

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

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
І НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ПЕДІАТРІЇ
НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Матеріали конгресу педіатрів України
(7–9 жовтня 2003 р., Київ)**

Київ - 2003

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

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

Віддруковано в ТОВ “Видавництво “Аспект-Поліграф”
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб’єктів видавничої справи
ДК № 115, від 12.11.2002 р.
16610, Чернігівська обл., м. Ніжин, вул. Шевченка, 109 А,
тел/факс (04631) 3-11-08, тел. (04631) 3-18-03
e-mail: aspekt@ne.cg.ukrtel.net

ЗМІСТ

<i>Розділ 1.</i> Стан здоров'я дітей та методи його оцінки	4
<i>Розділ 2.</i> Сучасні аспекти раціонального вигодовування та харчування дітей	35
<i>Розділ 3.</i> Новітні технології в діагностиці захворювань дитячого віку	68
<i>Розділ 4.</i> Актуальні питання лікування та профілактики захворювань у дітей	187
<i>Розділ 5.</i> Екологічні проблеми та екопатологія дитячого віку в сучасних умовах	265
<i>Розділ 6.</i> Проблеми інфекційних захворювань у дітей	283

Розділ 1.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА МЕТОДИ ЙОГО ОЦІНКИ

ДИНАМІКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ М. ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА В СУЧАСНИХ УМОВАХ

А.П. ЮРЦЕВА, Б.М. ПАВЛИКІВСЬКА, З.О. ЦІХОНЬ
Івано-Франківська державна медична академія

Криза в економіці та інших сферах суспільного життя країни призвела до значного зниження життєвого рівня, а, головне, до ослаблення соціального захисту населення. Слід відмітити, що у дітей шкільного віку вплив біологічних (перинатальних) факторів на стан здоров'я дещо зменшується і зростає роль соціальних: до 7 років це вплив переважно сімейного оточення, до 10 років – школи і сімейного оточення. З віком здоров'я дитини взагалі стає соціально залежним. В силу цих причин спостерігається постійне зменшення кількості здорових дітей.

Метою нашої роботи було вивчення динаміки стану здоров'я дітей шкільного віку по м. Івано-Франківську за 1998-2002 роки. Аналіз медичної документації показав, що кількість дітей-школярів по місту невпинно зменшується (33413 дітей у 1998 р. і 28277 – у 2002 р.). Встановлено, що лише 17,1% школярів не мають відхилень в стані здоров'я (I група здоров'я). Функціональні розлади діагностовано у 56,5% дітей (II група здоров'я), але найбільше насторожує виявлення у 26,4% дітей хронічної патології (III група здоров'я). Значно гірші показники у підлітків. Так, з I групою здоров'я виявлено лише 16,3% дітей, а з III групою здоров'я – 39,2%.

Оцінюючи динаміку захворюваності школярів за останні 5 років, слід відмітити збільшення частоти ендокринної патології в 1,5 раза (в основному за рахунок ожиріння, гіпогеніталізму, дифузного зобу), інфекційних і паразитарних захворювань – в 1,3 раза (за рахунок інфекційного мононуклеозу, хронічного вірусного гепатиту), хвороб кістково-

м'язової системи – в 1,3 раза (за рахунок сколіозу набутого, плоскостопості II-III ступеня), хвороб ока та додаткового апарата – в 1,2 раза (за рахунок порушення рефракції та акомодатції, хвороб сітківки). Перший період погіршення стану здоров'я школярів спостерігається вже в 1 класі, коли зменшується кількість дітей з I групою і збільшується кількість дітей з III групою здоров'я. Порушення в стані здоров'я ще нестійкі і в міру адаптації до навчання в початковій школі стан здоров'я дітей навіть поліпшується. В 10-11 років знову збільшуються відхилення в стані здоров'я. Ці зміни вже стабільні і переходять в хронічну патологію. За період з 1998 по 2002 роки найбільш високі темпи росту кількості захворювань реєструються серед підлітків. Зменшення кількості здорових підлітків відбувається за рахунок збільшення частоти патології органів чуття (зниження гостроти зору, зниження гостроти слуху), патології постави (сколіоз набутий). З ростом дитини прослідковується зменшення частоти реєстрації дефектів мови.

Інтегральним відображенням рівня і якості здоров'я підростаючого покоління може вважатись показник інвалідності. Він найбільш чітко ілюструє різке зниження функціональних можливостей організму, реакцій пристосування і захисту у дітей і підлітків. З 1999 по 2002 роки по м. Івано-Франківську відмічено збільшення кількості дітей-інвалідів на 14%. Ріст даного показника спостерігається за рахунок збільшення дітей з хворобами ендокринної системи, розладами психіки і поведінки (в тому числі шизофренія), природжених аномалій розвитку, новоутворень.

Таким чином, аналіз динаміки стану здоров'я дітей шкільного віку м. Івано-Франківська вказує, що для раннього виявлення та корекції відхилень необхідне створення сучасних систем моніторингу за станом здоров'я дітей та підлітків, які є основою генофонду країни.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Н.М. КОРЕНЕВ, И.С. ЛЕБЕЦ, Р.А. МОЙСЕЕНКО,
Э.Л. АХНАЗАРЯНЦ, Е.М. НОСОВА, В.Л. КАШИНА,
Т.Н. МАТКОВСКАЯ, А.В. КОСОВЦОВА, С.А. ЧУМАК,
Л.П. БУЛАГА

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

Сложная экономическая ситуация в стране, снижение материального состояния семей и изменение моральных приоритетов общества способствуют отделению ребенка от семьи и увеличению числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В структуре численности этого контингента сохраняются прежние тенденции с преобладанием “социальных” сирот. Наиболее распространенными формами защиты и помощи со стороны государства для сирот являются дома ребенка, детские дома, школы-интернаты.

Исследования, проведенные сотрудниками Института охраны здоровья детей и подростков, свидетельствуют о том, что состояние здоровья сирот, воспитывающихся в государственных интернатных учреждениях, не улучшается, и в различных возрастных группах наблюдается значительная частота хронической патологии.

Распространенность заболеваний среди детей-сирот наиболее высока в домах ребенка (5964,7‰), снижается в детских домах (4089,7‰) и школах-интернатах (3555,9‰), но существенно превышает популяционную (2183,4‰).

В раннем возрасте гармоничное физическое развитие наблюдается лишь у 25,5% детей. Среди воспитанников первых трех лет жизни с дисгармоничным развитием чаще встречается дефицит массы тела, чем длины ($p < 0,01$), а у 1/4 детей установлено снижение массы тела и его длины одновременно. Каждый ребенок первых лет жизни имеет несколько заболеваний, из числа которых наиболее распространены: задержка психомоторного развития, перинатальное гипоксическое поражение центральной нервной системы, рахит, гипотрофия, бронхолегочная патология, атопический дерматит, резидуальная энцефалопатия, дефицитная анемия.

У дошкольников увеличивается число гармонично развитых детей (46,8%), но у 40,3% лиц сохраняется отставание в росте, у 11,3% – дефицит массы тела. По частоте первые места отводятся рас-

стройствам психики и поведения, гипотрофии, болезням нервной системы и органов дыхания.

Среди детей школьного возраста преобладают гармонично развитые дети (65,9%). Дисгармоничность развития проявляется преимущественно отставанием в росте. В структуре патологии на первый план выступают расстройства психики и поведения, которые в 2 раза превышают их частоту в популяции. Они представлены невротической симптоматикой в сочетании с нарушенными формами поведения – асоциальным (45,1%) и делинквентным (32,2 %). Ведущее место также занимают эндокринные болезни, заболевания желудочно-кишечного тракта с учетом кариеса, опорно-двигательного аппарата – сколиоз, плоскостопие.

В связи со значительным уровнем заболеваемости только 4,0% детей-сирот можно отнести к первой группе здоровья, преобладают третья (55,0%) и вторая (29,0%) группы. Обращает на себя внимание тот факт, что в возрасте до четырех лет практически отсутствуют здоровые дети. Среди школьников-сирот за последние 10 лет отмечается снижение частоты первой группы здоровья вдвое и увеличение третьей-четвертой групп. Неудовлетворительные показатели состояния здоровья детей-сирот и их негативные тенденции за последние годы имеют непосредственную связь как со значительным дефицитом бюджетных средств, так и с несовершенством медицинского обеспечения данного контингента.

ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

В.С. ХІЛЬЧЕВСЬКА, Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, І.В. РЕГУЛЬСЬКА*

Буковинська державна медична академія

*МДКЛ № 1, м.Чернівці

Вивчення напрямку інтелектуального розвитку дітей України є досить актуальною проблемою і вимагає розробки надійних критеріїв діагностики для виявлення його взаємозв'язку з біологічними та соціальними факторами. Йдеться не лише про діагностику грубої розумової патології, але й про донозологічні інтелектуальні відхилення, коли виникає практична необхідність створення найбільш сприятливих умов життя та навчання з врахуванням індивідуальних особливостей дитини.

Метою дослідження було вивчення динаміки рівня інтелектуального розвитку дітей шкільного віку, його взаємозв'язків з багатьма факторами, тісно пов'язаними із станом їх здоров'я та способом життя. Було комплексно обстежено 530 дітей м. Чернівці та області віком від 8 до 17 років. Для оцінки рівня сформованості інтелектуальних функцій та особистісних якостей дітей шкільного віку використовувався стандартизований дитячий тест Кеттела, за яким показник інтелекту оцінювався за трьома рівнями – високим, середнім та низьким.

Кореляційний аналіз показав середній зворотний зв'язок між ступенем зобу і показником інтелекту ($r = -0,30$, $p < 0,05$). Було встановлено, що в групі дітей з зобом різного ступеня високий рівень сформованості інтелектуальних функцій спостерігався вдвічі рідше, а низький рівень – майже вдвічі частіше. Найбільша частота зобу спостерігалася у вікових групах 11-12 та 16 років, саме коли було відмічено зниження інтелектуального рівня серед дітей цього віку.

В групах дітей з такими відхиленнями у фізичному розвитку, як низький зріст та надлишок маси тіла, показники інтелекту знаходились на нижчому рівні, ніж в їх ровесників з середніми показниками. Найбільш достовірним виявився кореляційний зв'язок з конституційним типом ($r = -0,33$, $p < 0,05$). Це свідчить про те, що астенична конституція дитини асоціює з вищим показником інтелекту. При оцінці впливу зовнішніх факторів на сформованість інтелектуальної функції виявились достовірні позитивні кореляційні зв'язки з освітою батьків дитини ($r = +0,28$, $p < 0,05$), регулярно фізичною активністю ($r = +0,27$, $p < 0,05$). Показник інтелекту також негативно корелював з більшою кількістю дітей в сім'ї ($r = -0,25$, $p < 0,05$) та стресогенним сімейним оточенням, в якому зростає дитина ($r = -0,20$, $p < 0,05$).

За отриманими результатами на основі лінійної регресії було побудовано багатофакторну модель впливу зовнішніх чинників на показник інтелектуального розвитку дітей. Найбільш достовірно позитивно з ним асоціювали старший вік матері, достатня рухова активність, негативно – дисгармонійний фізичний розвиток з надлишком маси тіла та зоб різного ступеня. Таким чином, у зв'язку з цим виникає необхідність якомога раніше проводити заходи з корекції дисгармонії у фізичному розвитку та функціонального стану щитовидної залози у дітей з зобом, які помітно впливають на інтелектуальний розвиток підростаючого покоління.

ХРОНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОСТУ І РОЗВИТКУ СУЧАСНИХ ДІТЕЙ

Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, Н.І. КОВТЮК, С.Є. ФОКІНА
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Знання закономірностей розвитку сучасних дітей, визначення критичних періодів та факторів створюють умови для адекватної оцінки процесів росту та більш ефективної профілактичної стратегії. Гетерогенність розвитку найбільш помітно відображається у віковій зміні критеріїв біологічного віку. Ознаки морфологічної зрілості кісткової системи у ранньому віці замінюються показниками зрілості фізичної та репродуктивної у старших вікових групах. Динаміка росту людини знаходиться під впливом багатьох чинників, як внутрішніх так і зовнішніх, під дією яких формується певний взірець розвитку дітей. У наукових дослідженнях на сьогоднішній день недостатньо уваги приділено комплексному підходу в оцінці розвитку дітей та формуванні уяви про взірець розвитку українських дітей.

Метою нашого дослідження було встановлення хронологічних закономірностей розвитку дітей. Об'єктом дослідження були 2648 дітей у віці від 1 місяця до 17 років. У дітей оцінювався загальний стан здоров'я, показники фізичного і статевого розвитку з визначенням стадії статевої зрілості за вторинними ознаками та морфометричного стану статевих органів, динаміка розвитку таза, ультрасонографічні показники біологічної зрілості, морфометричні показники стану ендокринних залоз. Крім того, аналізувалися генетичні особливості, стан мікросоціального середовища дитини, характер харчування та фізичної активності. Виконувався хронологічний аналіз основних процесів розвитку.

Вивчення показників фізичного розвитку вказує на задовільні темпи росту та дефінітивні цифри антропометричних критеріїв. Початок пубертатного спурту відмічається (дівчата та хлопці відповідно) у 9 та 11 років. Вік максимальної прибавки у зрості (3,9 і 4,9%) припав на 12 та 14 років. Початок пубертатного прискорення у масі тіла – 11 років для обох статей, з максимальною прибавкою маси (12%) у 13 та 16 років. Показник пропорційності склав 0,79 кг на см зросту. Такий взірець росту близький до результатів, отриманих іншими українськими дослідниками у попередні роки.

Для дівчат важливу роль відіграє, поряд з фізичною та статевою готовністю до виконання репродуктивної функції, кісткова зрілість організму. Ріст та формування кісток таза регулюються фактором

спадковості, комплексом гормонального впливу в умовах існування індивідууму, екологічними факторами. Максимальний пік приросту поперечних та поздовжніх розмірів таза у обстежених дівчат припав на 13 років і він тісно пов'язаний із появою менархе ($12,56 \pm 0,07$ року). В той же час максимальне потовщення кісток (за індексом Соловйова) має декілька піків – у 10, 13 та 16 років.

Біологічний вік ми оцінювали у різних вікових груп за такими критеріями: зубна зрілість, ультрасонографічно – кісткова зрілість (окостеніння голівки стегна та кісток зап'ястка, стан щільності лонного з'єднання), морфометричні показники статевих органів (яєчників, матки, яєчок), клінічно – показник артеріального тиску, наявність та вираженість вторинних статевих ознак.

Встановлені хронологічні закономірності можна вважати основними виявами взірця розвитку дітей Чернівецької області (і, можливо, українських дітей взагалі). Пікові показники розвитку звичайно співпадають із формуванням певних диспропорцій та стану напруження у багатьох системах. Саме у ці періоди існує найбільший ризик порушень росту та розвитку дітей.

ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ-СИРИТ РАНЬОГО ВІКУ

Є.І. ЮЛІЦ, І.В. БАЛИЧЕВЦЕВА, І.Г. САМОЙЛЕНКО,
С.М. МАКСИМОВА, Г.Г. СТЕПАНОВА, Л.С. КОРЄНЄВА
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Нині в Україні є 46 Будинків дитини (з них 39 спеціалізованих), в яких виховуються близько п'яти тисяч дітей перших чотирьох років життя. Зростання кількості дітей цієї категорії, постійне перебування їх у великому колективі, особливості виховання без батьків, несприятливий, у більшості випадків, преморбідний фон (діти з “неблагополучних” сімей) визначають вирішення не лише суто медичних, а й соціальних, моральних, педагогічних та економічних проблем.

Протягом декількох років кафедра пропедевтики дитячих хвороб Донецького державного медичного університету проводить аналіз відомостей про вихованців спеціалізованого Будинку дитини “Малютко”.

Проаналізовано соціальний статус 179 вихованців віком від декількох місяців до 3-х років. Основний контингент спостережуваних дітей – це соціальні сироти, від яких відмовилися батьки (162 особи – 91%). 17 (9%) осіб перебувають у Будинку дитини тимчасово.

Оцінку за шкалою Апгар мали 78,2% дітей. Стан клінічної смерті на 1-й хвилині після народження спостерігався у 0,2% дітей, тяжка гіпоксія (1-3 бали) – у 3,7%, гіпоксія середньої тяжкості (4-5 балів) – у 12,8%, легка гіпоксія (6-7 балів) – у 48,5% дітей. І лише 34,8% новонароджених вважалися здоровими.

Аналіз показників фізичного розвитку вихованців Будинку дитини виявив, що нормальні зросто-масові показники мають лише 15,1%. Фізичний розвиток з відхиленням відмічався у 84,9%. Дефіцит маси тіла мають 49%, довжини – 45%. У 18% випадків наявне поєднане зниження обох показників.

У структурі захворюваності спостережуваних дітей переважають хвороби органів дихання, хвороби нервової системи та органів чуттів – на другому ранговому місці, інфекційні захворювання – на третьому.

Враховуючи поширеність інфекційних захворювань органів дихальної системи, було проаналізовано характер та етіологічну значущість бактеріальної флори при різних гострих (отит, синусит, тонзиліт, бронхіт, пневмонія) ураженнях органів дихання. В 50-70% випадків у них виявлялися мікробні асоціації 2-3 бактерій, а в 10-15% – гриби роду *Candida*. У більшості випадків спостерігався внутрішньолікарняний характер етіотропної флори. При пневмоніях частіше реєструвалася синьогнійна паличка, золотистий стафілокок, пневмококи, клебсієла. У обстежених хворих виявлялись асоціації не лише типових бактеріальних (наприклад, пневмокок, протей тощо) й “атипових” внутрішньоклітинних збудників – хламідій, спостережуваних залежно від віку в 15-80% випадків, цитомегаловірусів, віруса Епштейна-Барр.

Високий рівень інфікованості внутрішньоклітинними інфектами, які мають виражені імуносупресивні властивості, зумовлює наявність імунних дисфункцій у дітей (65%), що призводять не лише до синдрому дитини, яка часто й тривало хворіє (80% дітей переносили від 6 разів і більше ускладнені форми інфекційних захворювань), а й формування хронічних запальних процесів.

Виявлені особливості контингенту вихованців Будинку дитини дозволяють вважати головним завданням надання таким дітям адекватної медико-педагогічної та соціальної допомоги. Раннє виявлення групи ризику дозволяє здійснювати цілеспрямовані профілактичні та реабілітаційні заходи з метою корекції виявлених відхилень їх здоров'я, розвитку та поведінки.

РОЛЬ НОВЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е.А. МИХАЙЛОВА

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

В числе неотложных задач социальной педиатрии выдвигается проблема медицинской и психологической помощи детям, больным ИЗСД, поиска профилактических мер, снижающих частоту ранних и поздних осложнений эндокринного заболевания.

Возраст манифестации, длительность заболевания, лабильность течения СД, незрелость отдельных функциональных систем организма на различных этапах онтогенетического развития ребенка способствуют формированию энцефалопатий, автономной и сенсомоторной полинейропатии, наравне с рядом других осложнений (ангиопатией, ретинопатией, микро-, макроангиопатиями, нефропатией, гепатозами).

Клинико-психопатологическое исследование 100 детей и подростков, страдающих СД от периода манифестации до 5 лет и более, установило развитие хронической диабетической энцефалопатии (90%) с различными эмоциональными и когнитивными расстройствами. Выделены психопатологические (депрессивно-дистимические), нейропсихологические (минимальная мозговая дисфункция – тест Тулуз-Пьерона), нейроваскулярные, соматоневрологические (хроническая гипергликемия, неврологический дефицит – фокальная краниальная моно- и полинейропатия) маркеры тяжести СД. Установлен разный уровень устойчивости к эмоциональным нагрузкам при СД (компьютерная ЭЭГ с оценкой вариабельности сердечного ритма). Пусковым механизмом для нарушения устойчивости систем мозга к острым и пролонгированным эмоциональным воздействиям служат как метаболические нарушения, так и нарушения психогенного характера, приводящие к истощению функциональных резервов организма при отсутствии неспецифической для СД стресс-протекторной терапии.

У всех больных, страдающих сахарным диабетом, на фоне диабетической энцефалопатии формировалась коморбидная психопатология, включающая органическую депрессию, невротическую депрессию и нейросоматическую астению. Большинство детей (80%)

болезненно переживают состояние гипогликемии. Опасность гликемического состояния вызывает у детей беспокойство, страх, суетливость, а у более старших детей тревога выступает как центральный элемент в механизме формирования психического стресса. Выделена значимость психосоциальных стрессоров, воздействующих на формирование психических расстройств у детей и подростков с СД.

Среди нейрометаболических церебропротекторов, использованных в комплексе реабилитации детей, страдающих сахарным диабетом, выделен ноотропный препарат пикамилон, как наиболее эффективный в повышении адаптивных возможностей личности (с энергобалансирующими, ноотропными, анксиолитическими, тимолиптическими, вазоактивными свойствами). Ноотропное действие пикамилона объясняется за счет улучшения церебральной гемодинамики, нейрометаболического действия и активирующего влияния на холинергические структуры мозга. Восстановление эмоционального гомеостаза установлено в 68% случаев, частичное восстановление – в 32%, что требует пролонгированного курса до 1,5-2 месяцев. Нейропсихологическая коррекция необходима с момента хронического соматического заболевания.

Использование ноотропов – церебролизина, пикамилона, энцефабола на ранних этапах заболевания является наиболее эффективным (80%) в профилактике психической и социальной дезадаптации.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Т.Ю. ПРОСКУРИНА, Э.А. МИХАЙЛОВА, Т.Н. МАТКОВСКАЯ,
Н.Г. МИХАНОВСКАЯ, Д.А. МИТЕЛЕВ

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

Проблемы психического здоровья, по оценке статистическо-эпидемиологических данных ВОЗ, относятся к числу наиболее распространенных причин потери “качества жизни”. В последние годы пограничные психические расстройства у школьников и связанная с ними психологическая и социальная дезадаптация относятся к одной из актуальных проблем современной психиатрии.

В современный период происходит значительный рост числа нервно-психических заболеваний, преимущественно тех, которые являются наиболее характерной реакцией на психический стресс: не-

вросы, посттравматические стрессовые и психосоматические расстройства, различные формы девиантного поведения. Резко увеличивается распространенность алкоголизма, наркомании, токсикомании.

Динамика показателей распространенности психических заболеваний среди детей Украины по данным государственной статистики такова: 1985 г. – 2621, 1994 г. – 2251, 1995 г. – 2280, 1998 г. – 2439, 1999 г. – 2486, 2000 г. – 2563.

Сотрудниками отделения психоневрологии ИОЗД АМН Украины проведено изучение состояния психического здоровья 901 школьника двух общеобразовательных школ г. Харькова и 1152 детей четырех школ сельской местности Харьковской области.

Психические расстройства непсихотического характера установлены у 1/3 учащихся (37,4%) городской местности и почти у половины детей сельской местности (44,8%). У школьников городской (26,9%) и сельской (25,7%) местности были выявлены различные формы расстройств адаптации на донозологическом уровне, которые составляют группу риска по возможности развития психических расстройств. Группу здоровых составляли лишь 1/3 учеников города и села (35,6 и 29,5% соответственно). Невротические расстройства у городских школьников встречались в 2 раза чаще, чем у школьников села (42,4 и 23,2% соответственно). Одинаково часто в исследуемых группах встречались соматоформные расстройства (15,1 и 10,8% соответственно). Легкая умственная отсталость чаще встречалась у школьников села (5,4%), чем у школьников города (0,9%). Нарушения психологического развития регистрировались без четкой разницы как у школьников города, так и села (7,7 и 9,5% соответственно).

