних інфекцій. Крім того, встановлено, що обмеження відвідувань породіллі близькими родичами не впливає на частоту бактеріальної інфікованості малюків, а вільне відвідування породіллі родичами не збільшує показник інфікованості новонароджених дітей. Отже, проведені дослідження показали ефективність застосування нових медичних технологій по догляді за здоровими новонародженими дітьми в практиці роботи міського пологового будинку м. Івано-Франківська.