Наибольший удельный вес имели смешанные расстройства школьных привычек, формирующих стойкую школьную дезадаптацию. В структуре поведенческих и эмоциональных расстройств прослежено доминирование расстройств поведения, преимущественно за счет гиперреактивности, у школьников и города, и села.

Таким образом, клинико-эпидемиологическое исследование установило рост психических непсихотических расстройств среди школьников городской и сельской местности. Все это диктует необходимость совершенствования службы охраны психического здоровья школьников, разработки новых психопрофилактических технологий ранней диагностики и коррекции нарушений психического здоровья, разработки эффективных программ медико-психологического сопровождения ребенка в динамике учебного процесса. Реализация программ медико-психологической помощи школьникам обеспечит профилактику психической и социальной дезадаптации подрастающего поколения.

КОНЦЕПЦІЯ ДІАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НАПРЯЖЕННОЙ ЗОНЕ

Т.Ю. ПРОСКУРИНА, Э.А. МИХАЙЛОВА, Н.Г. МИХАНОВСКАЯ, А.В. КУКУРУЗА, Т.Н. МАТКОВСКАЯ, Д.А. МИТЕЛЕВ
Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, г. Харьков

В Украине экологическая ситуация в большинстве промышленных регионов отличается крайним неблагополучием. Актуальность экологической проблемы требует поиска психопрофилактических технологий охраны здоровья детской популяции. Настоящая работа проводилась в промышленном городе с высоким уровнем антропогенного загрязнения. Для решения конкретных медико-экологических проблем представляется важным выявление особенностей течения наиболее распространенных болезней.

В настоящем исследовании в качестве модели определено состояние психического здоровья учащихся трех первых классов (106 человек). Результаты комплексного медико-психологического и социального исследования позволили установить наличие психической пограничной патологии в 85,8% случаев. Структура психической патологии среди школьников первых классов была представлена: резидуальной энцефалопатией с гипердинамическим и церебрастеническим синдромокомплексом (48,1%), синдромом дефицита внимания с гиперреактивностью (6,6%), нарушением психологического развития (7,5%), расстройствами речи (2,8%), неврозоподобными расстройствами (14,2%). У 7 (6,6%) детей обнаружена грубая неврологическая патология: детский церебральный паралич (1,9%), гидроцефально-ликворно-гипертензионный синдром (3,8%), неврологический дефицит на фоне лимфолейкоза (0,9%). У более половины детей обнаружена выраженная астеническая симптоматика, на фоне которой легко возникали невротические реакции, неадекватные стереотипы поведения.

Сохранение и восстановление здоровья детей с нарушениями психического здоровья во многом зависит от квалифицированного подхода как к диагностике, так и в определении стратегии медико-психологического сопровождения ребенка. Для организации мониторинга состояния психического здоровья и эффективности оказания медицинской и психологической помощи детям в экологически на-

пряженної зоні нами розроблена багатоурівнева система медико-екологічної діагностики.

Перший рівень передбачає впровадження спеціально розробленої медико-педагогічної карти – анкетування, включаючої різні блоки, які відображають порушення в емоційній, когнітивній, комунікативній, пізнавальній сферах. Региструються соматоневрологічні, психологічні прояви, рівень емоційного стресу (тест Люшера), наявність і тип мінімальної мозкової дисфункції, рівень інтелектуального розвитку (тест Равена). Другий рівень передбачає розробку індивідуальних програм реабілітації з урахуванням виявлених факторів психогенезу розладів (використання анамністичних факторів – соціальне анкетування родителів). Третій рівень передбачає моніторинг стану психічного здоров'я в динаміці навчання 1-3 класів. На основі оцінки несприятливих екологічних, соціально-психологічних, медико-біологічних факторів, показників здоров'я і розвитку дітей на початку навчання можлива розробка прогностичних алгоритмів, які дозволять виявити на ранньому етапі ризик затримки інтелектуального розвитку в молодшому шкільному віці. Впровадження системи функціонування медико-екологічної діагностики забезпечить профілактику розвитку розладів психічної і соціальної адаптації підліткового покоління, збереження інтелектуального потенціалу нації.

НОВИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ШКОЛЯРАМИ

С.Л. НЯНЬКОВСЬКИЙ, Д.І. КВІТ, О.В. КОВАЛЬСЬКИЙ
Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Останні 10 років характеризується прискоренням темпів зниження якості здоров'я школярів і підлітків, лише 3-5% дітей, які закінчують школу, можуть вважатись повністю здоровими. Поганий стан здоров'я школярів, нестача матеріальних коштів системи і недоліки організації охорони здоров'я вимагає термінового впровадження низьковитратних ефективних технологій в систему організації охорони здоров'я дітей і підлітків.

З метою профілактики захворювань у дітей шкільного віку нами розроблена і з весни 2002 року впроваджується регіональна програ-

ма “Здоров'я наших дітей”, яка має на меті охопити всіх школярів м. Львова. Впровадження програми відбувається за декілька етапів і розрахована на 5 років. Перший етап полягає в скринінг-анкетуванні батьків і дітей спеціально розробленими анкетами, які містять 105 запитань. На сьогоднішній день проведено анкетування у 4-х районах міста (25 тисяч дітей), проводиться комп'ютерна обробка анкет в спеціальному інформаційному центрі. Під час обробки анкет ми отримуємо інформацію про характер побутових умов і харчування дітей, наявність в родині випадків хронічних захворювань, наявність скарг, які дозволяють запідозрити функціональні розлади або органічні захворювання, дані про попередні обстеження та лікування дитини, визначити шкідливі фактори, які можуть впливати на розвиток і здоров'я дитини. Комп'ютерна база даних професійно захищена від несанкціонованого доступу. За даними аналізу анкет ми формуємо “групи ризику” дітей з різною патологією, куди входять діти з відповідними скаргами або анамнестичними даними. На наступному етапі всі діти з ймовірною патологією та з груп ризику поглиблено оглядаються нами (за допомогою викладачів і студентів 6 курсів медичного університету) в школі із заповненням спеціальної карти поглибленого огляду. За результатами обстеження відбираються наступні групи дітей: діти, які вимагають лише подальшого спостереження; діти, які потребують амбулаторного лікування в школі та вдома; діти, які вимагають стаціонарного обстеження і лікування; діти, які вимагають допомоги соціальних служб. Всім дітям, які цього потребують, проводиться відповідна діагностика і призначається лікування в міській дитячій консультативній поліклініці та міській дитячій лікарні, поліклініках за місцем проживання. Надалі діти спостерігаються працівниками нашої кафедри і лікарями у відповідних групах спостереження, які формуються за відповідними класами патологій і які очолюють відповідні фахівці кафедри, де вони спостерігаються, обстежуються, лікуються. Проект реалізується за підтримки міської Ради і управління освіти міста, громадських організацій, медичних установ міста.

На сьогоднішній день опрацьовано 16 тисяч анкет, оглянуто в школах близько 6 тисяч дітей, що дозволяє оцінити поширеність основних скарг дітей у віковому аспекті, визначити пріоритетні розлади у дітей шкільного віку і розробити заходи з поліпшення стану їх здоров'я. Реалізація проекту дозволяє визначити реальний стан здоров'я школярів в умовах великого міста, поліпшити стан їх здоров'я, впровадити в практику охорони здоров'я основні принципи української школи валеології, змістити центр уваги педіатрів з лікування хронічних хвороб на профілактику ризику розвитку захво-

рювань у дітей та корекцію існуючих функціональних порушень. За результатами анкетування і поглибленого огляду в школах ми можемо зробити висновок, що від 35% дітей в перших класах і до 80% дітей в старших класах потребують допомоги спеціалістів і посиленої уваги з боку сім'ї.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ СІЛЬСЬКИХ ШКІЛ ДОНЕЦЬКОГО РЕГІОНУ

Н.М. ХАРКОВЕНКО, А.П. ПІДГАЙСЬКА, В.В. НЕЧИПОРЕНКО,
В.В. МУХІН, Н.Т. СЄДОВА

НДІ медико-екологічних проблем Донбасу та вугільної
промисловості, м. Донецьк

Несприятливі екологічні та соціально-економічні умови призвели до негативних тенденцій у стані здоров'я дітей та підлітків. Тому охорона та зміцнення здоров'я дитячого населення нині є одним із головних напрямків проведення профілактичної та оздоровчої роботи.

Метою досліджень було вивчення особливостей формування захворюваності учнів сільських шкіл Донецького регіону. Встановлено, що в процесі навчання у школі кількість гармонійно розвинутих учнів, особливо серед дівчат-підлітків, зменшується, в основному, за рахунок дефіциту маси тіла. У більшості обстежених школярів були нижчі від норми фізіометричні ознаки (м'язова сила рук та життєва ємкість легень), особливо у підлітків, крім того, у старшокласників (16-17 років) частіше зустрічається "нижче середнього" індекс Робінсона, що свідчить про погіршення функціональних можливостей організму сучасних школярів. Серед дітей сільської місцевості спостерігається значне поширення хронічних захворювань та морфофункціональних відхилень, кількість яких збільшується в динаміці навчання у середньому на 31,8%. Встановлено, що у сільських дітей, як і у міських, провідні місця займають хвороби кістково-м'язової системи (зокрема, сколіози, порушення постави), органів травлення (гастрит, холецистит), ока та додаткового апарата (порушення рефракції), системи кровообігу (зокрема, судинні дистонії) та органів дихальної системи. Найбільша кількість захворювань відмічається у учнів 9-11 класів. В динаміці навчання особливо збільшується кількість хвороб кістково-м'язової системи, системи кровообігу та органів травлення. Гостра захворюваність за період навчан-

ня у школі також зростає (в 1,3 раза) і оцінюється як висока. В її структурі провідні місця протягом усього періоду навчання належать хворобам органів дихання (94,5-107,6 випадку), травлення (8,4-13,9 випадку), травмам і отруєнням (5,1-7,7 випадку). Найбільша кількість випадків гострої захворюваності спостерігається у учнів 9-11 класів, а число днів непрацездатності — у учнів 6-8 класів.

До основних причин, що впливають на формування захворюваності сільських школярів, належать несприятливі фактори шкільного та соціального середовища, недотримання санітарно-гігієнічних умов навчання. Надмірні учбові навантаження, незбалансований та недостатній за калорійністю добовий раціон харчування школярів в період їх інтенсивного росту та розвитку призводять до виникнення анемії, особливо у учнів молодших класів, хвороб органів травлення, дефіциту маси тіла. Негативно впливають на стан здоров'я дітей також наявність шкідливих звичок, недостатність рухової активності, відсутність інформованості про стан свого здоров'я та мотивації до здорового способу життя, низький матеріальний рівень сім'ї, вкрай несприятливе оточуюче середовище Донецького регіону, низький рівень медичного обслуговування тощо.

Результати досліджень послужили підставою для розробки комплексу заходів щодо ранньої діагностики та проведення профілактичних заходів.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В “НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ” КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РАЙОНА г. ДОНЕЦКА

А.Г. СТЕПАНОВА, Е.И. ЮЛИШ, С.Г. ГАДЕЦКАЯ,
Н.Е. ГРЕБЕНКИНА, Е.А. ГРИНЕВИЧ, А.А. ЛЕВЧЕНКО
Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

Проведен анализ двадцатилетнего наблюдения состояния здоровья детей, родившихся от матерей-“одинок”, проживающих в одном из промышленных районов г. Донецка. Отмечено, что несмотря на экономический кризис в стране, число женщин, решивших иметь детей без мужа, постепенно увеличивается. Общее количество детей в таких семьях колебалось: 134 — в 1985 г., 190 — в 1995 г., 204 — в 2002 году.

“Неполные” семьи, имевшие по одному ребенку, представляли большинство: 86,8% — в 1985 г., 79,3% — в 1995 г., 80,2% — в 2002 г.

(в среднем 81,7%). Двоих детей воспитывали 8,6% матерей (1985 г.), 14,7% (1995 г.) и 13,6% матерей (2002 г.). Трое и четверо детей имели около 5% матерей. Пять детей наблюдались в одной семье в 1985 и 1992 годах.

По возрастному составу: до одного года зарегистрировано от 7 до 16 детей в течение всех 20 лет наблюдения. Дети в возрасте от 1 до 6 лет составили от 50,7% в 1985 г. до 41,2% в 2002 году. Меньше 40% от общего количества детей в этой возрастной группе отмечены в 1999 г., 2000 г. Детей от 7 до 15 лет менее 40% было в 1986-1993 гг. Подростков старше 15 лет в различные годы зарегистрировано 7,0, 5,8 и 11,8%, соответственно, в 1985, 1995 и 2002 годах.

Материально-бытовые условия оценивались матерями и участковыми педиатрами как “хорошие” в 13,4-17,6%; как “удовлетворительные” — в 68,0-74,8%, как “неудовлетворительные” — в 7,6-16,0%.

Лечение и воспитание детей первого года жизни при неудовлетворительных домашних условиях обеспечивала городская клиническая детская больница, выделив для этого специальные палаты и средства. У всех детей этой группы наблюдались проявления рахита, гипотрофии, анемии, дисбактериоза различной степени тяжести и другая патология, свойственная детям раннего возраста. Во время пребывания этих детей в домашних условиях все дети получали бесплатное питание на молочной кухне.

Из общего числа наблюдаемых двое детей первого года жизни были оформлены в областной специализированный дом “Малютка”. В специализированных школах-интернатах в различные годы обучались и жили 86 детей, или 2,8% общего их количества (3043).

Следует отметить нарастающий уровень детей дошкольного возраста, по экономическим причинам не посещающих детские учреждения: 23,1% в 1985 г., 28,8% — в 1992 г., 36,9% — в 1993 г., 37,3% — в 1996 г. и 40,7% — в 2002 году.

В группу “часто и длительно болеющих детей” было отнесено от 5,5 до 35,3% в различные годы их наблюдения.

Таким образом, при значимом росте числа “неполных семей”, на фоне снижения их экономического статуса возникла необходимость более широкой помощи детям этой категории государственных и социальных служб — выделение достаточных средств на полноценное бесплатное питание, лечение, пребывание в детских дошкольных учреждениях и т.д.

ВПЛИВ ОБМІНУ ФОСФОРУ ТА КАЛЬЦІЮ НА ОБМІН ЗАЛІЗА У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Ю.М. КОЗИР, М.П. ЗАГОРОДНІЙ

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми.

Сумський державний університет

Незважаючи на те, що проблемі залізодефіцитних анемії (ЗДА) останнім часом приділяється увага лікарів та науковців, проблема залишається досить актуальною. Збільшення захворюваності на ЗДА у дітей раннього віку пов'язане з багатьма чинниками. Це і більш високі показники зросту та маси тіла при народженні, раннє подвоєння маси тіла дитини, акселерація, підвищена потреба організму в залізі, швидке використання його резервів. Тільки за останні 7 років захворювання крові у дітей зросло в 2 рази, в основному, за рахунок ЗДА. Поширеність анемії в державі досягає 70%. Лише в половині випадків анемії у дітей виникають в результаті дефіциту заліза. У решти дітей анемії мають причинами інші фактори, включаючи полідефіцити.

Наявність анемії у дітей раннього віку призводить до морфофункціональних змін практично всіх органів та систем: шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, фізичного та розумового розвитку, стану реактивності.

Завданням нашого дослідження було вивчення залежності обміну заліза від стану фосфорно-кальцієвого обміну. Нами обстежено 39 дітей віком до 3 років, які знаходилися у Сумському обласному Будинку дитини.

Проведено вивчення анамнестичних даних, використовувалась медична документація на них. Враховувався термін перебування дітей в Будинку дитини (більше одного року). Вивчалися також особливості харчування дітей. При цьому встановлено, що діти з харчуванням в достатній кількості одержували білки, жири, вуглеводи. Згідно з нормативами забезпечувалися овочами та фруктами (на 98-100%), одержували профілактичні дози вітамінів віковими дозами, включаючи вітамін Д. В той же час в усіх дітей виявлено ознаки залізодефіцитної анемії. Причому анемія легкого ступеня була у 30 дітей, середнього – у 8, тяжкого – в однієї дитини. Достовірної різниці в захворюваності на респіраторні захворювання у дітей даної групи порівняно з дітьми цього ж колективу, стан здоров'я яких нами не вивчався, не виявлено.

У 14 обстежених дітей виявлено ознаки рахіту. Нами визначався у обстежених дітей не лише рівень гемоглобіну, кількість еритроци-

тів, але й рівень сироваткового заліза, концентрація еритропоєтину, феритину, церулоплазміну, рівень кальцію та фосфору.

Установлено залежність тяжкості анемії від наявності у дітей ознак рахіту, порушень фосфорно-кальцієвого обміну. Встановлено кореляцію між наявністю рахіту та рівнем еритропоєтину, між рівнем сироваткового заліза та фактором некрозу пухлин.

Таким чином, можна стверджувати, що частота анемії у дітей раннього віку залежить не лише від характеру вигодовування, але й від наявності супутньої патології (рахіту), стану обміну фосфору та кальцію. На частоту рахіту впливає тривале використання препаратів, що діють на фосфорно-кальцієвий обмін. Такі діти потребують динамічного спостереження. Необхідно подальше вивчення впливу несприятливих факторів на частоту анемії, впливу медикаментозної терапії на фосфорно-кальцієвий обмін дітей.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

С.Р. ТОЛМАЧЕВА

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

В настоящее время болезни органов кровообращения занимают ведущее место в структуре инвалидности и смертности среди лиц молодого возраста. Поэтому вопросам первичной и вторичной профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы придается особое значение.

Известно, что в результате развития хронического соматического заболевания происходят сложные нарушения в органах и системах организма ребенка, которые формируют различные ограничения жизнедеятельности, а в последующем и социальную недостаточность, т.е. инвалидизацию.

У 90 детей-инвалидов с патологией сердечно-сосудистой системы (врожденные пороки сердца, сложные нарушения ритма, кардиомиопатии) изучены некоторые медико-социальные причины их инвалидизации.

Так, несвоевременная диагностика ВПС и оказание специализированной помощи, а следовательно, и неадекватное проведение ре-

абилітаційних заходів у 15,3% дітей привели до формування хронічної серцевої недостаточності та їх інвалідизації.

Практично у всіх дітей-інвалідів (90,0%) відзначалося багатообразне порушення з боку нервової системи – від неспецифічних астеничних проявів до очеркених психопатологічних синдромів. Ступінь їх вираженості залежала від тяжкості патології та ступеня хронічної серцевої недостаточності. У 27,5% досліджуваних виявлено високий рівень емоційного стресу, який також сприяє розвитку соматопсихічних порушень.

Установлено, що на формування соціальної дезадаптації дітей з патологією серцево-судинної системи впливають психоневрологічні розлади та психічне здоров'я родини, в якій виховується хворий дитина.

Якість проведення реабілітаційних заходів у дітей багато залежить від образу та умов життя родини. Родини, які мають дітей-інвалідів, належать до групи високого соціального ризику. Неповні родини (мати виховує одна хвору дитину) достовірно частіше зустрічаються в групі дітей з захворюваннями органів кровообігу, ніж в контролі (відповідно 40,2 та 24,5%; $p < 0,05$). 40,7% жінок не працюють, через необхідність догляду за дитиною-інвалідом, тому родини, які мають таких дітей, перебувають в складних матеріальних умовах. Лише у 37,8% дітей проводяться планові реабілітаційні заходи.

Необхідно відзначити, що в Україні практично відсутні реабілітаційні центри, відділення відновлювального лікування та санаторії для дітей-інвалідів та їх родин, недостатньо також юридично-правова база для надання соціальної допомоги їм.

Отже, в профілактиці інвалідності дітей з патологією серцево-судинної системи провідна роль належить педіатрам, на яких покладено своєчасну діагностику захворювання. Рання диференціація соматопсихічних порушень дозволяє індивідуалізувати лікувальні та реабілітаційні програми для дітей-інвалідів та запобігти розвитку у них соціальної дезадаптації.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДОСЛІДЖЕНЬ ТЕМПЕРАМЕНТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

В.А. ТИЩЕНКО, Т.К. МАВРОПУЛО, Ю.П. ТЯГЛО

Дніпропетровська державна медична академія

Реалізація біологічного потенціалу дитини значною мірою визначається її темпераментом – стереотипом поведінки, що є продуктом взаємодії біологічних особливостей і факторів мікрооточення. Визначення типу темпераменту можливо і необхідно вже з періоду новонародженості.

Найважливіше прикладне значення оцінки темпераменту – це оптимізація догляду за немовлям з максимальною адаптацією умов мікрооточення до поведінкових особливостей, а також усвідомлення того, що сама дитина з її поведінковими особливостями може модифікувати процес свого психомоторного розвитку.

Дуже актуальним є визначення ролі особливостей темпераменту як однієї з причин девіантної поведінки і відставань в розвитку.

В останні роки значно збільшилась частота перинатальних уражень ЦНС. При помірній тяжкості уражень саме порушення поведінки є основною проблемою.

Ми провели оцінку темпераменту у 170 дітей віком від 0 до 6 місяців з помірними неврологічними порушеннями внаслідок постгіпоксичних уражень ЦНС в зіставленні з клінічним та доплеросонографічним обстеженням. Для оцінки темпераменту використовували дві версії опитувальників W.B. Carey для батьків. Аналізувались 9 аспектів темпераменту. До критеріїв “тяжкого темпераменту” (Thomas et al., 1968) відносили аритмічність, низькі сприйнятливості і адаптивність, негативізм, високу інтенсивність.

30% обстежених немовлят мали ознаки “тяжкого темпераменту”, що може стати основою девіантної поведінки і затримки розвитку. Але одним із найзначніших результатів досліджень темпераменту є новий підхід до профілактики та лікування порушень поведінки – корекція в діаді “мати-немовля”.

Таким чином, дослідження темпераменту у дітей раннього віку – це основа оптимізації догляду, вигодовування, підбору методів стимуляції розвитку, основа раннього превентивного підходу до порушень поведінки. Водночас – це той розділ педіатрії, з яким мало знайомі практикуючі лікарі.

ОСОБЛИВОСТІ ДИЗАДАПТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ

Л.В. КВАШІНА, В.П. РОДІОНОВ, Ю.А. МАКОВКІНА,
К.В. НЕСВІТАЙЛОВА

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Сукупна дія комплексів соціально-економічних, екологічних, медико-біологічних факторів останнім часом призвела до погіршення стану здоров'я дитячого населення. Особливо це стосується молодшого шкільного віку, коли в житті дитини відбуваються значні зміни, пов'язані з різким збільшенням навантаження під час переходу з закладів дошкільного виховання до школи.

Зрушення адаптації у вигляді нейровегетативних порушень, підвищення гострої захворюваності та загострення хронічних хвороб, які протягом учбового року мають 30% першокласників, свідчать про неспроможність адаптаційних процесів в дитячому віці, що може бути причиною та одночасно ранньою ознакою розвитку патології в подальші вікові періоди.

З метою визначення особливостей перебігу дизадаптаційного синдрому в даній групі дітей нами було проведено дослідження клінічного стану, параметрів кровотворної та імунної систем у 58 здорових дітей молодшого шкільного віку. Дослідження проводилось наприкінці учбового року, коли у більшості школярів з'являються ознаки перевтоми і ще зберігаються прояви дизадаптаційного синдрому до навчання у школі. Проведено визначення стану фізичного та психічного розвитку, основних показників гемограми та імунного статусу. Визначено контингент дітей з клініко-лабораторними ознаками дизадаптації, які формуються порушеннями фізичного, психоемоційного розвитку та соматичного здоров'я. У даній групі дітей імунологічні показники характеризуються значною варіабельністю. Так, рівень Т- і В-лімфоцитів у 29% дітей був зниженим в межах нормальних значень, а у 35% до лікування відмічено підвищений рівень В-лімфоцитів, що пов'язано з посиленням процесів антитілоутворення. У групі обстежених дітей було виявлено порушення процесів імунорегуляції у субпопуляціях Т-лімфоцитів за рахунок активації Т-супресорів, що пов'язано з віком дитини та індивідуальними особливостями її розвитку.

Також відмічено зниження активності ензимів, які відіграють провідну роль у реакціях окисного фосфорилування та активації ферментів гліколізу.

Нормалізація активності ферментів аеробного та анаеробного циклів, підвищення енергетичного потенціалу клітин та резервних можливостей дитячого організму спостерігалася під дією препарату “Kinder-Biovital”.

В процесі лікування відмічено нормалізацію та стабілізацію показників фізичного розвитку, психоемоційного стану, імунологічного статусу обстежених дітей, виражену стабілізацію кисень-залежних процесів та зменшення токсичного навантаження клітин, посилення активності окисно-відновних ферментів циклу Кребса, які є показниками резервних можливостей організму.

Виходячи з даних проведеного дослідження, можна сказати, що в препараті “Kinder-Biovital” вітамінно-мікроелементна композиція виступає в збалансованому співвідношенні як структурно-функціональний аналог активних центрів ключових ферментів, що беруть участь в процесах синтезу та адаптації дитячого організму до навантажень, пов’язаних з початком систематичного навчання в школі.

ЧАСТОТА І СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ІЗ ХВОРОБОЮ ДАУНА

А.С. БОМЖ, Д.В. ЗАСТАВНА, О.Р. НИЧКА., Г.С.ЧАЙКОВСЬКА
Державний медичний університет ім. Данила Галицького.
НДІ спадкової патології
Міжобласний медико-генетичний центр, Львів

Мета: Виявлення частоти, особливостей перебігу та ранньої діагностики захворювань сечовидільної системи у дітей із хворобою Дауна.

Матеріали та методи: Під спостереженням знаходилося 192 дитини із хворобою Дауна віком від 1 місяця до 8 років, хлопчиків – 51%, а дівчат – 49%. Патологію сечовидільної системи серед них було виявлено у 5,1% хворих. Більшість батьків (44%) дітей із хворобою Дауна були у віці до 25 років, 18% - старше 35 років. Серед матерів, що народили дітей з анеуплодією у 17% спостерігалися самовільні викиди, у 3,6% - мертвонароджені, у 6,7% - хвороби нирок. Патологія вагітності відзначалася у 43,8%, зокрема нефропатії складали 8,2%. Поряд із традиційними дослідженнями сечі у всіх хворих проводили ультрасонографію, визначення функціонального стану нирок і екскреторну урографію. Мікційну цистоурографію виконано

у 3 хворих, у яких урограми вказували на можливе ураження нижніх відділів сечовидільних шляхів. З метою ранньої діагностики нефропатій проведено дослідження B_2 -макроглобуліну у крові та сечі радіоімунологічним методом. Імунний статус оцінювали по концентрації в сироватці крові імуноглобулінів А, М, G та циркулюючих імунних комплексів та фагоцитарної активності нейтрофілів. Стан щитоподібної залози вивчали визначенням рівня T_3 , T_4 і ТТГ. Одночасно застосовували УЗД щитоподібної залози та нирок.

Результати: Виявлено в аналізах сечі у 7 хворих помірковану протеїнурію, у 9 – гіпоізостенурію, у 9 – бактеріурію, у 4 хворих відзначалося підвищення рівня сечовини та кліренсу ендogenous креатиніну. При ультрасонографічному дослідженні та екскреторній урографії були виявлені аномалії розвитку нирок, при цьому у 2 дітей спостерігалася поєднання кількох аномалій. Явища гідронефротичної трансформації відзначалися у трьох дітей, гіпоплазія однієї нирки – у двох, стеноз сечоводів – у двох, подвоєння їх – у двох, кистозне переродження нирки – у одного, ознаки дизме-таболічної нефропатії – у 6 хворих.

Рівень B_2 МГ в крові та сечі достовірно перевищував показники у здорових дітей і складав $3,37 \pm 0,48$ мг/л ($p < 0,001$) та $187,9 \pm 31,5$ мкг/л ($p < 0,05$), що свідчило про порушення клубочкової та каналцевої фільтрації. Показники імуноглобулінів А,М,G характеризувалися дизімуноглобулінемією із зниженням IgM, IgG. Рівень циркулюючих імунних комплексів був високий. Концентрація T_3 , T_4 та фагоцитарна активність нейтрофілів були низькими. Вміст ТТГ підвищувався. Аналогічні зміни показників спостерігалися і у батьків пробандів.

Таким чином, природжені вади розвитку сечовидільної системи є частою супутньою патологією у дітей із хворобою Дауна і мають зростаючий ризик для проявів обструктивної уропатії.

Висновки: Встановлено у 5,1% дітей із хворобою Дауна захворювання органів сечовидільної системи, серед яких переважають аномалії розвитку.

Визначення B_2 МГ може бути раннім діагностичним тестом порушення клубочкових і каналцевих функцій нефрону.

Дисбаланс В-системи імунітету при підвищенні рівня B_2 МГ та порушенні функції щитоподібної залози ймовірно є одним із факторів формування природжених вад органів сечовидільної системи у дітей з хворобою Дауна.

ДЕЯКІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ВРОДЖЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ МІСТА КИЄВА

В.Г. МАЙДАННИК, В.Л. ВЕСЕЛЬСЬКИЙ, Л.В. КОВІНЬКО,
Л.В. РОМАНЕНКО, М.В. МАКАРЕНКО, Г.М. ПАВЛЮК,
Л.В. ПЕТРАВЧУК

Головне управління охорони здоров'я та медичного
забезпечення Київської міської держадміністрації,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

На сьогодні спадкова та вроджена патологія вносить досить суттєву частку в структуру загальної захворюваності та смертності дитячого населення. За даними звітної форми №12 в 2002 році захворюваність на вроджені аномалії в м. Києві становила 8,35 (на 1000 дитячого населення), а розповсюдженість – 26,92 (на 1000 дитячого населення). В Україні в цілому вказані показники були відповідно 5,8 та 22,59. За показниками захворюваності та розповсюдженості вроджених аномалій м. Київ знаходиться на другому місці, після Автономної республіки Крим. Причому звертає увагу негативна динаміка в сторону підвищення захворюваності та розповсюдженості вроджених аномалій серед дітей (0-14 років), котрі проживають в м. Києві. Так, за останні 5 років захворюваність на вроджені аномалії зросла з 5,10 (у 1998 році) до 8,35 на 1000 дитячого населення (у 2002 році), тобто збільшилась на 67,7%. Розповсюдженість вроджених аномалій за цей період зросла з 17,4 (у 1998 році) до 26,92 на 1000 дитячого населення у 2002 році, тобто на 54,9%.

Ще більш значна негативна динаміка захворюваності на вроджені аномалії серед дітей першого року життя. Так, за даними звітної форми №31 захворюваність зросла з 100,58 на 1000 дітей першого року життя у 1999 році до 129,59 у 2002 році (на 28,8%). Причому захворюваність дітей першого року життя по класу „Вроджені аномалії” у м. Києві у 2002 році була найвищою в Україні (57,4). Захворюваність дітей першого року життя на вроджені аномалії за останні 10 років зросла в 2,4 рази (з 53,2 на 1000 дітей відповідного віку у 1993 році до 129,59 у 2002 році). Слід також підкреслити, що у структурі захворюваності дітей першого року життя вроджені аномалії становлять 6,7% і знаходяться на третьому ранговому місці після „хвороб органів дихання” та „станів, що виникли в перинатальному періоді”.

Динаміка показників інвалідності серед дітей до 16-річного віку у м. Києві від вроджених аномалій, деформацій та хромосомних пору-

шень згідно даних звітної форми №29 свідчить про зростання інвалідизації. Так, якщо у 1999 році показник інвалідності внаслідок вродженої патології становив 22,0 на 10000 дітей відповідного віку, то у 2002 році – 28,8. При цьому показник первинної інвалідизації є досить стабільним і знаходиться в межах 2,2-3,0. Однак слід зазначити, що вказані показники по Україні у 2002 році були вищими і становили відповідно 34,1 і 4,3 на 10000 дітей до 16-річного віку. При аналізі структури дитячої інвалідності було відмічено зростання питомої ваги вродженої патології до 19,5% (друге рангове місце). У структурі первинної інвалідизації вроджені аномалії займають перше місце і становлять 18,6%.

При оцінці динаміки смертності дітей звертає увагу, що на фоні її зниження від всіх інших причин рівень смертності від вроджених аномалій залишається практично на одному й тому ж високому рівні. За даними Міського управління статистики рівень смертності дітей у віці 0-14 років від вроджених аномалій у 2002 році становив 0,208 на 1000 дітей відповідного віку. Але рівень смертності від вродженої патології суттєво залежить від віку. В структурі причин смертності дітей першого року життя вроджена патологія стійко посідає перше місце. Так, у 2002 році в структурі ранньої неонатальної смертності (0-6 діб) питома вага вроджених аномалій становила 32,9%, в пізній неонатальній – 25%, а в структурі малюкової смертності – 33,2%. Причому в останні 5 років вказані показники або є стабільними, або навіть мають тенденцію до підвищення.

Таким чином, наведені дані переконливо свідчать про необхідність удосконалення системи пренатальної діагностики, впровадження нових більш інформативних методів та створення регіонального реєстра вродженої патології на основі уніфікованих методів реєстрації всього спектра даної патології.

ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ (ВД) ТА БОЛІ В ДІЛЯНЦІ ХРЕБТА У ШКОЛЯРІВ ЗА ДАНИМИ АНКЕТУВАННЯ ПО ПРОГРАМИ „ЗДОРОВ'Я НАШИХ ДІТЕЙ”

А.А. ЦАПОК, С.Л. НЯНЬКОВСКИЙ, Л.П. ДЕДИШИН
Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького.

Враховуючи вертеброгенну залежність структур мозку, які забезпечують діяльність вегетативної нервової системи, ми провели аналіз скарг на болі в ділянці хребта та зі сторони вегетативної нервової системи. Результати отримані при анкетуванні 16000 дітей 1 – 10 класів шкіл м. Львова. За результатами аналізу анкет 23,2% дівчат від 6 до 16 років скаржились на болі в хребті, включаючи 4,7% скарг, що зустрічались не рідше ніж раз на тиждень, та враховувались як часті скарги. У школярів чоловічої статі указані скарги зустрічались у 18% опитаних, включаючи 3,1% часто. Серед учнів старших класів частота скарг зростала до 43,2% у дівчат та 31,3% у хлопців. Серед підлітків дівчата скаржились на часті болі в ділянці хребта у 10,1% випадків, а хлопці за даними 7,9% анкет. Відсутність вільного часу для прогулянок, занять спортом, такі звички як меломанія, часті розмови по телефону, тривалий час перебування біля телевізора та з персональним комп'ютером помірно чи незначно асоціювались зі зростанням скарг на біль в ділянці хребта. Ми провели попередній аналіз скарг у дітей з болями в хребті, та прийшли до висновку, що дана скарга має високу інформаційну цінність, як попередній маркер ВД. Серед 31,5% анкетованих старшокласників скарги на болі в хребті та біль голови зустрічаються разом. Так, у дітей, у яких болі в хребті відмічені як часті, болі голови відсутні тільки у 11%, а зустрічаються часто у 43,8% дітей. Скарги на болі в хребті також супроводжуються суттєвим зростанням скарг на біль в серці після навантаження до 36% від 20,4% в загальній виборці. Скарги на часте замерзання кінцівок зустрічаються у 38% дітей з періодичним болем в хребті на відміну від 11% в загальній виборці. Частий біль в животі у 28% дітей з проблемами в хребті проти загальних 10%. Також зростають скарги на швидку втомлюваність за даними 44,3% анкет проти загальних 11%. Скарги на зміни кольору обличчя, серцебиття, задишку, печію також значно частіше зареєстровані у дітей з частими болями в хребті в порівнянні з загальною вибіркою. Указані скарги зустрічалися суттєво частіше у школярів старших класів, особливо серед дівчат.

Результати аналізу підтверджують дані літератури про значну питому вагу ВД вертеброгенного генезу. Було оглянуто 27 підлітків з попереднім діагнозом ВД та скаргами на болі в ділянці хребта. При клінічному огляді та визначенні показників варіабельності ритму серця був уточнений діагноз ВД. Переважали випадки з проявами збільшеного парасимпатичного тону та недостатнім симпатичним забезпеченням вегетативної функції. Вертебологічний огляд дозволив виявити функціональні зміни в хребті, що проявлялись в основному проявами функціонального сколіозу. За нашими даними, найбільше діагностичне значення для верифікації вегетативних змін мали виявлені обмеження активних та пасивних рухів в верхній ділянці шийного відділу хребта, які забезпечуються першими двома шийними руховими сегментами. Враховуючи особливо важливе значення функції верхнього шийного відділу хребта для вегетативної нервової системи, ми рахуємо необхідним поглибити вивчення питання взаємозв'язку між вегетативним забезпеченням та вертеброгенними змінами, та вивченням причин появи функціональних змін в сегментах 0-С1-С2. Виявлені асоціації між скаргами на болі в ділянці хребта та на вегетативні розлади зумовлюють необхідність розробки нових діагностичних, профілактичних та лікувальних підходів у дітей з ВД вертеброгенного генезу. Перспективним може бути необхідність поглибити вертебологічний огляд та його клінічне значення в учбових програмах на кафедрах пропедевтичної та факультетської педіатрії.

ДИНАМІКА ДИТЯЧОЇ НВАЛІДНОСТІ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Л.В. ВАЩЕНКО, Л.П. БАДОГІНА, В.О. ОГНЯНОВА,
Л.І. ВАКУЛЕНКО, Л.І. ЧИВКІНА

Дніпропетровська державна медична академія, кафедра
госпітально педіатрії 1,
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

Проведено аналіз дитячої нвалідност в Дніпропетровській області за 6 років (1997-2002 р.р.). Абсолютна кількість дітей нвалідів зменшилась з 10145 до 9380. Але за цей період зменшилась також кількість дитячого населення, його дефіцит склав 226400. Тому інтенсивний показник загальної дитячої нвалідност збільшився з 130,2 у 1997 році до 153,6 у 2002 році. Темп приросту склав 18%.

В структурі причин нвалідності дитячого населення перші рангові місця займають хвороби нервово системи (34,7%), серед яких переважну більшість складає дитячий церебральний параліч (22,1% в структурі загальної нвалідності, та 63,7% від захворювань ЦНС), вроджені аномалії (17,5%), психічні розлади (17,3%). За 6 років в 2,1 рази збільшилась кількість дітей зі злоякісними новоутвореннями (пухлинами). На 78-66% збільшилось число дітей-інвалідів в зв'язку з психічними розладами, злоякісними хворобами крові, цукровим діабетом, вродженими вадами, хворобами кістково системи. Децю менший приріст зареєстрований по патології зору, слуху, дихання, захворюванням органів сечовиділення, шлунково-кишкового тракту, центральної нервової системи, муковісцидозу. Зменшилась нвалідність по захворюванням шкіри та підшкірної клітковини та органів кровообігу. В останні роки через поширення захворюваності на туберкульоз у дитячому віці збільшується як кількість дітей-нвалідів (по Україні 152 дитини), так частка інвалідності з дитинства, спричиненої цією хворобою. Якщо у 1997 роц інвалідність через туберкульоз зареєстрована у двох випадках, то у 2002 роц у п'яти, а нтенсивний показник збільшився з 0,02 до 0,08, тобто у 4 рази.

Щорічно первинна нвалідність встановлюється 1100-1500 дітям області з тенденцією до зростання за 6 років. Бурхливий приріст первинної дитячої нвалідності відмічався у 1998 році. В подальшому протягом трьох років цей показник стабільно знижувався. Але у 2002 роц знову зареєстроване його зростання в області, порівняно з 1997 роком зберігається значний приріст (12%).

Особливу тривогу викликає проблема первинної нвалідності з дитинства. В Дніпропетровській області щорічно первинно визнаються інвалідами з дитинства майже 1,5 тисячі осіб. Абсолютний показник практично не змінився (1441 чоловік у 1997 році та 1444 у 2002 році). Але нтенсивний показник збільшився з 3,8 до 4,0 (на 5,3%). А у 2002 роц порівняно з 2001 роком відмічається його зростання на 8,1% (по Україні на 2,5%). Збільшується також питома вага первинної нвалідності з дитинства у загальній нвалідності (з 8,3% до 10,1% за останні 6 років). У 2002 році у структурі первинної нвалідності з дитинства переважали психічні розлади (30,7%). На другому місці вроджені аномалії (16,6%), на третьому хвороби нервової системи (12,6%), на четвертому травми (8,8%), з яких 50-64% складають травми ока. Така тенденція зберігається декілька останніх років. Тривожним є факт зростання важкості інвалідності з дитинства. За три останні роки відбулось збільшення частки інвалідів I групи з 10,6% до 12% в основному за рахунок інвалідів II групи, питома вага яких зменшилась майже на 2%.

Таким чином, проблема дитячої інвалідності з роками не втрачає актуальності. Навпаки, питання профілактики, реабілітації хворих дітей та дітей-інвалідів де далі загострюються та ставлять перед органами практично охорони здоров'я та науковцями нові задачі по поліпшенню стану здоров'я дитячого населення.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ПЕРШОКЛАСНИКІВ В СУЧАСНІЙ ШКОЛІ

Г.М. ДАНИЛЕНКО, С.А. ПАШКЕВИЧ, Н.М. КОЛОТІЙ,
С.М. ЦИЛЮРИК, В.І. ВОЛОСОВА, І.М. ЗАХАРЧУК

Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків

АМН України, м.Харків

Харківський національний університет ім.В.Н.Каразіна, м.Харків

Забезпечення гармонійного розвитку, збереження здоров'я підростаючого покоління в поточний час є важливою складовою сучасної ефективної школи, і проблема адаптації дітей до навчальної діяльності стала набагато більш актуальною, ніж 10-15 років тому. Це обумовлено багатьма факторами, зокрема переходом до навчання з 6-літнього віку, істотним зростанням навчального навантаження сучасного школяра, великим інформаційним потоком (комп'ютерні ігри, відеофільми, засоби масової інформації).

З метою визначення особливостей впливу медико-соціальних факторів на здоров'я дітей, які починають учбову діяльність в сучасному загальноосвітньому навчальному закладі, було проведено дослідження рівня шкільної зрілості 178 дітей та факторів, що на неї впливають. Стан здоров'я був вивчений у 327 першокласників 6 - 8 років.

Під час тестування шкільної зрілості дітей, які мали розпочати навчання в першому класі, встановлено, що вік дошкільнят коливався від 5,5 до 7,5 років. За даними тесту Керна-Йерасика серед дітей 5,5 - 6,5 років, готових до навчальної діяльності, було 71,8%-78,6%, серед 7-річних - 94,4%. Значимої різниці між хлопцями і дівчатами не було.

Загальна патологічна ураженість досліджуваних першокласників склала 2259,7‰. Найбільш поширеними були розлади психіки та поведінки - 441,6 ‰, хвороби системи кровообігу (363,6 ‰), органів дихання (357,1 ‰), травлення (357,1 ‰), хвороби ока (324,7 ‰). Децю меншою патологічна ураженість була на ендокринні захворювання

(266,23 ‰), кістково-м'язової системи (110,4 ‰) та хвороби шкіри (19,5‰). У дівчаток загальна патологічна ураженість була вища ніж у хлопців (відповідно, 2481,5‰ і 2013,7 ‰; $p < 0,001$). До I групи здоров'я віднесено 14,1‰ досліджуваних, до II - 31,7 ‰, до III - 53,5 ‰, до IV - 0,7 ‰.

На підставі раніш проведених досліджень встановлено, що порівняно з 1999 р. патологічна ураженість першокласників зросла (2063,58 ‰; $p < 0,001$). При цьому поширеність захворювань дітей в даній віковій групі збільшилася цілком за рахунок дівчаток (на 17,8 ‰), тоді як у хлопчиків її приріст практично не був зареєстрований. Структура патологічної ураженості у хлопчиків змінювалась таким чином, що зріст рівня одних класів хвороб був компенсований зменшенням рівня показників інших класів, що зумовило стабільність показників патологічної ураженості у них.

На підставі оцінки психофізіологічних особливостей адаптації першокласників до навчальної діяльності та їх імунного статусу встановлено, що на працездатність дітей в цілому впливала кількість та функціональна активність лейкоцитів. Імунна система першокласників функціонувала в напруженому режимі. Пригнічення функціонування імунної системи спостерігалось у дисгармонійно розвинутих дітей, а також при захворюваннях ендокринної системи, органів травлення, серцево-судинної системи, ЛОР-патології та психічних порушеннях.

В динаміці першого навчального року мала місце тенденція до збільшення впливу емоційного стресу на дітей, а наявність адаптивних процесів пристосування до впливу факторів оточуючого середовища залежала від статі.

Розділ 2.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ТА ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ

РОЛЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В ФОРМУВАННІ БІОЦЕНОЗУ КИШОК ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

С.Л. НЯНЬКОВСЬКИЙ, О.С. ІВАХНЕНКО, Я. ЗАРИЧАНСЬКИЙ,
Л.Ф. БУРА-ЯРОШЕВІЧ

Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Проблема формування нормального біоценозу кишок постійно залишається в центрі уваги як науковців, так і практичних лікарів. Можна стверджувати, що перші години, а потім перші місяці життя закладають основу біоценозу кишок дитини, який у подальшому значною мірою визначатиме стан її здоров'я, особливості розвитку і адаптації. В останні роки простежується чітка тенденція до зростання дисбіотичних станів у дітей всіх вікових груп, в тому числі й дітей першого року життя. На момент виписування з пологового будинку лише 30% дітей мають нормально сформовану флору кишок та ротоглотки і близько 66% – нормальну флору шкіри. Ця проблема має і соціальний характер, тому що переважна частина населення нашої країни (близько 90%) має дисбіотичні порушення. Певною мірою високу частоту дисбіозу кишок у дітей можна пояснити значним відсотком дітей, які знаходяться на штучному вигодовуванні. Доведено, що саме функціональність материнського молока забезпечує сприятливі умови для колонізації кишок дитини флорою, яка є фізіологічною для певного віку дитини і забезпечує адекватне травлення нутрієнтів і високі адаптативні можливості дитини. Різниця полягає в тому, що в коров'ячому молоці і в сумішах дитячого харчування на основі коров'ячого молока відсутні комплексні олігосахариди (ОС), яких ще називають пребіотичними волок-

нами або їх рівень є меншим 0,1 г/л. Вченим вдалось довести чіткий біфідогенний ефект олігосахаридів грудного молока, але ввести їх до складу дитячих сумішів було надзвичайно складним завданням.

Метою нашої роботи було вивчення впливу вигодовування дітей сумішами Нутрилон 1 і Нутрилон 2, які містять пребіотики олігосахариди, на формування біоценозу кишок у дітей першого року життя порівняно з дітьми, які знаходились на штучному вигодовуванні без пребіотичних компонентів. Під нашим спостереженням знаходилось 30 дітей першого року життя без наявної хронічної патології, які знаходились на штучному вигодовуванні. I група – 14 дітей першого півріччя життя (середній вік – $3,2 \pm 1,1$ міс), яким було призначено вигодовування Нутрилоном 1, II група – 6 дітей другого півріччя життя (середній вік – $7,1 \pm 1,4$ міс), які отримували в якості молочної суміші Нутрилон 2; III група – 10 дітей, які знаходились на штучному вигодовуванні з використанням адаптованих і високо адаптованих сумішів різноманітних виробників. У дітей визначали стан біоценозу кишок і проводили копрологічне дослідження, після чого протягом 2 місяців дітям призначалось відповідне харчування та повторно проводилась оцінка біоценозу кишок і копрологічне дослідження.

Наші дослідження показали, що дисбіоз кишок має місце у всіх дітей, які знаходяться на штучному вигодовуванні, що виражається якісними і кількісними змінами нормального біоценозу і мінімальними ознаками синдрому функціональних порушень травної системи. Типовими дисбіотичними змінами є нестача біфідо- і лактофлори, кишкової палички з нормальними властивостями, збільшення кількості аеробних асоціацій, збільшення кількості кишкової палички з гемолітичними властивостями, клібсіел, ентерококів, цитробактеру, протея, золотистого стафілокока, грибів роду Кандида. Використання адаптованих сумішей, збагачених пребіотиками (Нутрилон 1 та Нутрилон 2), дозволяє досягти чіткого збільшення кількості *Bifidobacteria* і *Lactobacilli*, позитивно вплинути на становлення біоценозу кишок у дітей першого року життя, наближаючи ефективність такого вигодовування до вигодовування молоком матері.

МОТИВАЦІЯ ПРИРОДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГІПОГАЛАКТІЇ

С.К. ТКАЧЕНКО, Н.М. ГРОМНАЦЬКА
Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Піднімається питання про роль підсвідомих негативних прихованих емоцій, відсутності настанови на лактацію у матері-годувальниці при розвитку гіпогалактії.

Метою дослідження було виявлення чинників мотивації природного вигодовування і розвитку її порушень.

Під спостереженням знаходились 208 матерів-годувальниць з гіпогалактією різного терміну розвитку (I група) і 388 матерів з нормальною лактацією (II група – контрольна).

Для виявлення чинників мотивації природного вигодовування, психологічних та поведінкових аспектів враховувались: особливості психологічного профілю та відношення жінки до лактації, думка матері-годувальниці про переваги того чи іншого виду вигодовування дитини, головний спонукаючий фактор, планування тривалості, значення медичних працівників і мікросоціального оточення у виборі виду вигодовування.

Отримані дані свідчать, що до чинників мотивації, які мають найбільший вплив на лактацію, слід віднести настанову на лактацію, об'єктивну оцінку важливості та оптимальності природного вигодовування для дитини, головний спонукаючий фактор – піклування про дитину, наявність психологічного зв'язку між матір'ю і дитиною ("дитина ближче до матері"), планування тривалої лактації (до 12 місяців), успішне вигодовування матері в дитинстві, вдалий попередній власний лактаційний досвід, материнський інстинкт, вплив неонатологів та дільничних педіатрів на рішення матері вигодовувати дитину груддю.

Конфліктні ситуації, нервові потрясіння, що пов'язані зі зміною економічних умов, падінням матеріального рівня, неможливістю самореалізуватись і забезпечити основні потреби, тобто хронічний стрес, призводять до розвитку гіпогалактії у матерів-годувальниць. Емоційна незрілість та інфантильність, некритичне відношення до себе і оточуючих, нестриманість, егоцентризм, утруднений контакт з оточуючими часто спостерігаються у жінок з гіпогалактією і відмовою від природного вигодовування.

Передчасне згасання і припинення лактації розвиваються на тлі відсутності у матері установи на лактацію та довір'я до грудного

вигодовування, індиферентного або негативного відношення до нього у жінки та членів її сім'ї, планування годувати груддю менше 6 місяців або відсутність планування, негативний попередній лактаційний досвід.

Проведене дослідження довело, що мотивація – є одним із чинників, що регулюють становлення і підтримку природного вигодовування та розвиток можливої гіпогалакції. На лактацію жінки мають вплив особливості психологічного профілю, пов'язані з соціально-побутовими, професійними, сімейними та конституційними чинниками.

Рекомендовано в жіночих консультаціях, пологових відділеннях, дитячих поліклініках ретельно виявляти мотиваційні чинники ризику розвитку порушень лактації для своєчасного передбачення і діагностики гіпогалакції та проведення профілактичних і лікувальних заходів.

ВПЛИВ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ МАТЕРІВ-ГОДУВАЛЬНИЦЬ НА СТАН ЛАКТАЦІЇ

Н.М. ГРОМНАЦЬКА, С.К. ТКАЧЕНКО
Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Вважають, що до медико-біологічних факторів, які несприятливо впливають на становлення та розвиток лактації у жінок, належать пієлонефрит та дефіцитна анемія, які є найбільш поширеними у періоді вагітності.

Метою дослідження було визначення характеру впливу вищевказаної соматичної патології на перебіг лактації у матерів-годувальниць.

Обстеження проводились з періоду новонародженості до досягнення річного віку з інтервалом спостереження 1-3 місяці шляхом огляду дітей і матерів у пологовому будинку, поліклініці й вдома та вивчення історії розвитку дитини (форма 112/о).

Під спостереженням знаходились 46 матерів з пієлонефритом у періоді вагітності, які народили 46 дітей (I група), у 29 (63,04±13,96%) з них розвинулась гіпогалакція (1-а підгрупа), у 17 – лактація перебігала фізіологічно (2-а підгрупа), порівняно з 34,89±3,8% матерями-годувальницями загальної популяції. Контрольну групу складали

50 здорових матерів загальної популяції з нормальною лактацією та 50 їх дітей.

У $19,56 \pm 11,46\%$ матерів з піелонефритом в періоді вагітності гіпогалактія була ранньою. Тривалість лактації у матерів з піелонефритом і гіпогалактією була в 3 рази коротшою, ніж у матерів з піелонефритом і нормальною лактацією та в загальній популяції і становила, відповідно, $2,4 \pm 1,5$ і $6,3 \pm 3,9$ місяця ($p < 0,05$). Спостерігалась висока кореляція між розвитком у матерів з піелонефритом патології лактації і віком старше 35 років ($p < 0,05$), порядковим номером лактації і пологів (3 і більше) ($p < 0,01$), розвитком гестозу, слабкістю пологової діяльності ($p < 0,05$), проведенням ревізії порожнини матки ($p < 0,01$).

З 44 матерів-годувальниць з дефіцитною анемією I групи, які народили 45 дітей (одна двійня), у 31 ($70,5 \pm 13,48\%$) розвинулась гіпогалактія (1-а підгрупа), у 13 – лактація була фізіологічною (2-а підгрупа). Контрольну групу складала 50 здорових матерів загальної популяції з нормальною лактацією та їх діти.

Рання гіпогалактія розвинулась у $27,2 \pm 13,15\%$ матерів-годувальниць з дефіцитною анемією. Середня тривалість лактації у матерів обох груп та підгруп була практично однаковою (в межах $3,2 \pm 2,5$ міс) ($p > 0,05$). У групі жінок із дефіцитною анемією і гіпогалактією переважали жінки віком 26–29 років ($p < 0,05$), з гестозом ($p < 0,05$), піелонефритом ($p < 0,05$), порядковим номером вагітності 3 і більше ($p > 0,05$), запізнілими пологами ($p < 0,05$), яким проводилась ревізія порожнини матки ($p < 0,05$).

Отримані дані свідчать, що піелонефрит і дефіцитна анемія, особливо у поєднанні з патологією перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, є чинниками високого ризику розвитку гіпогалакції та раннього припинення природного вигодовування. Вчасне проведення профілактично-лікувального комплексу сприяє нормалізації лактаційного процесу.

Рекомендовано матерів з піелонефритом і дефіцитною анемією спостерігати у групі ризику з розвитку гіпогалакції у різні терміни і проводити їм комплекс заходів з профілактики та лікування порушень лактації.

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУХОЙ АДАПТИРОВАННОЙ СМЕСИ “NAN КИСЛОМОЛОЧНЫЙ” В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В.В. БЕРЕЖНОЙ, Н.К. УНИЧ, В.А. КОРОЛЁВА, Р.Н. ЛОБОДА,
И.В. ШУРЫГИНА, Н.Н. ЧЕРНЫШ
Киевская медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика

Наше внимание привлекла новая адаптированная кисломолочная смесь “NAN кисломолочный”, появившаяся недавно на рынке Украины. Смесь биологически ферментирована с помощью *L. helveticus* и *S. Thermophilus* и обогащена жизнеспособными штаммами микроорганизмов-пробиотиков (живые бифидобактерии в количестве $2 \cdot 10^7$ в 1 г сухого порошка).

Белок смеси представлен преимущественно сывороточными белками. Казеин находится в кислотно-коагулированной форме, требующей меньшего количества ферментов для переваривания.

Под нашим наблюдением находилось 35 детей первого года жизни, которые в первые месяцы жизни по разным объективным причинам были переведены на искусственное вскармливание, а в период наблюдения находились на стационарном лечении в отделении младшего детского возраста Киевской городской детской клинической больницы № 1.

Длительность применения смеси “NAN кисломолочный” составила две недели.

Следует отметить, что почти все наблюдаемые дети охотно принимали смесь.

Все дети хорошо переносили приём новой смеси, ни в одном случае не наблюдалось каких-либо проявлений аллергии. Дети набирали в массе тела. Прибавки массы тела составили минимально 15-20 г на сутки, максимально – 25-30 г в сутки.

Отмечено, что у всех детей заметно повысились показатели гемоглобина крови (в пределах 6-9 г/л). Это объясняется наличием железа в смеси в количестве 8 мг/л, оптимальным соотношением железа и витамина С, что обеспечивает максимальную биодоступность и усвоение железа. Приём смеси благоприятно сказался на купировании клинических признаков кишечного дисбактериоза. Выявлено также улучшение показателей состава микрофлоры кишечника у 11 обследованных на дисбактериоз в динамике.

Таким образом, даже кратковременный приём смеси “NAN кисломолочный” положительно сказался на нормализации биоценоза кишечника, что согласуется с данными литературы.

Именно поэтому “NAN кисломолочный” как адаптированную смесь более целесообразно назначать детям до 9-месячного возраста вместо кефира (неадаптированного кисломолочного продукта) в связи с функциональной незрелостью ребёнка этого возраста и во избежание диapedезных кишечных кровотечений.

ГІПОАЛЕРГЕННІ СУМІШІ ДЛЯ НЕМОВЛЯТ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Л.В. БЕШ

Львівський державний медичний університет

ім. Данила Галицького

Львівський міський дитячий алергологічний центр

Першим проявом алергічної патології у дітей, як правило, є харчова алергія (ХА), яка виявляється вже в перші місяці життя як алергічний конституційний дерматит (АКД). Без усунення причин харчової сенсibiлізації у таких дітей і корекції часто ще функціональних, зворотних змін з боку травного каналу конституційний дерматит в 70-80% випадків трансформується в дитячу екзему, яка є дебютом atopічного дерматиту.

Вирішуючи проблему раціонального харчування таких дітей, слід пам'ятати, що ідеальною їжею для них є материнське молоко. Однак, коли грудне вигодовування неможливе, необхідно знайти заміники жіночого молока, які можна було б призначати таким немовлятам. Львівський міський дитячий алергологічний центр має суттєвий власний досвід щодо застосування сумішей фірми “Нестле” для харчування дітей з проявами алергії або ризиком її розвитку. Протягом останніх років нами доведено доцільність застосування з лікувальною метою гіпоалергенних сумішей “Алфарє” , “Кисломолочний NAN”, “АЛ110”, “Алсой”.

Нині в руках українських педіатрів є нова суміш “NAN Гіпоалергенний” (NAN HA), яка рекомендується до застосування у таких дітей. Ми провели клінічне дослідження ефективності цієї суміші у 10 дітей віком від 2 до 12 міс з проявами АКД. Відповідно до програми клінічної апробації, поряд з клінічними спостереженнями проводилися антропометричні вимірювання.

Суміш вводили до раціону поступово, починаючи з 20 мл 2 рази на добу. Щоденно кількість суміші збільшували на 40-50 мл і протягом 4-5 днів доводили до необхідного об'єму.

Результати дослідження оцінювали через 3-4 тижні від початку застосування суміші. Критеріями оцінки ефективності харчування були: показники толерантності до нової їжі (апетит, диспептичні прояви, характер випорожнень); динаміка антропометричних даних; показники терапевтичної ефективності (динаміка проявів АКД).

Перший тиждень був періодом вивчення толерантності дитини до нового продукту харчування. Протягом цього часу слідкували за такими показниками: відмова від їжі, зригування, блювота, підсилення проявів АКД, негативні зміни характеру випорожнень.

Період адаптації до суміші NAN HA перебігав без особливостей. Діти охоче їли запропонований продукт, що безперечно вказує на його високі смакові якості. Спостерігалася регресія змін на шкірі, зменшився її свербіж. Гастроінтестинальних порушень у вигляді колік, метеоризму, закріпів у обстежених дітей не виявлено. Більше того, у 3 дітей, у яких перед застосуванням суміші спостерігалася тенденція до закріпів, випорожнення нормалізувалися. На фоні застосування NAN HA у всіх немовлят випорожнення були кашкоподібної консистенції, звичайного кольору без патологічних домішок. Середньодобове збільшення маси тіла у дітей склало 24,7 г/добу.

Таким чином, результати проведених клінічних досліджень доводять, що суміш NAN HA добре переноситься дітьми. За своїм складом повністю відповідає сучасним вимогам до заміників жіночого молока і може бути рекомендована для застосування в харчуванні дітей з проявами ХА або з ризиком її розвитку.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПРОДУКТІВ ІЗ БОБІВ СОЇ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА У ЛКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОМУ ХАРЧУВАННІ ДІТЕЙ З АЛЕРГІЄЮ

В.Д. ОТТ, Г.Б. КОВАЛЕНКО

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

У сучасних умовах особливої актуальності набуває створення продуктів дитячого харчування підвищеної біологічної цінності, в яких бобові використовуються як основне джерело рослинного білка і жиру. Це зумовлено все зростаючою частотою харчової алергії, яка вимагає тривалої елімінації із раціонів дітей причинних алергенів, серед яких провідне місце часто належить життєво необхідним для організму білкам тваринного походження.

Боби сої відрізняються від інших зернобобових культур рідкісним співвідношенням білка із набором всіх необхідних амінокислот, жирів, вуглеводів та інших цінних харчових речовин (вітамінів, мінеральних речовин, а також антиоксидантів, ферментів, фосфатидів тощо). Це дозволяє використовувати їх для створення збалансованих раціонів харчування дітей, в тому числі й для дітей грудного віку, після відповідних технологічних обробок, які поліпшують смакові властивості і харчову цінність кінцевого продукту, зменшують до безпечного рівня кількість антипоживних речовин, таких як стахіоза, рафіноза, сапоніни, інгібітори трипсину, фітин, які утруднюють процеси травлення і викликають побічні явища у шлунково-кишковому тракті дитини.

Розроблені в ІПАГ АМН України спільно з технологами УДУХТ (солонудування), Тов. "ЕСО" (пробудження зерна світловим потоком), ІТТФ НАНУ (тепловолога обробка) дозволяє використовувати бобові для отримання напівфабрикатів і на їх основі нетрадиційних продуктів прикорму для дітей з харчовою алергією (сухих, рідких, з пробіотиками), кондитерських та кулінарних виробів для дітей дошкільного та шкільного віку.

Введення цих продуктів до раціонів харчування дітей грудного і раннього віку з харчовою алергією показало їх добру переносимість, відсутність побічних ефектів і клінічну ефективність (зниження антигенного навантаження і ступеня алергізації, дисбіотичних та імунологічних порушень, поліпшення процесів травлення, цитопротекції, білковосинтетичної функції, ліпідного обміну, показників антиоксидантної системи, гемопоезу, анаболічних процесів). Поряд з цим, вони мають виражену радіопротекторну дію.

Таким чином, розробка і впровадження у виробництво спеціалізованих продуктів вітчизняного виробництва на основі бобових дозволяють вирішити ряд важливих медико-біологічних проблем дитячого харчування, поліпшити білкове забезпечення дітей різних вікових груп, розширити дієтотерапію дітей з алергією та іншими захворюваннями.

ПРЕПАРАТ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ НАРИНЭ И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.Б. ЕВГРАФОВА

Киевский городской детский гастроэнтерологический центр

Бактериальный лечебно-профилактический препарат Наринэ представляет собой сухую лиофилизованную культуру молочнокислых лактобактерий штамма 317/402. Выпускается в стеклянных флаконах, ёмкостью 10 мл, содержащих 0,3 грамма сухой массы молочного цвета. Данный штамм выделен в 1964 году из организма новорожденной девочки (по имени Наринэ) и обладает следующими характерными признаками и свойствами:

- грамположительный микроаэрофил, гомоферментативный, на 90% состоит из молочной кислоты и на 10% из других кислот и эфиров;

- клетки размером 2-10 x 7-0,8 мкм неподвижны, индол не образуют, желатин не разжижают, сбраживают лактозу, глюкозу, мальтозу, крахмал, маннит, рафинозу, декстрин и дульцит, не сбраживают инозит;

- оптимальная температура роста 35-40°C, летальная – 68-70°C;

- устойчивость к действию антисептиков, антибиотиков и неблагоприятных факторов желудочно-кишечного тракта;

- в процессе жизнедеятельности продуцируют значительное количество безвредных для человека антимикробных веществ (перекись водорода, молочную кислоту), которые подавляют рост и развитие грамположительных и грамотрицательных бактерий (золотистого стафилококка, грибов рода *Candida*, клостридий, гемолитической кишечной палочки, протей, возбудителей дизентерии), восстанавливают защитную анаэробную микрофлору (бифидобактерии и лактобактерии), повышают активность нормальной кишечной палочки.

Под влиянием антимикробных веществ Наринэ типичные возбудители дизентерии погибают или теряют свои патогенные свойства (ста-

новятся атипичными). Путём нормализации микрофлоры кишечника улучшаются процессы переваривания продуктов метаболизма белков, жиров и углеводов, нормализуется перистальтика кишечника, снижается аллергическая настроенность организма. Включение препарата Наринэ в комплекс лечения больных с патологией желудочно-кишечного тракта позволяет: за 4-7 дней ликвидировать болевой синдром; за 3 дня – отрыжку, тошноту и рвоту; за 5-8 дней – метеоризм (по данным Измайловской городской детской больницы г. Москвы). Его применение также эффективно в качестве заместительной терапии при дисбиозах кишечника I-II степени, сопровождающих различные заболевания органов пищеварения (это подтверждено клиническими исследованиями, проведенными в гастроэнтерологическом отделении Киевской городской больницы № 18).

В результате клинических испытаний применения препарата Наринэ при лечении детей с тяжелыми формами инсулино-зависимого сахарного диабета, проведенных в Киевской городской детской специализированной больнице № 14, установлено, что его применение позволяет ускорить на 2-3 дня клинико-лабораторную компенсацию сахарного диабета и на 1-2 дня – время снятия кето-ацидоза, а также добиться положительного эффекта при повышенной аллергии к инсулину.

При проведении исследований в иммунологической лаборатории Киевского Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины была выявлена выраженная стимулирующая активность препарата Наринэ на фагоцитарную активность нейтрофилов, поэтому препарат может быть активным средством для лечения вторичных иммунодефицитов, сопровождающихся снижением фагоцитарной активности и повышенным выходом в циркуляцию естественных киллеров с низкой функциональной активностью. Кроме того, лактобактерии Наринэ стимулируют синтез альфа- и бета-интерферонов, которые обеспечивают противовирусный и противораковый эффект.

В Киевской городской туберкулёзной больнице № 1 проводились исследования эффективности применения бактериологического препарата Наринэ и кисломолочного продукта Наринэ для лечения больных туберкулёзом лёгких, туберкулёзом кожи, в том числе при сопутствующем сахарном диабете. Установлено, что применение Наринэ в комплексе с другими средствами лечения благоприятно сказывается на общем состоянии больных и позволяет ускорить наступление нормализации клинико-лабораторных показателей в случаях впервые выявленного туберкулёза, в том числе при сопутствующем сахарном диабете.

В результате клинико-лабораторных исследований, проведенных

в Институте экспериментальной радиологии и Научном центре радиационной медицины АМН Украины, установлено, что Наринэ обладает мембраностабилизирующими, адаптогенными и антистрессовыми свойствами, что способствует защите организма в условиях действия ионизирующей радиации. Антивирусные свойства Наринэ могут быть использованы в комплексе лечения гинекологических больных с гарднереллезом и вторичными нарушениями флоры.

Для употребления препарата во внутрь необходимо во флакон с сухой массой добавить 10 мл кипячёной воды комнатной температуры. При растворении получается гомогенная взвесь, в 1 мл которой содержится 1 млрд. клеток молочнокислых бактерий. Применяется за 20-30 минут до еды по 1 флакону 1-3 раза в день в зависимости от вида заболевания, степени его тяжести и продолжительности. В 2002 году были изданы Методические рекомендации для врачей по использованию Наринэ. При хронических заболеваниях органов пищеварения данный препарат назначается по 1 флакону в день в течение 15-20 дней. Курс лечения дисбактериоза кишечника, острых кишечных инфекций, хронических колитов составляет 20-30 дней. При сахарном диабете – по 1 флакону 3 раза в день в течение 20-30 дней. При пониженном иммунитете – по полфлакона или 1 флакону в день в течение 10-15 дней.

Кроме приёма во внутрь, данный препарат может быть использован местно: в виде микроклизм 1 раз в день курсом 5-7 дней; в гинекологии – в виде спринцеваний, тампонов, вагинальных шариков курсом 15-20 дней; в дерматологии – в виде аппликаций на поражённые участки тела по 20-30 минут 1-2 раза в день на протяжении 15-20 дней; в стоматологии – в виде аппликаций и полосканий в течение 10 дней. Однако местное лечение обязательно должно сочетаться с приёмом во внутрь.

Беременным женщинам за 2 недели до родов рекомендуется проводить санацию родовых путей тампонами с Наринэ для профилактики воспаления половых органов и дисбактериоза новорожденного.

В педиатрии сухой препарат Наринэ может быть использован с рождения ребёнка, а кисломолочный продукт Наринэ в качестве питания – с 4-месячного возраста.

Кисломолочный продукт Наринэ изготавливается из молока на основе сухого препарата Наринэ. Этот напиток обладает теми же лечебными свойствами и является ценным питательным продуктом. Для лечебных целей его следует употреблять по 1-1,5 литра в день за 4-6 приёмов. При патологии желудочно-кишечного тракта необходимо учитывать кислотообразующую функцию желудка. При повышенной кислотности его следует использовать через 30-60 минут после еды, при пониженной – за 30 минут до еды, при нормальной –

по желанію пацієнта. В період обострення хронічних захворювань органів травлення лікування слід починати з сухого препарату, а по мірі зниження запального процесу переходити на прийом кисломолочного продукту. Він показаний як для лікування, так і для профілактики багатьох захворювань.

Наринэ потрібен хворим, щоб вилікуватися, а здоровим, – щоб не боліти.

НУТРИТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ЯК ФАКТОР ІМУННОГО ЗАХИСТУ

С.К. ТКАЧЕНКО, О.В. ГДИРЯ

Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Природним продуктом імунного харчування слід вважати грудне молоко, якому притаманний широкий спектр компонентів з імунними властивостями. До них, в першу чергу, відносяться фактори, які виконують надзвичайно важливу замісну функцію (імуноглобуліни А, М, G, sIgA, Т- і В- лімфоцити, комплемент, інтерферон), прицільно діють на мікроорганізми (антистафілококовий, антилямбліозний), пригнічують ріст бактерій (олігосахариди, лактоферин, фолати), викликають їх лізис (макрофаги, лізоцим) та сприяють еубіозу (біфідус фактор).

У жіночому молоці є також компоненти, які мають стимулюючий вплив на імунну систему дитини: циклічні нуклеотиди, фактори росту. Доведено роль нуклеотидів у процесах дозрівання лімфоцитів, підсиленні фагоцитарної активності макрофагів та активності Т-кілерів, підтримання балансу цитокінів, підвищенні резистентності до стафілококів, патогенних грибів.

Фактори росту впливають на дозрівання імунокомпетентних клітин, підвищують резистентність до інфекції та алергії.

Вивчення властивостей таких амінокислот жіночого молока, як таурин, L-карнітин, глютамінова кислота, гліцин, аргінін, глютамін, б-?етоглутарат показало, що вони стимулюють проліферацію Т-лімфоцитів, підвищують бар'єрну функцію травного тракту, запобігають мікробній транслокації, підтримують еубіоз, зменшують ризик розвитку інфекційних захворювань і поліорганної дисфункції, знижують вихід прозапальних цитокінів при захворюваннях.

Безперечно також висока біологічна роль ліпідів жіночого молока, зокрема 3-омега жирних кислот, середньо- і коротколанцюгових тригліцеридів, які забезпечують достатній рівень імунних реакцій, зменшують вихід прозапальних цитокінів у разі захворювань.

Таким чином, грудне вигодовування слід розглядати головним чинником нутритивного забезпечення імунного захисту.

При відсутності грудного молока, при неможливості відновити лактаційну функцію виникає необхідність у проведенні штучного вигодовування. У даний час розроблено широкий асортимент високо адаптованих сумішей, до яких слід віднести ряд сумішей фірми “Нестле” для вигодовування недоношених (preNAN) і здорових дітей першого року життя (NAN-новий, NAN з біфідобактеріями, NAN-кисломолочний). Ці суміші, завдяки особливостям білкового, ліпідного та вуглеводного компонентів, збагаченню рядом незамінних біологічно активних речовин, здатні опосередковано впливати на стан імунної системи. Такий імуномодулюючий ефект визначається наявністю в них нуклеотидів, таурину, L-карнітину, незамінних жирних кислот, середньо- і коротколанцюгових тригліцеридів.

Проведені дослідження свідчать про те, що застосування сумішей такого класу дає можливість запобігати розвитку алергії, зменшувати інфекційну захворюваність, доводячи ці показники до майже таких при виключно грудному вигодовуванні.

Таким чином, оптимальне нутритивне забезпечення при правильно організованому вигодовуванні є надійним фактором імунного захисту дітей першого року життя.

ДО ПИТАННЯ ПРО НОРМИ ПОТРЕБИ У БІЛКУ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

В.Д. ОТТ, В.П. МІСНИК

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Величина потреби у білку при штучному вигодовуванні дітей тривалий час була об'єктом дискусій та неодноразово переглядалася: 4,0-4,5 г/кг (1968 р.), 3,0-3,5 г/кг (1974 р.), 2,5-3,0 г/кг – в останній час.

Перехід від емпіричної до науково обґрунтованої величини потреби у білку при штучному вигодовуванні тісно пов'язаний із вивченням закономірностей процесу обміну речовин на клітинному та субклітинному рівнях, а також із поглибленням знань у галузі фізіології функціонального дозрівання дитячого організму.

При створенні сумішей для штучного вигодовування дітей еталоном є грудне молоко. Проте низити рівень вживання білка у дітей грудного віку, які знаходяться на штучному вигодовуванні, досить важко, бо сучасні адаптовані молочні суміші промислового виробництва містять майже в 1,5 раза більше білка, ніж жіноче молоко, а отримати білковий компонент молочних сумішей, що буде близьким за амінокислотним складом до білка грудного молока, не уявлялося можливим.

Нині фахівці науково-дослідного центру “Нестле”, використовуючи нові технологічні можливості, розробили першу адаптовану молочну суміш із підвищеною біологічною цінністю білкового компоненту (“НАН новий”). В ній суттєво знижено вміст білка (1,2 г/100 мл), що значною мірою наближається до вмісту його у жіночому молоці (0,8-1,1 г/100 мл).

Під спостереженням було 75 практично здорових дітей віком від 2 до 4 міс, які знаходилися на штучному вигодовуванні. Метою досліджень було вивчення сприймання та ефективності застосування адаптованої молочної суміші “НАН новий” у раціоні харчування дітей перших місяців життя. Моніторинг здійснювався протягом 2-2,5 місяця і включав такі дослідження – клінічні (щотижневий огляд педіатра), лабораторні (загальний аналіз крові, вміст загального білка та альбуміну, дослідження калу – копрограма, посів на дисбактеріоз). Розрахунки харчової цінності фактично отриманої їжі за вмістом білків, жирів, вуглеводів, деяких вітамінів та мінеральних речовин, енергетичного забезпечення проводилися один раз на місяць.

Результати застосування суміші “НАН новий” у харчуванні дітей свідчить, що вона має добру толерантність. Стан здоров’я дітей залишався задовільним, за час спостереження у них не було відмічено будь-яких захворювань, темпи фізичного розвитку відповідали віковим. При вивченні лабораторних показників встановлено, що вміст еритроцитів, гемоглобіну, загального білка та альбуміну крові не відрізнявся від нормальних величин.

Аналіз фактичного харчування дітей показав: величини споживання білка, а також коефіцієнта ефективності його були близькими до величин, що спостерігаються при природному вигодовуванні. Це може свідчити про високу утилізацію білка адаптованої молочної суміші “НАН новий”. Крім того, розрахункові дані показали, що у раціонах харчування взятих під спостереження дітей не було дефіциту вітамінів та мінеральних речовин.

Таким чином, суміш “НАН новий” є повноцінною адаптованою молочною сумішшю для штучного вигодовування дітей, які позбавлені грудного молока. Суміш має добрі органолептичні властивості,

задовільне сприймання, достатню забезпеченість білком та високу утилізацію його організмом дітей, про що свідчать оптимальні темпи їх фізичного розвитку.

АЛІМЕНТАРНА КОРЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ТРАВНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ

В.П. МІСНИК

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Зригування, кишкові кольки та закрепи – найбільш часті порушення з боку травного тракту у дітей першого року життя. Поширеність зригувань у дітей цієї вікової групи (особливо у перші місяці життя) досягає 60-85%, в тому числі стійких – 47%, а закрепів – 20-38%. У переважній більшості випадків зригування та закрепи виникають у практично здорових дітей при відсутності будь-яких анатомо-структурних змін за ходом травного тракту (так звані функціональні порушення травного тракту), але також досить часто вони зустрічаються і як супутня патологія при деяких захворюваннях. Наявність цих симптомів спричиняє прояви дискомфорту у дитини та є предметом неспокою батьків, що зумовлює звертання їх до лікаря-педіатра, незважаючи на те, що при цьому майже не страждає нутритивний стан дитини, а щомісячне збільшення маси відповідає віковим нормам.

Більшість авторів розглядає функціональні порушення травного тракту як варіант норми. Поряд із цим тривале існування зригувань, закрепів призводить до появи загальних симптомів – слабкості, зниження апетиту, емоційного тону, порушення сну, субфебрилітету, вторинної ферментної недостатності, порушення всмоктування, дисбактеріозу, затримки фізичного розвитку, а також може стати підґрунтям для формування в подальшому різних хронічних захворювань органів дихання, травного тракту у дітей та дорослих.

Зважаючи на викладене, проблема профілактики та ранньої корекції функціональних порушень з боку травного тракту є досить актуальною.

Одним із підходів до лікування таких порушень є метод диференційованої аліментарної корекції, можливості організації та ефективності якого в останні роки значно підвищилися за рахунок застосування спеціалізованих продуктів лікувального харчування промислового виробництва.

При синдромі зригування для підвищення в'язкості молочних продуктів рекомендується використання загусників, спеціалізованих адаптованих молочних сумішей промислового виробництва – антирефлюксних сумішей. Функціональні закрепи частіше спостерігаються у дітей грудного віку, які знаходяться на штучному вигодовуванні. Тому необхідно як можна триваліше зберігати у харчуванні дитини грудне вигодовування. При штучному вигодовуванні рекомендується застосування сумішей з додатком про- або пребіотиків. Крім того, необхідно своєчасне введення до раціону харчування дітей страв прикорму, застосування кисломолочних продуктів, проведення профілактики або лікування рахіту. Кишкові кольки вимагають корекції раціону харчування жінки, що годує грудним молоком, а при штучному вигодовуванні можливе використання сумішей промислового виробництва із загусниками або пре- та пробіотиками.

Тривалість дієтотерапії є індивідуальною і залежить від особливостей патогенезу, клінічних проявів, характеру вигодовування дитини, наявності супутньої патології та ін. У стійких випадках дієтотерапію поєднують із медикаментозним лікуванням. Крім того, в останні роки з'явилися дані про позитивний вплив психологічної реабілітації дітей з функціональними порушеннями травного тракту.

При неефективності дієтичної та медикаментозної терапії, стійкому збереженні симптомів дисфункції органів травлення дитина потребує додаткового клінічного та інструментального обстеження, консультації спеціалістів (невролога, хірурга та ін.).

ЕФЕКТИВНІСТЬ СИРУ “РАСТІШКА” У ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

В.Д. ОТТ, О.М. МУКВІЧ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Сири відіграють важливу роль в харчуванні дітей раннього віку та входять до числа обов'язкових компонентів їх раціону як джерело молочного білка з високою біологічною цінністю, жиру, що легко засвоюється, а також великої кількості вітамінів та мінералів.

Серед різних видів сирів значний інтерес становить сир Растішка, що виготовляється компанією “Данон” (Франція) в багатьох країнах світу. Його отримують з пастеризованного знежиреного молока “ре-

зервуарним” способом, використовуючи мезофільну молочнокислу стрептококову закваску в присутності сичужного ферменту. Сир Растішка, як і інші види сирів, містить значну кількість молочного білка (6,1–6,8 г на 100 г продукту), в той час як вміст жиру коливається в межах 2,8–4,0 г/100г, що порівняно нижче його рівня в інших видах дитячих сирів. Внесення до продукту фруктового пюре (персик/груша, лісові ягоди, полуниця, абрикос та ін.) сприяє збільшенню кількості вуглеводів (16,0–16,6 г/100г), що збільшує енергетичну та вітамінно-мінеральну цінність (120–140 ккал/100г) та підвищує смакові властивості продукту. Однак найбільшою цінністю Растішки є підвищення вмісту кальцію (200 мг/100г продукту), що значно більше, ніж в інших видах сирів (120–150 мг/100г). Джерелом додаткової кількості кальцію є цитрат кальцію, яким збагачене фруктове пюре.

Враховуючи все наведене, метою нашої роботи було вивчення клініко-бактеріологічної ефективності сиру Растішка та можливість його використання як продукту функціонального харчування у дітей з затяжними та хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту й з проявами аліментарнозалежних станів (гіпотрофія, рахіт, гіповітаміноз).

Під нашим спостереженням знаходилося 28 дітей від 1 до 3 років із затяжним ентероколітом, кишковим дисбактеріозом, дискінезією жовчовивідних шляхів. До щоденного раціону дітей включали по 50 г продукту протягом 30 днів. Проведені спостереження показали, що переносимість сиру у всіх дітей була доброю, відмови від нього не було, смакові властивості більшість дітей характеризували як “добрі”. Явищ харчової непереносимості, посилення або появи болювого абдомінального синдрому, диспепсичних порушень не виявлено. Шкіра та слизові оболонки у всіх дітей протягом усього спостереження залишались чистими. У всіх дітей було відмічено позитивну динаміку маси тіла. У 7 із 9 дітей зменшились клінічні прояви гіповітамінозу, у 14 – зникли явища дискомфорту шлунково-кишкового тракту, а у 3 і 5 дітей з дискінезією кишечника, яка проявлялась закрепамми, на фоні комплексної терапії з включенням сиру нормалізувалась частота та консистенція випорожнень.

Результати бактеріологічних досліджень фекалій в динаміці спостереження виявили тенденцію до підвищення біфідо- та лактобактерій та зниження числа умовнопатогенних бактерій.

Таким чином, сир Растішка має позитивний вплив на процеси травлення та нормалізацію мікробіоценозу кишечника і може бути віднесеним до продуктів функціонального харчування, що мають профілактично-лікувальне значення при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.

ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТЕЙ МІКРОЕКОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ТА СТАНУ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ВАГІТНИХ І МАТЕРІВ, ЩО ГОДУЮТЬ, НА ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА РІВЕНЬ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ПЕРШИХ МІСЯЦІВ ЖИТТЯ

В.Д. ОТТ, Л.І. ТУТЧЕНКО, Т.Л. МАРУШКО, Л.В. ГАЛАЗЮК
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Фізіологічна бактеріальна колонізація є одним із найважливіших механізмів адаптації новонароджених дітей до нових умов життя в навколишньому середовищі. Тому етап формування нормального мікробіоценозу протягом перших 7-10 днів життя дитини визначає стан здоров'я дитини в майбутньому. Виходячи з уявлень про те, що вагітна жінка, породілля і годуюча мати – головне початкове джерело бактеріальної колонізації новонародженої дитини, актуальним є вивчення особливостей формування мікробіоценозу дитини залежно від стану мікробної екосистеми матері в період вагітності та в післяпологовому періоді, розробка ефективних методів корекції та профілактики дисбіотичних порушень в системі вагітна-мати-дитина. Рівень та функціональна спроможність захисних факторів системи місцевого імунітету в період вагітності, пологів та грудного вигодовування має вирішальне значення в реалізації імунологічного взаємозв'язку матері та дитини, запобіганні інтра- та постнатальному інфікуванню новонародженого.

Обстежено 140 пар “мати-дитина”. Проведено бактеріологічне дослідження різних біотопів жінки в II і III триместрах вагітності та в післяпологовому періоді (статеві шляхи, ареола молочної залози, ротоглотка, кишечник) та стану мікробіоценозу новонародженого (ротоглотка, кишечник) в динаміці першого місяця життя. Імунологічні дослідження включали визначення рівня імуноглобулінів (sIgA, IgA, IgG, IgM) та лізоциму в секреті вагіни та слині у вагітних жінок в III триместрі, грудному молоці на 3- та 7-10-ту доби лактації.

Отримані дані свідчать про те, що у здорових вагітних жінок в передпологовому періоді мікроекологія біотопів (піхва, ареола молочної залози) характеризується високою концентрацією лакто- та біфідобактерій, що вказує на формування особливого фізіологічного мікробіоценозу з переважанням біфідофлори на період пологів та годування дитини груддю. Серед жінок групи ризику щодо порушення мікроекології організму досить часто (82,5%) спостерігаються

дисбіотичні стани, що мають, як правило, системний характер, тобто дисбіоз виявляється в усіх досліджених біотопах, зниженням концентрації специфічних та неспецифічних факторів місцевого імунітету в слині, секреті вагіни та грудному молоці. Результати бактеріологічного дослідження в парах “мати-дитина” показали, що дисбіотичні порушення та недостатність місцевого імунітету в материнському організмі спричиняють порушення колонізації новонародженої дитини нормофлорою з одночасним збільшенням рівня патогенних та умовнопатогенних бактерій. При цьому виявлено залежність характеру патологічної контамінації біотопів новонародженого не лише від дисбіозу пологових шляхів, а й від особливостей мікроекології шлунково-кишкового тракту та ареоли молочної залози. Розроблено комплексну систему профілактики та корекції дисбіотичних станів у вагітних жінок та годуючих матерів групи ризику на підставі використання багатокомпонентних пробіотиків, застосування якої справляє позитивний вплив на стан мікробіоценозу та системи місцевого імунітету жінки, зменшує частоту інфікування грудного молока, сприяє підвищенню в ньому рівня специфічних та неспецифічних захисних факторів, поліпшує процеси формування мікробіоценозів кишечника у дітей в неонатальному періоді, зменшує частоту виявлення дисбіотичних станів у немовлят, поліпшує показники їх здоров'я.

ПРОБЛЕМИ ВИГОДОВУВАННЯ ЗДОРОВИХ І ХВОРИХ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Н.І. ТОКАРЧУК , Н.І. СІНЧУК, Г.І. МАНТАК, Т.В. САВИЦЬКА
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Європейське бюро ВООЗ у 1998 р. розробило та затвердило концепцію “Здоров’я для всіх у 21 сторіччі”. Формування здоров’я дітей раннього віку значною мірою залежить від їх вигодовування протягом першого року. Впровадження сучасних принципів грудного вигодовування дасть змогу забезпечити оптимальне вигодовування дітей раннього віку, безпечне материнство та розвинене суспільство.

Враховуючи значущість даної проблеми, нашою метою була оцінка вигодовування здорових та хворих дітей грудного віку; визначення типових помилок вигодовування дітей раннього віку.

Матеріалом дослідження були дані, отримані шляхом анкетування 60 матерів, які мали дітей віком від 1 міс до 1,5-річного віку. Дітей було розподілено на дві групи: I група (контрольна) – 20 дітей, які не хворіли на 1-му році життя; II група (основна) – 40 дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділі для дітей раннього віку.

Аналіз вигодовування здорових та хворих дітей грудного віку показав, що на природному вигодовуванні були 66,6% дітей I групи та 28% – II групи; наа змішаному вигодовуванні – 16,7 та 3% відповідно, на штучному – 16,7 та 70%. В групі хворих дітей 9,4% від народження отримували штучне вигодовування. Тоді як в групі здорових таких випадків ми не спостерігали. Одним із видів замітника грудного молока при штучному вигодовуванні були адаптовані молочні суміші в обох групах дітей. Разом з тим, в групі хворих 29% дітей вигодовувались нераціонально – коров'ячим молоком, а в групі здорових воно використовувалось лише в 3,5% випадків.

Нами виявлено типові помилки вигодовування дітей раннього віку, а саме: дефекти введення докорму, прикорму. Так, у 82% II групи в харчуванні передчасно у вигляді прикорму використовувалось коров'яче молоко, 52% дітей цієї групи не отримували своєчасно м'ясо. 61% обстежених дітей основної групи раніше належних термінів вигодовувалися глютеневими кашами.

Дані аналізу захворюваності свідчать, що в основній групі дітей частіше переважала патологія органів дихання – 66,4%, atopічні дерматити – 6,75%, патологія сечовидільної системи – 2,25%, функціональні розлади шлунково-кишкового тракту – 24,6%. Фонові захворювання мали місце у 89,4% дітей основної групи (гіпотрофія – у 7,5%, дефіцитна анемія – у 37,5%, рахіт – у 55%).

Термін лікування у стаціонарі дітей, які знаходились на штучному вигодовуванні, складав 18,4 ліжко-дня. Тоді як тривалість лікування дітей, які знаходились на природному вигодовуванні, становив 14,2 ліжко-дня.

Таким чином, порушення, які допущенні при вигодовуванні в групі хворих дітей, поряд з іншими факторами можуть спонукати до розвитку та збільшення їх захворюваності. Виявлені дефекти вигодовування свідчать про необхідність вирішення проблеми забезпечення дітей, які не отримують грудного молока, адаптованими молочними сумішами. Термін лікування дітей, які знаходились на штучному вигодовуванні, перевищує такий порівняно з дітьми, які знаходились на природному вигодовуванні.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПРОДУКТІВ ІЗ БОБІВ СОЇ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОМУ ХАРЧУВАННІ ДІТЕЙ З АЛЕРГІЄЮ

В.Д. ОТТ, Г.Б. КОВАЛЕНКО

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

У сучасних умовах особливої актуальності набуває створення продуктів дитячого харчування підвищеної біологічної цінності, в яких бобові використовуються як основне джерело рослинного білка і жиру. Це зумовлено все зростаючою частотою харчової алергії, яка вимагає тривалої елімінації з раціонів дітей причинних алергенів, серед яких провідне місце часто належить життєво необхідним для організму білкам тваринного походження.

Боби сої відрізняються від інших зернобобових культур рідкісним співвідношенням білка із набором всіх необхідних амінокислот, жирів, вуглеводів та інших цінних харчових речовин (вітамінів, мінеральних речовин, а також антиоксидантів, ферментів, фосфатидів тощо). Це дозволяє використовувати їх для створення збалансованих раціонів харчування дітей, в тому числі й для дітей грудного віку, після відповідних технологічних обробок, які поліпшують смакові властивості та харчову цінність кінцевого продукту, зменшують до безпечного рівня кількість антипоживних речовин, таких як стахіоза, рафіноза, сапоніни, інгібітори трипсину, фітин, які утруднюють процеси травлення і викликають побічні явища у шлунково-кишковому тракті дитини.

Розроблені в ІПАГ АМН України сумісно з технологістами УДУХТ (солонудування), Тов. "ЕСО" (пробудження зерна світловим потоком), ІТТФ НАНУ (тепловолога обробка) дозволяє використовувати бобові для отримання напівфабрикатів та на їх основі нетрадиційних продуктів прикорму для дітей з харчовою алергією (сухих, рідких, з пробіотиками), кондитерських та кулінарних виробів для дітей дошкільного та шкільного віку.

Введення цих продуктів до раціонів харчування дітей грудного і раннього віку з харчовою алергією показало їх дабруу зносимість, відсутність побічних ефектів і клінічну ефективність (зниження антигенного навантаження і ступеня алергізації, дисбіотичних та імунологічних порушень, поліпшення процесів травлення, цитопротекції, білковосинтетичної функції, ліпідного обміну, показників антиоксидантної системи, гемопоезу, анаболічних процесів). Поряд з цим, вони мають виражену радіопротекторну дію.

Таким чином, розробка і впровадження у виробництво спеціалізованих продуктів вітчизняного виробництва на основі бобових дозволяють вирішити ряд важливих медико-біологічних проблем дитячого харчування, поліпшити білкове забезпечення дітей різних вікових груп, розширити дієтотерапію дітей з алергією та іншими захворюваннями.

ПРОБЛЕМИ ВИГОДОВУВАННЯ ЗДОРОВИХ І ХВОРИХ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Н.І. ТОКАРЧУК, Н.І. СІНЧУК, Г.І. МАНТАК, Т.В. САВИЦЬКА
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Європейське бюро ВООЗ у 1998 р. розробило та затвердило концепцію “Здоров’я для всіх у 21 сторіччі”. Формування здоров’я дітей раннього віку значною мірою залежить від їх вигодовування протягом першого року. Впровадження сучасних принципів грудного вигодовування дасть змогу забезпечити оптимальне вигодовування дітей раннього віку, безпечне материнство та розвинене суспільство.

Враховуючи значущість даної проблеми, нашою метою була оцінка вигодовування здорових та хворих дітей грудного віку; визначення типових помилок вигодовування дітей раннього віку.

Матеріалом дослідження були дані, отримані шляхом анкетування 60 матерів, які мали дітей віком від 1 міс до 1,5-річного віку. Дітей було розподілено на дві групи: I група (контрольна) – 20 дітей, які не хворіли на 1-му році життя; II група (основна) – 40 дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділі для дітей раннього віку.

Аналіз вигодовування здорових та хворих дітей грудного віку показав, що на природному вигодовуванні були 66,6% дітей I групи та 28% – II групи; на змішаному вигодовуванні – 16,7 та 3% відповідно, на штучному – 16,7 та 70%. В групі хворих дітей 9,4% від народження отримували штучне вигодовування. Тоді як в групі здорових таких випадків ми не спостерігали. Одним із видів заміни грудного молока при штучному вигодовуванні були адаптовані молочні суміші в обох групах дітей. Разом з тим, в групі хворих 29% дітей вигодовувались нераціонально – коров’ячим молоком, а в групі здорових воно використовувалось лише в 3,5% випадків.

Нами виявлено типові помилки вигодовування дітей раннього віку, а саме: дефекти введення докорму, прикорму. Так, у 82% II групи в харчуванні передчасно у вигляді прикорму використовувалось коров'яче молоко, 52% дітей цієї групи не отримували своєчасно м'ясо. 61% обстежених дітей основної групи раніше належних термінів вигодовувалися глютенувими кашами.

Дані аналізу захворюваності свідчать, що в основній групі дітей частіше переважала патологія органів дихання – 66,4%, atopічні дерматити – 6,75%, патологія сечовидільної системи – 2,25%, функціональні розлади шлунково-кишкового тракту – 24,6%. Фонові захворювання мали місце у 89,4% дітей основної групи (гіпотрофія – у 7,5%, дефіцитна анемія – у 37,5%, рахіт – у 55%).

Термін лікування у стаціонарі дітей, які знаходились на штучному вигодовуванні, складав 18,4 ліжко-дня. Годі як тривалість лікування дітей, які знаходились на природному вигодовуванні, становив 14,2 ліжко-дня.

Таким чином, порушення, які допущені при вигодовуванні в групі хворих дітей, поряд з іншими факторами можуть спонукати до розвитку та збільшення їх захворюваності. Виявлені дефекти вигодовування свідчать про необхідність вирішення проблеми забезпечення дітей, які не отримують грудного молока, адаптованими молочними сумішами. Термін лікування дітей, які знаходились на штучному вигодовуванні, перевищує такий порівняно з дітьми, які знаходились на природному вигодовуванні.

ВПЛИВ ЯКОСТІ ХАРЧУВАННЯ МАТЕРІ-ГОДУВАЛЬНИЦІ НА СКЛАД ГРУДНОГО МОЛОКА І ТРИВАЛІСТЬ ЛАКТАЦІЇ

З.М. ТРЕТЬЯКЕВИЧ, Г.М. ДАВИДЧУК, Г.О. ЗУБОВА,
Т.А. РИЧКОВА, Л.І. ТАЛОВА
Луганський державний медичний університет

Природне вигодовування – це ідеальний спосіб харчування новонароджених і дітей грудного віку, безцінна емоційна основа розвитку дитини. Але склад і кількість материнського молока знаходяться у залежності від багатьох умов, з яких найважливішими є режим дня та раціональне харчування жінки-годувальниці. Особливого значення це питання набуває в даний час. Тому метою нашої роботи

було дослідження впливу фактичного та коригованого харчування жінок-годувальниць, які мешкають у Луганській області, на склад та об'єм грудного молока.

Під нашим спостереженням перебувало 47 матерів-годувальниць, у яких були немовлята віком від 2 тижнів до 4 місяців. Оцінку фактичного харчування проводили за допомогою таблиць О.О. Покровського, добовий об'єм грудного молока визначали за результатами контрольного виважування протягом 3 діб, у молоці вивчали вміст білків, жирів, вуглеводів, вітамінів А і Е, а також SIgA.

Дослідження показали, що із 47 матерів лише у 10 (21,3%) харчування було раціональним; решта 37 (78,7%) жінок харчувалися нераціонально. Залежно від характеру харчування й типу його корекції всіх матерів було розподілено на три групи.

Основну групу складала 13 матерів з нераціональним типом харчування, корекція якого включала призначення білкового та жирового емпітів поєднано з щоденним прийманням вітамінів Multi-tabs.

До першої контрольної групи увійшли 10 жінок, які знаходились на раціональному харчуванні та 6 – з мінімальним дефіцитом харчових інгредієнтів у раціоні. В цих жінок-годувальниць хімічний склад молока суттєво не відрізнявся від норми. Корекцію харчових інгредієнтів, яких було недостатньо, проводили за рахунок продуктів харчування.

До другої контрольної групи включено решту жінок (24) з нераціональним типом харчування. У них, як і у матерів основної групи, вміст протеїнів та ліпідів у молоці був зниженим, але з різних причин корекція харчування не проводилась.

Спостереження у динаміці показали, що здійснення корекції харчування матерів-годувальниць протягом місяця зумовило поліпшення хімічного складу молока у жінок основної групи за рахунок підвищення вмісту ліпідів та жиророзчинних вітамінів. При цьому у 11 (84,6%) матерів основної групи збільшився об'єм добової продукції молока.

У половини жінок першої контрольної групи поліпшився склад молока та збільшився його добовий об'єм. У решти 50% матерів не вдалося запобігти розвитку гіпогалакції, тому їх дітей було переведено на змішане та штучне вигодовування. Це були жінки з початковим мінімально зниженим дефіцитом харчових інгредієнтів у раціоні, який коригували за рахунок звичайних продуктів харчування.

У другій контрольній групі динамічне спостереження показало, що у 8 (33,3%) жінок погіршився склад та зменшився об'єм грудного молока, що зумовило переведення їх дітей на раннє змішане вигодовування. У 16 (66,7%) матерів цієї групи лактація поступово загасла,

внаслідок чого їх дітей було переведено на штучне вигодовування ще до 4-місячного віку.

Таким чином, збалансоване харчування матерів-годувальниць має сприятливий вплив на склад грудного молока та тривалість лактаційної функції, що необхідно брати до уваги при організації раціонального вигодовування немовлят.

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ВИСОКОАДАПТОВАНИХ МОЛОЧНИХ СУМІШЕЙ

Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, В.В. БЕЗРУК

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Попри незаперечні переваги грудного вигодовування його частота залишається популяційно недостатньою, і переважна більшість немовлят у світі та в Україні вигодовується штучними сумішами. Сучасне яскраве оформлення упаковок різних сумішей нівелює особливості їх складу та нутритивні переваги. Найчастіше вибір батьків зупиняється на тваринному молоці та найбільш дешевих сумішах. З іншого боку, зростає кількість матерів із залізодефіцитною анемією впродовж вагітності, діти яких мають антенатальні зрушення у метаболічному балансі. Для забезпечення раціонального харчування в таких випадках особливу увагу необхідно приділити підбору суміші, яка б забезпечувала увесь спектр необхідних нутрієнтів.

Нами обстежено 41 дитину віком до 1 року від матерів із залізодефіцитною анемією впродовж вагітності. Діти, включені в обстеження, переводилися з вигодовування коров'ячим молоком на вигодовування адаптованими сумішами із загальною тривалістю їх отримання не менше 4 тижнів до повторного клініко-лабораторного обстеження. Основна група (24 дитини) отримувала високоадаптовану молочну суміш NAN-новий фірми "Nestle" (Швейцарія), контрольна (17 дітей) — суміш Малиш. Поряд з клінічними, антропометричними та психомоторними даними, визначалися показники гемограми (автоматичний гемоаналізатор), рівні сироваткового заліза та імуноглобулінів.

При першому обстеженні у дітей обох груп відмічалися диспепсичні розлади (52%), порушення поведінки — дратівливість, неспокій (44%), порушення нічного сну (32%), зниження апетиту (28%), блідість шкіри та слизових оболонок (76%), сухість шкіри (44%), систолічний

шум на верхівці серця (72%). Ці стани розцінювалися як дефіцит заліза, анемія I-II ступеня серед них складала 28%. Поряд з тим, відмічено відставання у масі тіла, середній Z-індекс складав мінус 0,2.

Вигодовування сумішшю NAN-новий сприяло більш швидкому зменшенню клінічних проявів, кращому набуванню маси тіла (135,8% нормативної місячної прибавки, Z-індекс +0,5), порівняно із дітьми контрольної групи ($p < 0,05$). При цьому більша прибавка маси спостерігалася у дітей з її дефіцитом. У дітей основної групи з боку показників червоної крові спостерігалось достовірне збільшення кількості еритроцитів (з $3,95 \pm 0,27$ до $4,31 \pm 0,20$ Т/л, $p < 0,05$), гемоглобіну (з $92,42 \pm 5,06$ до $113,14 \pm 3,64$ г/л, $p < 0,05$), сироваткового заліза (з $26,88 \pm 4,64$ до $36,56 \pm 4,01$ мкмоль/л, $p < 0,05$). Спостерігалось також достовірне зменшення рівня ЦІК (з $58,2 \pm 7,6$ до $37,6 \pm 1,7$, $p < 0,05$) та збільшення рівня IgM (з $0,59 \pm 0,02$ до $0,66 \pm 0,01$) і IgG (з $7,5 \pm 0,3$ до $8,8 \pm 0,4$, $p < 0,05$).

Узагальнюючи отримані дані, можна стверджувати, що наявність дефіциту заліза у матері впродовж вагітності та нераціональне штучне вигодовування дитини протягом перших місяців життя призводять до погіршення стану здоров'я, зниження рівня імунного захисту організму, порушення темпів фізичного розвитку дитини. Високоадаптована суміш NAN-новий фірми "Nestle" у дітей першого року життя може бути сумішшю вибору для раціонального вигодовування дітей, позбавлених грудного молока, а її використання є одним із можливих шляхів корекції дефіциту заліза у дітей, народжених матерями із залізодефіцитною анемією впродовж вагітності.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ МИКРОБИОЦИНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СМЕСИ NAN-кисломолочный

Т.М. КЛИМЕНКО, Е.А. СЕРДЦЕВА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Формирование биоценоза – это один из механизмов адаптации ребенка к новым условиям внеутробной жизни. Естественная колонизация различных локусов организма новорожденного зависит от многих факторов, среди которых ведущее значение принадлежит

биоценозу родовых путей матери, характеру вскармливания, режиму пребывания в родовспомогательном учреждении, сроку гестации. Первичный бактериальный пейзаж зависит и от метода родоразрешения, что заставляет выделить в группу риска по патологической колонизации новорожденных, родившихся с помощью операции кесарево сечение. В отличие от детей, родившихся естественным путем, сроки становления нормальной микрофлоры кишечника затягиваются. Имеющиеся дисбиотические нарушения у новорожденных, родившихся операцией кесарево сечение, обусловлены антибактериальной терапией, которую получают матери в послеоперационном периоде, поздним началом грудного вскармливания и усугубляются гипогалактией у каждой третьей женщины, родоразрешенной хирургическим путем, что влечет за собой перевод на смешанное вскармливание.

Целью настоящего исследования было изучение первичной микробной колонизации у новорожденных, рожденных оперативным путем, и влияния смеси NAN-кисломолочный на особенности формирования биоценоза кишечника в раннем неонатальном периоде.

Группу составили 16 доношенных новорожденных с низким уровнем риска перинатальной патологии. Все случаи оперативного родоразрешения были плановыми, и период ранней адаптации новорожденных протекал гладко. Бактериологическое исследование мекония при рождении и кала на 8-10 сутки на микробиоценоз проводились в бактериологической лаборатории. Меконий был стерилен у всех 16 новорожденных. Так как в действительности у 16 детей с первых часов жизни отсутствовало грудное молоко для вскармливания, все новорожденные из этой группы получали смесь NAN-кисломолочный фирмы "Nestle". Данная смесь содержит живые бифидобактерии в количестве 2×10^7 в 1 грамме сухого вещества. Кроме того, сниженный уровень фосфора в смеси улучшает абсорбцию кальция, тем самым содействуя развитию грамотрицательной интестинальной флоры. Аллергических реакций, гастроинтестинальных нарушений у новорожденных обнаружено не было, а физиологическая убыль массы тела не превышала 2-3%.

К моменту выписки из родильного дома на 8-10 сутки жизни был повторно проведен микробиологический мониторинг кала новорожденных. Установлено, что все дети были колонизированы бифидобактериями в количестве от 10^4 до 10^9 в 1 г кала, кишечной палочкой без патологических свойств в количестве от $1,0 \times 10^8$ до $8,5 \times 10^8$, что соответствует возрастной норме.

Таким образом, в случае невозможности создания биологического кювеза (раннего прикладывания к груди) у новорожденных, рож-

денных оперативным путем, может быть использована для кормления смесь NAN-кисломолочный фирмы “Nestle”. Искусственная (направленная) колонизация при кормлении данного контингента новорожденных может быть дополнена и дотацией пробиотиков, учитывая возможные дисбиотические нарушения в кишечнике.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

И.В. БАЛЫЧЕВЦЕВА, Е.И. ЮЛИШ, В.В. ИВАНОВ
Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

Среди всех анемий в детском возрасте наиболее часто встречается железодефицитная (ЖДА). По данным ВОЗ, анемия, связанная с дефицитом железа, наблюдается у 56% детей раннего возраста.

Работа выполнена на базе Донецкого областного дома ребенка “Малютка”.

Обследовано 89 детей, оставленных родителями на попечение государства в возрасте от 2 до 6 месяцев, из них у 45 (50,6%) были выявлены признаки анемии, у 19 (21,3%) – был диагностирован латентный дефицит железа и у 25 (28,1%) детей клинических и лабораторных признаков железодефицитной анемии не установлено. Дети с установленной патологией были разделены на две группы: в первую группу вошли 23 ребенка, получавшие частично адаптированную смесь “Малыш”, вторую – 22 ребенка, находившиеся на искусственном вскармливании смесью “НАН кисломолочный”. Контрольную группу составили 18 здоровых детей (находящихся на грудном вскармливании).

Первое обследование детей проводилось до назначения вышеуказанных смесей для вскармливания, второе – через 4 месяца их применения.

При более детальном изучении частоты встречаемости клинических проявлений эпителиального синдрома было установлено, что у 95% обследованных детей регистрировалась бледность кожных покровов и видимых слизистых, сухость кожных покровов и дистрофические нарушения со стороны волос и ногтей были отмечены у 86,6% детей (у 18 человек из первой группы и у 21 – из второй

групи). Ангулярний стоматит і атрофія сосочков язика зустрічалися у 20,0% дітей з клінічними проявами анемії середньої ступені тяжкості (у 6 – із першої групи і у 3 – із другої групи).

При оцінці тяжкості течення залізодефіцитної анемії легкої ступені була встановлена у 36 (80%) дітей (у 17 із першої групи і у 19 із другої), середньої тяжкості у 9 (20%) пацієнтів (соответственно у 6 і 3).

Проведені дослідження свідчували, що при вкармлюванні дітей як сумішшю “Малыш”, так і сумішшю “НАН кисломолочний” збільшення маси і довжини тіла відповідали стандартним показателям для даної вікової групи. Суттєвних відмінностей у динаміці масо-ростових показувачів у дітей, отримуваних пропонуваної суміші, не виявлено. Ряд клінічних симптомів, притаманних ЖДА (тахікардія, тахіпноє, адинамія, гіпосомія і др.), спостерігалися в обох групах до обстеження, хоча ці прояви не є специфічними для анемії, але на фоні застосування високоадаптованої суміші “НАН кисломолочний” помічено покращення в стані дітей, що підтверджує правильність обраної концепції вкармлювання.

У дітей другої групи, в основному, констатовалася анемія легкої ступені, а в першій групі збільшилося число дітей з клінічними проявами анемії середньої ступені тяжкості (при першому обстеженні зареєстрована у 6 дітей, а при повторному – у 10).

Таким чином, застосування високоадаптованої молочної суміші “НАН кисломолочний” у дітей раннього віку дозволяє знизити частоту реєстрації і ступінь тяжкості залізодефіцитних анемії.

РОЛЬ ДОВГОЛАНЦЮГОВИХ ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ В ХАРЧУВАННІ НЕМОВЛЯТ

Д.О. ДОБРЯНСЬКИЙ

Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Деякі жирні кислоти, на додаток до їхньої ролі як джерела енергії, є важливими компонентами клітинних мембран і/або метаболічними попередниками біологічно активних сполук. Ссавці не можуть синте-

зувати жирні кислоти з подвійними зв'язками в положенні n-6 ($\omega 6$) або n-3 ($\omega 3$). Ці кислоти є незамінними і їх надходження потрібно забезпечити ззовні за рахунок дієти. Важливими похідними незамінних жирних кислот є довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти (ДЛПНЖК), які містять 20 або більше атомів вуглецю і щонайменше 2 подвійні зв'язки. Найважливішими представниками цієї групи сполук вважають докозогоксаєнову (ДГК) й арахідонову (АК) кислоти, які відіграють важливу роль формуванні зорової функції і розвитку ЦНС у ранній постнатальний період. Обидві вони переважають серед $\omega 6$ і $\omega 3$ жирних кислот нервової тканини, а ДГК є основним компонентом мембрани фоторецепторів сітківки ока немовлят. Незважаючи на те, що декілька дослідницьких груп довели, що не лише доношені, але і недоношені немовлята здатні конвертувати лінолеву кислоту в АК, а α -ліноленову – в ДГК, ендогенний синтез цих жирних кислот може не забезпечувати потреби новонароджених і, насамперед, недоношених дітей, які не встигають отримати достатньої кількості ДЛПНЖК трансплацентарно. ДГК й АК наявні в грудному молоці, однак необхідність збагачувати ними молочні суміші для немовлят залишається контроверсійною. У тканинах дітей, які перебували на грудному вигодовуванні, включаючи тканину мозку, виявляли вищий вміст ДЛПНЖК порівняно з тканинами немовлят, яких годували сумішами, однак функціональне значення цих даних досі залишається невизначеним. Водночас тканинний вміст цих кислот у дітей відразу після народження відрізняється значною варіабельністю. Нині доведено, що розвиток зорової функції у недоношених немовлят, яких годували грудним молоком або сумішами, збагаченими ДЛПНЖК, є ліпшим порівняно з передчасно народженими дітьми, яких годували звичайними сумішами. Виявлено також наявність функціональної кореляції між раннім додатковим споживанням ДГК й АК і показниками психомоторного розвитку недоношених дітей в перші місяці життя. У масштабних рандомізованих подвійних сліпих дослідженнях, виконаних наприкінці 90-х років, показано також, що вигодовування недоношених немовлят спеціальними сумішами, збагаченими ДЛПНЖК, не збільшувало частоти бронхолегеневої дисплазії, некротичного ентероколіту або інших специфічних неонатальних проблем порівняно з показниками немовлят, яких годували незбагаченими сумішами. Водночас збагачення сумішей обома кислотами запобігало шкідливому впливу на фізичний розвиток немовлят. Хоча результати контрольованих клінічних досліджень впливу споживання ДГК й АК на формування зорової функції і нервово-психічний розвиток недоношених дітей виявились більш суперечливими, окремі з них засвідчили користь і для цієї групи немовлят.

Враховуючи наведені дані, нещодавня міжнародна консенсусна конференція визнала, що оптимальне споживання ДЛПНЖК здоровими доношеними немовлятами забезпечує грудне вигодовування. Суміші для доношених немовлят, принаймні для початкового вигодовування, повинні містити щонайменше 0,2% ДГК і 0,35% АК від загальної кількості жирних кислот. Вміст цих кислот у сумішах для недоношених дітей повинен становити відповідно 0,35% і 0,45%. Вагітним і жінкам, які годують грудьми, доцільно збагачувати свій харчовий раціон продуктами, які містять ДГК, враховуючи підвищені потреби і наявність зв'язку між ДГК статусом у матері і плода.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АДАПТОВАНОЇ СУМІШІ NIPR PRE (ФІРМИ NIPR, НІМЕЧЧИНА) З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ

Ю.Д. ГОДОВАНЕЦЬ

Буковинська державна медична академія,
кафедра акушерства, гінекології та перинатології

Особливості функціональної адаптації дітей, особливо першого місяця життя, обумовлюють серйозне ставлення до проблеми вигодовування. Обмін речовин цієї вікової категорії характеризується значним переважанням катаболічних процесів над анаболічними, енерговитратами над енергопродукцією, порушенням синтезу білкових та ліпідних структур, що має значний вплив на подальший ріст та розвиток дитини. Правильна організація харчування є тим фактором, який справляє нормалізуючу дію на формування метаболічної, імунної та антиоксидантної відповіді організму дитини до зміни умов зовнішнього середовища. Вигодовування дітей немовлячого віку вважається адекватним лише тоді, коли воно забезпечує необхідну метаболічну та фізіологічну адаптацію новонароджених з перших годин життя.

Значну увагу слід приділити тим немовлятам, які мають порушення ранньої неонатальної адаптації, що обумовлюють зміни у формуванні ендомікроекологічного середовища організму. Повноцінна бактеріальна колонізація є одним з найважливіших механізмів пристосування організму дитини до умов позаутробного життя.

Проведений клініко-параклінічний аналіз перебігу раннього неонатального періоду та формування мікробіоценозу кишківника у

30 дітей, які народилися у міському пологовому будинку м.Чернівці. При відсутності або недостатній кількості грудного материнського молока немовлятам після виписки з пологового будинку призначалася адаптована суміш дитячого харчування Нірр пре (фірми Нірр, Німеччина).

Виявлено, що зміни біохімічних показників крові у новонароджених дітей, що вказують на порушення метаболізму на першому тижні життя, сприяють у подальшому формуванню клінічних проявів дисбіозу кишківника. Дисбаланс системи антиоксидантного захисту, імунної системи, недостатність функції гепатобіліарної системи у новонароджених має несприятливий регулюючий вплив на формування функції травлення.

Основою фізіологічного вигодовування дітей від народження є грудне материнське молоко. За наявності протипоказів, відсутності або недостатній кількості грудного молока, використання адаптованої сухої молочної суміші Нірр пре є адекватним і рекомендовано з лікувально-профілактичною метою на фоні дисбіотичних порушень у дітей немовлячого віку. Призначення сухої молочної суміші Нірр пре при змішаному або штучному вигодовуванні забезпечує формування нормального мікробіоценозу кишківника у дітей перших місяців життя. При виявленні дисбіотичних змін I-II-го ступеня суміш Нірр пре здатна створювати умови для повної нормалізації мікрофлори кишківника у дітей за умов транзиторного дисбіозу терміном використання до 4-х тижнів. При наявності у дітей дисбіотичних порушень III-IV ступеня суміш Нірр пре може бути основним харчуванням за умови одночасного призначення терапії препаратами пробіотичної дії .

Проведені дослідження свідчать про необхідність подальшого поглибленого вивчення особливостей використання комплексу пре- і пробіотиків для профілактики та корекції дисбіотичних порушень у дітей немовлячого віку.

Розділ 3.

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИТЯЧОГО ВІКУ

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Л.Ф. БОГМАТ, В.В. НИКОНОВА

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

Формирование осложнений первичной артериальной гипертензии связано с развитием поражения органов-мишеней.

В связи с этим, целью исследования явилось изучение динамики изменений сердечно-сосудистой системы у подростков с первичной артериальной гипертензией (ПАГ).

Под наблюдением находилось 108 подростков мужского пола в возрасте 14-17 лет с диагнозом ПАГ, 30 из них прошли повторное обследование с интервалом в 1 год.

Методы исследования: электрокардиография, эхокардиография в М- и В- режимах.

В результате проведенных исследований было выделено четыре типа морфофункциональной перестройки миокарда у подростков с ПАГ: нормальная геометрия левого желудочка (ЛЖ) – у 22%; гипертрофия задней стенки ЛЖ – у 7%; дилатация ЛЖ – у 52%; сочетание гипертрофии межжелудочковой перегородки (МЖП) с дилатацией ЛЖ – у 19%.

При исследовании в динамике не установлено достоверных отличий между средними эхокардиографическими показателями. При этом, у отдельных лиц выявлены значимые изменения ряда параметров – конечно-диастолического объема (КДР) и толщины миокарда задней стенки левого желудочка (ТМзслж), что привело к изменению типа ремоделирования.

Наиболее подвижным оказался тип с гипертрофией ЛЖ: все без исключения подростки с этим типом ремоделирования его утратили, при этом ни один подросток его не приобрел. Данный результат является независимым подтверждением сделанных предположений о том, что локальная гипертрофия у части подростков является физиологической реакцией миокарда на нейрогуморальную перестройку и полностью исчезает к окончанию периода пубертата, а у части – может переходить в другие типы ремоделирования. Его характерные черты: усиление симпатического влияния на миокард, сохранение без изменения показателей ЛЖ и основных показателей гемодинамики, значительные изменения показателей малого круга кровообращения (усиление диастолической дисфункции). Варианты ремоделирования с нормальной геометрией ЛЖ, дилатацией полости ЛЖ и сочетанием гипертрофии МЖП с дилатацией ЛЖ оказались значительно устойчивей.

Таким образом, отдельные варианты перестройки сердца у подростков с ПАГ имеют относительную устойчивость, что свидетельствует о возможной роли в их формировании как наследственной предрасположенности, так и компенсаторно-приспособительных реакций, которые обеспечивают комплексное изменение как миокарда, так и гемодинамики в целом.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Н.Н. КАЛАДЗЕ, М.Л. БАБАК, Т.А. АСКАРИ, А.В. ЮРЬЕВА,
Е.М. СОБОЛЕВА, З.З. АМЕТШАЕВА

Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Бронхиальная астма (БА) остается одной из актуальных проблем детской пульмонологии. Нами обследовано 177 детей (6-14 лет) с бронхиальной астмой в период обострения заболевания. Интермиттирующее, легкое и среднетяжелое персистирующее течение БА регистрировалось с одинаковой частотой. В ходе исследования установлено, что у всех обследованных в период обострения заболевания имеются нарушения бронхиальной проходимости по обструктивному типу. В сы-

воротке крови отмечается повышение уровней CD_3 , CD_4 , CD_{25} при снижении уровней CD_8 , CD_{16} и CD_{20} . Кроме того, у больных БА выявлено резкое повышение высвобождения лимфоцитами ИЛ4. Дисбаланс зарегистрирован и в гуморальном звене иммунитета, где на фоне возрастных значений IgG и IgM зафиксировано резкое снижение уровня секреторного IgA и значительное увеличение IgE. У данной категории больных отмечено достоверное повышение уровней молекул средней массы, антител класса А к липополисахариду (ЛПС) кишечной палочки (эндотоксину) и связывающей способности альбумина сыворотки крови при снижении уровней анти-ЛПС-IgM и анти-ЛПС-IgG. В системе апоптоза лимфоцитов выявлено достоверное повышение медиатора апоптоза CD_{95} и фактора антигенного презентирования МНС-II на фоне снижения противоапоптотической защиты (МНС-I). У всех больных БА также отмечено повышение инсулин- и адреналиндепонирующих функций эритроцитов в 2-6 раз по сравнению с контролем. При исследовании КВВ зафиксированы изменения со стороны системы сурфактанта. Степень выраженности выявленных нарушений находилась в прямой зависимости от формы и тяжести течения БА.

Под влиянием традиционной схемы лечения отмечена положительная динамика в сторону нормализации взаимоотношений показателей в различных системах, однако величины большинства из них так и не достигли возрастных значений, особенно у детей со среднетяжелым течением персистирующей БА. Таким образом, использование у больных БА только общепринятой ступенчатой терапии не приводит к нормализации большинства параметров внутренней среды организма, что свидетельствует о необходимости включения таким пациентам в схему лечения дополнительных терапевтических методов, повышающих его эффективность.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У ДЕТЕЙ С КОМБИНИРОВАННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

В.Г. МАЙДАННИК, И.В. АНДРУЩЕНКО

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

Оценка вегетативного гомеостаза, в наших исследованиях, включает анализ вегетативной реактивности (ВР), вегетативного обеспечения (ВО). Для их характеристики используется кардиоинтерва-

логография (КИГ) в сочетании с клиноортоstaticической пробой (КОП).

Обследовано 82 ребенка с комбинированными нарушениями ритма сердца. 33 (40%) ребёнка с синдромом укороченного интервала P-Q (СУИР-Q), 23 (28%) – с синдромом WPW, 22 (27%) – с синдромом слабости синусового узла (СССУ), 4 (5%) – с синдромом удлиненного интервала Q-T (LQTS).

Целью данного исследования было определение особенностей вегетативного гомеостаза при СУИР-Q, синдроме WPW, СССУ и LQTS.

У больных с СУИР-Q по данным КИГ гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность выявлена в 55% случаев, в 36% – нормальная, а в 9% – асимпатикотоническая вегетативная реактивность. По данным КОП асимпатикотонический тип реакции составил 64%, гипердиастилический тип встречался у 21% больных, гипердиастилический – у 9% больных данной группы.

У детей с синдромом WPW по результатам КИГ гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность составила 57%, нормальная вегетативная реактивность – 35%, асимпатикотоническая – 9%. По данным КОП преобладающим типом реакции был асимпатикотонический – 55%, гипердиастилический тип составил 27%, симпатикоастенический – 18%.

У детей с СССУ по результатам КИГ гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность составила 59%, асимпатикотоническая – 32%, а нормальная – 9%. По данным КОП у 45% выявлен асимпатикотонический тип реакции на КОП, у 36% – гипердиастилический, у 9% – гиперсимпатикотонический, нормальный и астеносимпатический – по 5% случаев.

У больных с LQTS по результатам КИГ в 75% случаев выявлена нормальная вегетативная реактивность, в 25% – гиперсимпатикотоническая. По данным КОП у 100% выявляется асимпатикотонический тип реакции.

Таким образом, для больных с СУИР-Q, синдромом WPW, СССУ более характерна гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность и асимпатикотонический тип реакции на КОП. Это может свидетельствовать о дисбалансе между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы, что может являться одной из причин развития комбинированных нарушений ритма сердца у детей.

Для больных с LQTS более характерна нормальная вегетативная реактивность и асимпатикотонический тип реакции на КОП, на основании чего можно предположить органическую природу данного синдрома и недостаточное участие симпатического отдела в регуляторных процессах сердечно-сосудистой системы.

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ

Н.В. БАНАДИГА, І.В. КМІТА

Тернопільська державна медична академія

ім. І.Я. Горбачевського

Невирішеними і на сьогодні залишаються пошуки високоефективних диференціально-діагностичних методів щодо бронхолегеневої патології. В педіатричній практиці лікар постійно стикається із таким захворюванням, як бронхіт, а за ряду обставин існують труднощі постановки діагнозу хронічного (ХБ) чи рецидивного (РБ) бронхіту. Метою даного дослідження було вдосконалення діагностичного алгоритму обстеження пацієнтів із бронхітами. Зокрема, вперше проведено визначення вмісту кріоглобулінів (КГ) в крові дітей з бронхітами. При цьому рівень КГ становить різницю між вмістом КГ при температурах 4°C і 37°C, що відображає справжню кількість білків зі зміненими характеристиками, що не підлягають розщепленню. Описано кріоглобулінемію як симптом, який супроводжує деякі захворювання крові, хвороби сполучної тканини, автоімунні захворювання, проте даних про кріоглобулінемію при бронхолегеневій патології, а саме при бронхітах, в доступній літературі не знайдено.

Обстежено 61 дитину, серед яких 27 (44,3%) із ХБ, 34 (55,7%) із РБ. Розширене клініко-лабораторне обстеження проведено у періоді загострення бронхіту. Результати загального аналізу крові виявились малоінформативними в обох випадках, оскільки загальна кількість лейкоцитів була в межах норми (відповідно: ХБ – $(7,10 \pm 0,33) \times 10^9/\text{л}$; РБ – $(7,25 \pm 0,32) \times 10^9/\text{л}$), не встановлено і зрушення формули вліво, яке характерний для активного запального процесу. Аналіз даних визначення основних класів імуноглобулінів у крові з'ясував, що активність запального процесу при бронхітах супроводжувалася дисімуноглобулінемією. Остання представлена нормальним вмістом IgG та Ig A поєднано з підвищеним рівнем IgM ($p < 0,05$). Зокрема, значення IgM при ХБ становили $2,55 \pm 0,12$ г/л, а при РБ – $2,54 \pm 0,09$ г/л, ($p < 0,05$). Очевидною є гіперпродукція IgM при загостренні бронхітів, але вона не залежить від форми захворювання.

Наступним етапом дослідження було визначення КГ в крові. Встановлено, що рівні КГ під час загострення істотно зростають ($p < 0,05$) порівняно з нормою. В той же час існує достовірна різниця між їх вмістом залежно від нозологічної форми, а саме: КГ при ХБ становили $76,71 \pm 8,39$ ум. од., а при РБ – $65,69 \pm 7,13$ ум. од. ($p < 0,05$).

Таким чином, високі значення КГ є істотним критерієм активності запального процесу при бронхітах. Встановлено істотну різницю між ХБ і РБ за вмістом КГ, оскільки менші значення КГ при РБ є наслідком рецидивного запального процесу, що не супроводжується органічними змінами у бронхіальній стінці. Тобто, суттєві зрушення глобулінового обміну в організмі дитини із ХБ відображають глибину дезорганізації морфофункціонального стану бронхів. Виявлена закономірність дає підстави рекомендувати тест на визначення КГ у крові як критерій хронізації процесу, тобто органічних уражень, які притаманні ХБ.

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Н.Н. КАЛАДЗЕ, А.В. ЧУМАК

Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Для детского населения, больного детским церебральным параличом (ДЦП), проблема формирования костной ткани является крайне актуальной.

Целью нашего исследования было изучение структурно-функционального состояния костной ткани у детей, больных ДЦП, в зависимости от возраста, пола и формы заболевания.

Клинические исследования проведены у 177 детей, больных ДЦП, прибывших на санаторно-курортный этап реабилитации из разных областей Украины в возрасте от 7 до 14 лет. В форме спастической диплегии (СД) – 90 (50,8%) детей и детской гемиплегии (ДГ) – 87 (49,2%), из них 82 (46,3%) мальчика и 95 (53,7%) девочек. Клиническое обследование включало осмотр ребенка специалистами, проведение соответствующих антропометрических измерений, исследование структурно-функционального состояния костной ткани методом ультразвуковой денситометрии (аппарат “Achilles+”) с определением скорости распространения ультразвука (SOS, м/с), широкополосного ультразвукового ослабления (BUA, Дб/Мгц), индекса плотности костной ткани (STF, %), изучение гемодинамики голеней методом реовазографии (РВГ) и состояния нейромышечного аппарата методом суммарной электромиографии (ЭМГ). Полу-

ченные нами данные сравнивались с аналогичными показателями здоровых детей украинской популяции (30 человек) соответствующего пола и возраста, составивших контрольную группу (КГ).

В процессе исследования выявлено, что у детей с ДЦП выраженность нарушений состояния костной ткани и процент детей с остеопенией (ОП) достоверно возрастают при нарастании двигательных расстройств. В обследованной группе детей с ДЦП остеопенический синдром выявлен у 63%. Анализ показателей ультразвуковой денситометрии выявил достоверные отличия в структурно-функциональном состоянии костной ткани детей с ДЦП (SOS — 1524 ± 10 м/с; BUA — 82 ± 8 дБ/МГц; STF — $63 \pm 5\%$) в сравнении с контрольной группой (SOS — 1562 ± 9 м/с; BUA — 97 ± 7 дБ/МГц; STF — $82 \pm 5\%$; $p < 0,01$). При исследовании состояния костной ткани отдельно при СД выявлено, что ОП имелась у 75% детей, а при ДГ — у 51%, причем ультразвуковые характеристики при СД (SOS — 1529 ± 9 м/с; BUA — 75 ± 8 дБ/МГц; STF — $60 \pm 7\%$; $p < 0,001$) достоверно ниже, чем при ДГ (SOS — 1532 ± 10 м/с; BUA — 90 ± 9 дБ/МГц; STF — $68 \pm 6\%$; $p < 0,01$) в сравнении с детьми КГ. Критическими периодами являются для мальчиков 9, 12, 14 лет, а для девочек — 8-9 и 14 лет. При оценке состояния периферической гемодинамики голеней выявлено, что при нарастании степени ОП преобладает гипотония сосудов крупного, среднего и мелкого калибров и затруднение венозного оттока. По данным ЭМГ-исследования у всех детей, больных ДЦП, выявлено снижение электрогенеза мышц голеней при произвольных максимальных сокращениях и повышение биоэлектрической активности мышц в покое с четкой зависимостью от выраженности двигательных нарушений (при нарастании двигательных расстройств степень снижения биоэлектрической активности мышц голеней, а также тяжесть ОП достоверно увеличивается).

Таким образом, у детей, больных ДЦП, формирование костной массы критически нарушено. Они составляют группу риска по развитию остеопороза и требуют постоянного денситометрического контроля и проведения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий.

ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМАМИ ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Л.Ф. БОГМАТ, И.С. ЛЕБЕЦ, Э.Л. АХНАЗАРЯНЦ,
И.Н. НЕЛИНА, В.Л. КАШИНА

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины,
м. Харьков

Системная дисплазия соединительной ткани (СДСТ), кроме формирования структурных аномалий, имеет различные нарушения обмена, а также функций самой соединительной ткани (СТ) и, прежде всего, нарушения, касающиеся иммунной системы. При этом могут возникать предпосылки для развития как деструктивных, так и воспалительных и аутоиммунных процессов.

Вышеизложенное послужило основанием для изучения особенностей обмена СТ и иммунологического статуса у подростков с СДСТ на этапах полового созревания.

Под наблюдением находилось 220 детей и подростков обоего пола в возрасте 12-18 лет с различными проявлениями системной дисплазии соединительной ткани. Контрольную группу составили 23 их сверстника без проявлений соединительнотканной дисплазии и хронических очагов инфекции. Иммунологическая реактивность изучалась по данным моноцитарно-фагоцитарного, клеточного и гуморального звеньев иммунитета, содержанию органонеспецифических антител к коллагену и эластину и органоспецифических – к сердцу. Обмен СТ изучался по данным определения активности коллагеназы, эластазы, ингибиторов эластазы, содержанию минеральных веществ, микроэлементов и церулоплазмينا в сыворотке крови, а также экскреции оксипролина и аскорбиновой кислоты в утренние часы в часовой порции мочи.

Установлено, что у 36,9% подростков с СДСТ имеется снижение абсолютного числа клеток моноцитарно-фагоцитарного звена, сопровождающееся снижением уровня Т-лимфоцитов преимущественно за счет уровня СД₄ и активацией гуморального звена (иммуноглобулины, ЦИК, титр комплемента). Такое соотношение показателей иммунной системы предрасполагает к возникновению бактериальных и септических процессов.

У 43,0% лиц снижение абсолютного числа клеток моноцитарно-фагоцитарного звена сопровождалось повышением активности гу-

морального звена, но со снижением уровня Т-супрессоров и высоким уровнем антителообразования, что создает предпосылки к развитию аутоиммунных процессов.

Параллельно с этим установлено повышение активности протеолитических ферментов (коллагеназы – у 70,0%, эластазы – у 59,8%), экскреции оксипролина (показателя деструкции коллагена) – у 65,5% подростков, а также изменения в содержании минеральных веществ, микроэлементов и витаминов в крови, которые принимают участие в обмене коллагена и эластина, кислой и щелочной фосфатаз, хондроитинсульфатов и гликозаминогликанов.

Все эти изменения предрасполагают к формированию деструктивных процессов, особенно в местах наибольшей травматизации (клапанно-хордальный аппарат, суставные поверхности, позвоночник), а при наличии интеркурентных заболеваний или хронических очагов инфекции возникает опасность бактериальных и септических наслоений, что требует назначения дифференцированной терапии (антибактериальные препараты, средства, улучшающие метаболизм, иммунокорректоры).

НАСЛІДКИ ЗАСТОСУВАННЯ НЕГОРМОНАЛЬНОЇ ТА ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ПУБЕРТАТНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

В.А.ДИННІК

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

Лікування пубертатних маткових кровотеч (ПМК) залишається на сьогодні одним із найважчих завдань дитячої та підліткової гінекології. З метою гемостазу в підлітковому віці використовуються гормональні й негормональні препарати. Перевага віддається негормональній терапії в зв'язку з можливим негативним впливом гормональних препаратів на ще не сформовану гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову систему в цьому віці. Дослідження, проведені нами на попередніх етапах, дозволили розширити арсенал негормональних засобів, а призначення з урахуванням фізичного, статевого розвитку, тривалості кровотечі, дебюту порушень, змін у стані мікроциркуляції та перекисного окислення ліпідів, наявності супутньої екст-

рагенітальної патології, психологічних особливостей значно підвищило її ефективність (до 71,6%). Однак у випадках неефективності негормональної терапії, а в окремих випадках і відразу за життєвими показаннями (профузна кровотеча, наявність анемії 2-3 ступеня, низький тиск та ін.), необхідно призначати гормональний гемостаз.

Катамнестичні спостереження за хворими, які отримали негормональну терапію, виявили, що рецидиви кровотеч протягом року виникли у 39,2% дівчаток, кровотеча змінювалась опсоменореєю – у 21,6% підлітків і у 39,2% реєструвалось встановлення нормального менструального циклу. Після застосування гормонів у 28,1% дівчаток відмічалися рецидиви кровотеч, у 40,6% – формувалася опсоменорея або вторинна аменорея, що вдвічі частіше, ніж після призначення негормональної терапії ($p < 0,004$), і у 31,3% хворих менструальний цикл нормалізувався. При повторному лікуванні, в зв'язку з рецидивом кровотечі, знову застосовувались як гормональні, так і негормональні препарати. Призначення повторно для досягнення гемостазу негормональних засобів у 44,4% хворих сприяло нормалізації менструальної функції, а при гормонотерапії – лише у 21,0% дівчаток ($p < 0,006$). Знову вдвічі частіше при застосуванні гормонів кровотечі реформувалися в опсоменореї (47,4 проти 22,2%, $p < 0,05$).

Застосування розширеного арсеналу негормональної терапії майже у половини дівчаток нормалізує менструальний цикл і вдвічі рідше, ніж при застосуванні гормональних препаратів, викликає формування такого порушення менструальної функції, як опсоменорея або вторинна аменорея.

Призначення гормональних препаратів з метою гемостазу у дівчат-підлітків як з дебютом, так і рецидивом ПМК сприяє нормалізації менструації лише у третини хворих (31,3%). У 40,6% дівчат після вживання гормонів в подальшому відмічаються порушення менструальної функції за типом опсоменореї або вторинної аменореї.

Таким чином, враховуючи катамнестичні спостереження, призначення гормональних засобів з метою гемостазу в підлітковому віці вимагає розробки чітких показань. Необхідно подальше поглиблення уявлень щодо формування і прогресування такого порушення менструальної функції, як ПМК, що дасть можливість поповнити арсенал негормональних засобів лікування цієї хвороби, які впливатимуть на різні ланки патогенезу. Впровадження нових негормональних патогенетичних методів лікування цього захворювання сприятиме запобіганню формуванню гінекологічної патології в чадородному віці й сприятиме збереженню репродуктивного здоров'я жіночого населення в майбутньому.

НАРУШЕНИЯ СОМАТО-СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

В.Е. МИХАЙЛЕНКО, А.В. ЗУБАРЕНКО, Л.В. ТУПКО,
О.В. ОВЧИННИКОВА, Н.А. БЕКШАЕВА

Одесский областной благотворительный фонд реабилитации
детей-инвалидов “Будущее”

Одесский государственный медицинский университет

По данным большинства авторов, занимавшихся изучением детского церебрального паралича (ДЦП), расстройства интеллекта встречаются у этих больных достаточно часто. Диапазон этих изменений очень широк и сложен, так как в их формировании принимает участие целый комплекс факторов: недоразвитие или поражение структур, связанных с высшими гностическими функциями, скудость понятий и представлений, вызванная двигательной недостаточностью, нарушением зрительного или слухового восприятия, расстройством других анализаторных систем, различные проявления астено-органического синдрома.

Одним из современных методов реабилитации является специально разработанная установка SNOESELN (от голландского – обонять и осязать) или сенсорная комната (СК). Определяющим постулатом послужило утверждение, что для обеспечения деятельности инвалида необходима разработка особой, специально организованной окружающей среды, в частности учитывающей недостаточности восприятия. Методика коррекционной работы в СК основана на постоянном включении сенсорных ощущений. Мягкие, светлых тонов покрытия, насыпные сидения, теплый водяной матрас с подогревом, “сухой бассейн” (сыпучая среда, позволяющая принять индивидуальную позу), медленно передвигающиеся неяркие световые и цветовые эффекты и релаксирующая музыка, ароматические масла, различные тактильные и вестибулярные ощущения – вот далеко не полный перечень адекватных и необходимых каждому организму ощущений в СК.

С целью оценки эффективности комплекса реабилитации, включающего курс психокоррекционных занятий в СК, нами было осуществлено обследование 117 детей с ДЦП в возрасте от 4 до 8 лет. У всех больных детей наступали позитивные изменения в виде редукции эмоциональных и поведенческих нарушений. В наибольшей степени положительные изменения были выражены у пациентов со

спастической диплегией, гемипарезами, с гиперкинетической формой. Меньше всего положительная динамика отмечалась у больных с атонической формой. Отрицательной динамики выявлено не было.

Анализ полученных в ходе психодинамического исследования данных показал, что в психологическом статусе больных ДЦП имели место следующие позитивные изменения: улучшались показатели эмоциональной стабильности (значение фактора С до лечения – $4,1 \pm 0,8$ балла, после лечения – $5,2 \pm 1,9$; $p \leq 0,05$), уменьшались явления общей напряженности, неудовлетворенности (значение фактора Q4 соответственно $6,5 \pm 1,8$ и $3,8 \pm 0,9$; $p \leq 0,05$), улучшался волевой контроль и произвольная регуляция поведенческих реакций, понимания социальных ситуаций (фактор I – $6,0 \pm 0,2$ и $4,4 \pm 1,0$; $p < 0,05$), уменьшалась тревожность, склонность к страхам и опасениям (фактор O – $7,5 \pm 1,4$ и $4,7 \pm 1,3$; $p < 0,05$), улучшался фон настроения, активность пациента (фактор F – $4,8 \pm 0,9$ и $6,6 \pm 2,0$; $p < 0,05$).

Отмеченные позитивные сдвиги свидетельствуют о целесообразности корригирующих мероприятий с включением СК в комплекс реабилитации детей с ДЦП.

ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ У ДІТЕЙ

О.С. ІВАХНЕНКО

Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Хронічні захворювання шлунка та 12-палої кишки у дітей значно поширені й значна їх кількість пов'язана з інфекцією *Helicobacter pylori*. Рецидивуючий характер захворювань, складність діагностики і лікування зумовлює необхідність пошуку і постійної модернізації алгоритмів діагностики та лікування цих захворювань у дітей.

Висока поширеність гелікобактеріозу в Україні пояснюється низьким соціально-економічним положенням населення, поганими побутовими умовами, низьким рівнем освіти батьків та недостатнім рівнем організації медичної допомоги дітям. В той же час спостерігається пізнє звертання дітей за медичною допомогою (через 2-3 роки від початку захворювань), недооцінка батьками дітей гастроентерологічних скарг дітей і недостатня інформованість лікарів-педіатрів щодо ролі гелікобактеріозу в розвитку хронічних гастроентерологічних за-

хворювань у дітей, можливостей своєчасної діагностики, лікування і профілактики. На сьогоднішній день у Львові ми застосовуємо як інвазивні методи діагностики гелікобактеріозу: фіброгастроуденоскопію, швидкий уреазний тест, мазок-відбиток, гістологічний, бактеріологічний метод, так і неінвазивні: серологічний (визначення антитіл до HP) у венозній крові та експрес-метод в краплі крові, а також Stool antigen test. Найбільш ефективними для діагностики гелікобактеріозу у дітей виявилися гістологічний та імуноферментні методи, для оцінки ефективності ерадикації збудника – стул-тест.

На початку лікування гелікобактеріозу ми досягали добрих показників ерадикації, що підтверджувалось клінічними даними і контрольними дослідженнями. Проте через рік-півтора близько 50% дітей повертались зі скаргами, характерними для гастроентерологічних захворювань і при контрольному дослідженні у них визначалась *H. pylori*. Після застосування принципів сімейного підходу до діагностики і лікування гелікобактеріозу, розробки регіональних стандартів (з врахуванням регіональної чутливості *H. pylori* до антибіотиків, які застосовуються для лікування) діагностики, лікування та реабілітації дітей з гелікобактеріозом ситуація суттєво поліпшилась, кількість рецидивів у дітей суттєво зменшилась.

Сімейний характер гелікобактеріозу підтверджено у більшості родин дітей, у яких його було діагностовано. Цікавим є той факт, що приблизно у третини обстежених дорослих ми визначили клінічно безсимптомне носійство цього збудника, хоча ендоскопічно було виявлено ознаки запалення слизової оболонки шлунка або 12-палої кишки. Для ерадикаційної терапії ми використовували різноманітні схеми потрійної і квадротерапії. Протягом останніх років ми спостерігаємо посилення резистентності збудника до ерадикаційної терапії, що зумовлює необхідність застосування стартової квадротерапії з використанням флемоксину, де-нолу, кларитроміцину та омепразолу. До останнього часу було важко відстежити ефективність такої терапії, проте з початком застосування стул-тесту цю проблему було вирішено. На сьогоднішній день з його допомогою ми проводимо порівняльну оцінку різних схем ерадикаційної терапії (визначаючи антиген *H. pylori* в калі через 1,5; 6, 9 і 12 місяців після проведення ерадикаційної терапії).

На підставі власного досвіду ми можемо стверджувати, що всім дітям після ерадикаційної терапії необхідно проводити 3-тижневу відновну терапію з використанням прокінетиків (мотиліум), біопрепаратів (біфі-форм, хілак-форте), полівітамінів та, при потребі, кислотознижуючих середників (ранітидин або омепразол, залежно від ступеня кислотопродукції та клінічного стану дитини).

ПЛІД ЯК ПАЦІЄНТ: ПРЕНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ЙОГО СТАНУ

В.В. СІМРОК, Н.І. СІМРОК, Д.В. НАТАЛЕНКО, І.О. КОВТОНЮК
Луганський державний медичний університет

Відкриття нових можливостей ехографії робить реальним вирішення важливих практичних та наукових проблем перинатології. Запровадження ультразвукового скринінгу сприяло його широкому використанню в акушерській практиці. Новий наказ міністерства охорони здоров'я України № 503 регламентує кількість та терміни вагітності ультразвукового обстеження вагітних. Однак погляньте на індивідуальну картку вагітної, – майже 100 відсотково всі жінки складають якусь групу ризику, а тому підлягають не лише третьому, але й четвертому, п'ятому, іноді частішому ультразвуковому обстеженню. З метою оцінки стану плода найчастіше застосовується кардіотокографія (КТГ) та оцінка біофізичного профілю плода (БПП).

Проводячи щоденний скринінг більш ніж у 2000 вагітних на рік в різному терміні гестації, ми звернули увагу, що в терміні 18-19 тижнів вагітності багато плодів знаходяться в стані гібернації (сплячки), що виявляється повною нерухомістю плода, відсутністю дихальних рухів і, що саме дивне, відсутністю серцевих скорочень. При цьому, серце плода кровонаповнено, тоді як при внутрішньоутробній загибелі плода відсутність серцевих скорочень поєднується з порожніми камерами серця. Знаходячись у такому стані, плід не втрачає м'язового тонусу і протягом 2-3 хвилин починає реагувати на датчик. Ця реакція виявляється сплеском рухової активності і поступовим наростанням частоти серцевих скорочень до рівня норми. Свого часу П.С. Бабкін та І.П. Бабкіна (1987) описали інтранатальну гібернацію плода і розкрили її фізіологічні механізми.

Ми проаналізували більше 70 випадків антенатальної гібернації плодів у терміні гестації 18-21 тиждень і дійшли висновку, що виходи вагітності для плода в 93% випадках сприятливі, а стан гібернації зв'язували з фізіологічним ефектом змін концентрації сумарного і вільного кортизолу в крові вагітних, у результаті чого знижується чутливість гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи до стресів.

Крім того, такий стан плода ми спостерігали при проведенні КТГ після 30 тижнів вагітності. Провокуючим моментом гібернації була пальпація головки під час запису КТГ, при цьому на кардіотокограмі реєструвались короточасні децелерації, за якими йшов правильний серцевий ритм. Складається таке враження, що внутрішньоут-

робний плід нібито “завмирає” від жаху перед дослідженням лікаря. Якщо вагітній жінці весь термін гестації казатимуть про негативний стан плода, то від цього він кращим не стане, а емоційна лабільність матері перейде плоду, потім новонародженому. Неонатолог, а потім педіатр отримують емоційно неврівноважену дитину.

Отже, антенатальна гібернація плода в терміні 18-21 тиждень – явище фізіологічне і не вимагає масивної терапії фетоплацентарної недостатності супермодними препаратами. Слід широко у комплексній оцінці стану плода використовувати тест рухів плода (ТРП), це дозволить не лише провести оцінку стану плода, визначити показання для інструментального дослідження, а й сформує позитивний енергоінформаційний обмін між матір'ю та плодом.

РОЛЬ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА В ГЕНЕЗЕ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

В.В. СИМРОК, Е.С. СУПРУН, Д.В. СИМРОК

Луганский государственный медицинский университет

Соматическая патология нередко является пусковым моментом в развитии различных эндокринопатий и, особенно, нарушений менструальной функции. И, наоборот, нарушения менструального цикла могут повлечь за собой развитие различных соматических заболеваний.

Нами проанализировано течение пубертатного периода у 67 женщин репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников (СПЯ) и нарушением менструального цикла (НМЦ). Нарушения менструального цикла проявлялись циклическими и ациклическими маточными кровотечениями, а также дисменореями. Известно, что НМЦ в репродуктивном возрасте чаще связаны с персистенцией фолликула, в отличие от атрезии фолликулов в пубертате. Практически у всех женщин выявлены гиперпластические изменения эндометрия и незначительные отклонения уровней половых стероидных гормонов в крови. В соответствии со шкалой Ферримана-Галвея у 14 (20,9%) пациенток был гирсутизм тяжелой степени, у 21 (31,3%) – средней, у 32 (47,8%) – легкой. Значительная часть (51-

76,1%) пациенток страдала бесплодием. Анализируя анамнез жизни и заболевания, мы обратили внимание, что у 53 (79,1%) женщин имели место в прошлом острые инфекционные заболевания, в своем большинстве пришедшиеся на пубертат. В структуре этих заболеваний превалировал острый тонзиллит, вирусный гепатит, эпидемический паротит, краснуха, заболевания бронхолегочной системы. Из всех обследованных женщин у 49 (73,1%) имели место хронический гепатит, холецистит, пиелонефрит. Анализируя становление менструальной функции у пациенток и дальнейшее ее состояние, мы отметили, что 59 (88,1%) имели овариальные расстройства и лечились у детского гинеколога, при этом, по поводу ювенильных кровотечений – 43 (64,2%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что неблагоприятное течение пубертатного периода может способствовать формированию предрасположенности в репродуктивном периоде жизни к различным эндокринопатиям и, в частности, к СПЯ и нарушениям менструального цикла. Когда женщина поступает в ургентный стационар с маточным кровотечением, дежурный врач не всегда может оценить все неблагоприятные факторы анамнеза жизни и заболевания и провести лечение, направленное на нормализацию циклической функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

В качестве одного из путей разрешения имеющихся проблем является своевременная диагностика и лечение очагов хронической инфекции экстрагенитальной локализации в пубертатном периоде и создание программы профилактики развития СПЯ и НМЦ на этапе выявления различной соматической патологии. Совместная работа участкового педиатра, детского и участкового акушера-гинеколога по указанной программе позволят оценить значимость проблемы СПЯ и НМЦ, определить степень их относительного риска, а также избежать развития эндокринопатий в репродуктивном возрасте.

АНАЛІЗ СЕКЦІЙНИХ ВИПАДКІВ ГОСТРОЇ ПНЕВМОНІЇ У НЕМОВЛЯТ

Л.М. СЕНЮТА, О.Л. ЦИМБАЛІСТА, Л.Є. МАТВІЇВ,
Л.Є. ДОЦЕНКО

Івано-Франківська медична академія

Гостра пневмонія у дітей першого року життя є одним із найпоширеніших захворювань і посідає п'яте місце в структурі смертності немовлят нашої області. Метою роботи був аналіз летальних випадків, в яких однією з причин смерті була пневмонія.

Нами проаналізовано 51 протокол патологоанатомічних досліджень дітей віком від 29 днів до одного року, які хворіли на гостру пневмонію. За перебігом пневмонії та результатами розтину нами виділено три групи: I група — 20 дітей, у яких причиною смерті була пневмонія; II група — 11 дітей, у яких розвинувся сепсис; III група — 20 дітей, у яких пневмонія виявилася не основною причиною смерті. Групу порівняння складала 20 живих немовлят відповідного віку, які перенесли тяжку пневмонію. Більшість дітей (93%) вступила з районів області. Серед померлих та в групі порівняння переважали хлопчики (60,8 та 60%). Половина померлих була народжена недоношеними I-II ступеня (термін гестації 33 ± 3 тижні) з масою від 1,9 до 3,8 кг. Гіпотрофію виявлено у третини (33,3%) дітей: 55% випадків пневмонії, 27,3% випадків сепсису та у 25% дітей III групи та групи порівняння. Частота аномалій конституції в усіх чотирьох групах була високою, без достовірних відмінностей між ними.

У більшості померлих виявлено зміни тимусу: у I групі лише одна дитина мала незмінену виличкову залозу, у 17,6% була природжена патологія тимуса (гіпо-, а- та дисплазія), у решти 76,6% — акцидентальна трансформація тимуса (АТТ) II-IV ступеня; у III групі у 81,3% — АТТ I-IV ступеня, у 6,3% — тимомегалія, у решти 12,4% на час смерті виличкова залоза залишалася незміненою.

Серед дітей I групи згідно з клінічними та секційними даними половину випадків (52,9%) становила вірусно-бактеріальна пневмонія, в т. ч. 11,8% складала бактеріальні ускладнення респіраторно-синцитіальної вірусної інфекції. Вогнищева пневмонія зустрічалася рідко — в 23,5% випадків, переважала вогнищево-зливна (70,6%), в т. ч. абсцедуюча (17,6%). Вірусно-бактеріальна пневмонія частіше супроводжувалася розвитком ателектазів, некрозу та крововиливів, плевральними реакціями. Бактеріальна пневмонія частіше призводила до розвитку плевриту.

У II групі вірусно-бактеріальна інфекція становила 75%, в т. ч. один випадок інтерстиціально-вогнищевої пневмонії у ВІЛ-інфікованої дитини. Лише 25% припадає на ізольовану бактеріальну інфекцію. Частота ателектазів, крововиливів, некрозу легеневої тканини та гнійних ускладнень була вищою порівняно з I групою та групою порівняння.

Серед дітей III групи більшість випадків пневмонії (73,3%) спричинені вірусно-бактеріальною інфекцією, яка розвинулася на тлі природжених аномалій розвитку серця, органів дихання, кістково-м'язової системи та генералізації вірусної нейроінфекції. У немовлят даної групи пневмонія погіршувала перебіг основного захворювання за рахунок поглиблення вентиляційної, циркуляторної та тканинної гіпоксії, ендотоксикозу, зрушення компенсаторних можливостей організму.

Отже, факторами ризику тяжкого та несприятливого перебігу пневмонії у немовлят є недоношеність, гіпотрофія, аномалії конституції. Тяжка пневмонія у немовлят швидко призводить до розвитку акцидентальної трансформації вилочкової залози та транзиторної імунної недостатності. У дітей з природженою та набутою імунологічною недостатністю на тлі банальної гострої вірусної інфекції розвиваються бактеріальні ускладнення та сепсис, які і призводять до смерті. У дітей з природженими вадами розвитку пневмонія протікає тяжче, зумовлюючи зрушення компенсаторних можливостей організму та смерть.

ПОСТОЯННАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ БРАДИАРИТМИЯХ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ПРИ ВРОЖДЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ

А.С. КУЗНЕЦОВ, Н.Ю. ЗАГАЙНОВ, А.О. РАЩУПКИН,
И.А. ГЛАДЫШ

Институт неотложной и восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака АМН Украины, г. Донецк

В последние десятилетия произошли существенные изменения в структуре кардиоревматологической патологии у детей. Если раньше основными заболеваниями были ревматизм и врожденные пороки сердца (ВПС), то в настоящее время на одно из первых мест выходят так называемые функциональные болезни сердца и сосудов, среди которых ведущая роль принадлежит нарушениям сердечного ритма и артериальной гипертензии. Ведущее место в структуре сердечно-сосудистых заболеваний у детей с конца XX века занимают нарушения сердечного ритма и проводимости (НриПС). Всемирный прогресс в области медицинской электроники и компьютерной технологии определил возможность внедрения в клиническую практику все более сложных систем, направленных на поддержание жизненных функций человека и улучшение здоровья и качества его жизни. Значение аритмий определяется их распространенностью, склонностью к хроническому течению, высоким риском внезапной смерти. По данным Бережного В.В. с соавт. от 50 до 70% детей с кардиологической патологией госпитализируются в связи с НриПС. Интерес к проблеме сердечных аритмий со стороны клиницистов с начала 80-х годов постоянно поддерживался неудовлетворенностью существующими методами лечения на фоне неуклонного повышения удельного веса нарушений ритма среди кардиологической патологии у детей.

Целью настоящей работы был анализ результатов имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС) у детей при брадиаритмиях, возникших после оперативной коррекции ВПС и при врожденных НриПС.

В отделении кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака АМН Украины с 1997 по 2002 гг. по поводу врожденных и приобретенных НриПС было прооперировано 24 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет, из них

15 мальчиків і 9 дівочек. Першу групу склали 10 дітей с вродженими НРиПС, другу — 14 больних с ятрогенними (послеопераційними) пошкодженнями провідної системи серця. Все діти були оперировані.

Застосування постійної електростимуляції (ЭС) у дітей залишається однією з найбільш актуальних проблем в аритмології. Показаннями к оперативному ліченню при вроджених НриПС считали наявність синкопальних станів або виражені порушення гемодинаміки. Операція імплантації ЭКС у дітей відрізняється від подібної у дорослих. Осложнення госпітального періоду нами не відзначені. Віддалені осложнения постійної ЭС були у 9 (37,5%) дітей. Високий процент осложнень зв'язан с віковими особливостями: збільшення маси тіла і росту, швидке розвиток мускулатури, тонкий шар підкожножирової клітки, активний або пасивний образ життя і т.д.

Застосування електрокардіостимуляції у дітей виконується по життєвими показаннями. Для повноцінної життя дитини с НриПС необхідно застосування високотехнічних моделей, маючих двохкамерний режим стимуляції, функції частотної адаптації, довгий термін експлуатації.

РЕЦИДИВНИЙ БРОНХІТ У ДІТЕЙ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Ю.К. БОЛЬБОТ, Р.В. КОВТУНЕНКО, Т.А. БОРДІЙ,
С.В. АЛІФАНОВА
Дніпропетровська медична академія

За останні 15 років більш ніж у 2 рази підвищилась поширеність рецидивного бронхіту (РБ) у дітей, причому реальна поширеність РБ вища за рівень, наведений у медико-статистичних даних, за рахунок гіподіагностики РБ серед групи ЧХД, де питома вага РБ за експертною оцінкою становить 18,4% від контингенту ЧХД.

Рецидивуючий перебіг бронхіального процесу залежить від поєднання біологічних, соціальних і екологічних факторів. Розвитку РБ сприяють обтяжена спадковість за ХНЗЛ, висока частота респіраторних захворювань в дитинстві батьків, наявність у них професійної шкідливості, патологія перинатального періоду, накопичена захворюваність органів дихання на першому році життя, відставання у фізичному розвитку, високий ступінь стигм дисембріогенезу, на-

явність хронічної ЛОР-патології, несприятливе соціальне положення сім'ї, пасивне паління, відвідування ДДЗ.

Ступінь участі зовнішнього середовища у формуванні РБ підтверджена і доведена дослідженнями забруднення внутрішнього середовища організму дітей сполуками важких металів: заліза, кадмію, марганцю, міді, цинку, нікелю. Накопичення металів в організмі хворих РБ зумовлене не лише їх надмірною присутністю в оточуючому середовищі великого промислового міста, але й детерміновано умовами розвитку, відхиленнями в анамнезі, ранньому онтогенезі, а також умовами соціального континууму.

У міжрецидивному періоді при РБ доцільно виділяти два етапи: нестійкої та стійкої клінічної ремісії. Нестійка клінічна ремісія відмічається протягом 2-3 місяців після останнього рецидиву бронхіту, і характеризується клінічною мікросимптомагикою, змінами функції зовнішнього дихання, тепловізійної, бронхологічної характеристики, а також ультраструктурними пошкодженнями слизової бронхів, які у переважній більшості хворих мають зворотний характер. У періоді нестійкої клінічної ремісії високою є ймовірність реалізації нової гострої респіраторної інфекції в рецидив бронхіту, що необхідно враховувати при розробці програм реабілітації цього контингенту хворих.

Основною патогенетичною ланкою, що визначає перебіг РБ у періоді ремісії, є порушення в імунній системі. Стан системного імунітету в періоді ремісії РБ у дітей характеризується зниженням рівня Т-лімфоцитів переважно за рахунок хелперно-індукторної субпопуляції, НК-клітин, підвищенням рівня В-лімфоцитів, що супроводжується дисімуноглобулінемією. Виявляється також зниження природної резистентності у вигляді зниження дебіту лізоциму слини, фагоцитарної активності нейтрофілів, пригнічення інтерферогенезу, неадекватної продукції фактора некрозу пухлин клітинами периферичної крові, підвищення мікробного засівання шкіри, включаючи мікрофлору з гемолітичними властивостями. Підвищення рівня секреторного IgA та сироваткових IgA та IgG в слині вказує на напруженість у функціонуванні місцевого імунітету слизових оболонок верхніх дихальних шляхів.

Наявність зрушень в імунному гомеостазі обґрунтовує призначення препаратів, які мають системний регулюючий вплив на імунну систему. Враховуючи характер виявлених змін, найбільш доцільним є призначення індукторів інтерферону (циклоферон) та імуномодуляторів бактеріального походження (рибомуніл, бронхомунал, IRS-19). Проведені дослідження встановили, що диференційоване призначення даних препаратів в періоді ремісії РБ у дітей сприяє зниженню частоти ГРВІ у даного контингенту, а також зниженню частоти та скороченню тривалості рецидивів бронхіту.

МУКОВИСЦИДОЗ – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

И.Л. БАБИЙ

Одесский государственный медицинский университет

На сегодняшний день зарегистрировано более 1000 видов мутаций гена муковисцидоза (МВ), разделенных на 5 классов. В нашей стране наиболее распространенной мутацией является delta F 508, частота ее составляет 55%. Не существует четкой корреляции между генотипом и фенотипом больных. Проявления МВ отличаются значительным клиническим полиморфизмом.

В наших наблюдениях выделены основные и редко встречающиеся формы заболевания. К основным относятся: смешанная (76,8%), преимущественно легочная (17%) и кишечная (3,6%) формы; к редко встречающимся – мекониальная непроходимость (1,8%) и отечно-анемическая (0,9%) форма. Бронхолегочные изменения доминируют в клинической картине, определяя течение и прогноз более чем у 90% больных. В первые месяцы жизни развиваются воспаление с продукцией густого бронхиального секрета и обструкция мелких бронхов, присоединяется инфекция. Наиболее часто в бронхиальном секрете обнаруживаются: *s. aureus*, *h. Influenzae*, *p. aeruginosa*, *a. fumigatus*.

У многих детей обострения протекают по бронхитическому типу, у меньшей части — по пневмоническому. Ателектазы выявлены у 32 детей. Для типичного течения характерны множественные бронхоэктазы, иногда псевдокисты. Удобным и простым для практической работы является подразделение осложнений на легочные и внелегочные, а также ранние и поздние. Как осложнения могут наблюдаться пневмоторакс, вызванный эмфиземой, или кровохарканье, обусловленное разрывами мелких сосудов при кашле. Дыхательная недостаточность нередко приводит к правожелудочковой сердечной недостаточности.

Из 224 больных, наблюдаемых нами в течение 18 лет, панкреатическая недостаточность имела место у 90% больных. Мекониальный илеус наблюдался у 10-15% новорожденных. Гипопротеинемия и отеки описаны у 5-10% недиагностированных больных. Синдром дистальной интестинальной обструкции наблюдался у 5-15% больных МВ. Клиническая манифестация сахарного диабета встречалась в 5-15% случаев. В наших наблюдениях у 40% больных регистрировали аномалии развития желчного пузыря, 5% имели осложне-

ния МВ в виде желчекаменной болезни, у 8% диагностирован цирроз печени, у 40% — обнаружены изменения УЗИ печени на эхопатограммах. Гастроэзофагальный рефлюкс наблюдался более чем у 1/3 больных МВ. В 50% случаев холестатическая желтуха встречалась одновременно с мекониальным илеусом.

Таким образом, МВ отличается большим разнообразием клинических проявлений и вариантов течения. Ранняя постановка диагноза, высокое качество лечения позволяют улучшить прогноз, увеличить продолжительность жизни детей.

ВОЗМОЖНЫЕ НЕИММУННЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Ю.В. ОДИНЕЦ, Л.А. РАКОВСКАЯ, Т.В. ХАРЧЕНКО,
Р.И. МАКАРЕНКО

Харьковский государственный медицинский университет.
ГДКБ № 16, г. Харьков

Для определения роли и места эндотелийзависимых факторов в развитии и прогрессировании гломерулонефрита (ГН) у детей и установления наличия взаимосвязи этих показателей с изменениями иммунологических параметров и фосфолипидного обмена нами обследовано 75 детей в возрасте от 2 до 15 лет ($9,4 \pm 0,5$): 65 детей с острым ГН (ОГН), из них 26 – с нефритическим синдромом, 21 – с изолированным мочевым синдромом, 9 детей с нефротическим (НС) и 9 – с нефротическим синдром, гематурией и гипертензией (НГТ); 10 детей с хроническим ГН, гематурической формой. 12 здоровых детей аналогичного возраста составили группу контроля. Кроме тщательного клинического обследования и общепринятых клинических и биохимических исследований, определяли уровень эндотелина-1 (ЭТ-1) в плазме крови иммуноферментным методом с помощью набора реактивов фирмы “Amersham Pharmacia Biotech” (Англия), уровень оксида азота (NO) по наличию его стабильного метаболита (NO_2) спектрофотометрическим методом с реактивом Грисса с сульфаниловой кислотой и 1-нафтоламином. Иммунологические методы включали: определение уровней основных классов иммуноглобулинов (А, М, G), циркулирующих иммунных комплексов, фагоцитарной активности нейтрофилов, субпопуляций лимфо-

цитов (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19) с помощью моноклональных антител. Фосфолипиды (ФЛ) в плазме крови определяли методом тонкослойной хроматографии.

У всех детей в остром периоде заболевания выявлено достоверное повышение уровней ЭТ-1 и NO₂. Наиболее выраженный дисбаланс этих показателей выявлен при НГГ и НС ОГН. Отмечена корреляционная взаимосвязь уровней NO₂ и ЭТ-1 с выраженностью клинико-лабораторных проявлений заболевания, степенью активности воспалительного процесса, нарушением азотвыделительной функции почек и показателями гиперкоагуляции. В периоде обратного развития содержание ЭТ-1 и NO₂ достоверно снижалось. В ряде случаев при нормализации клинико-лабораторных показателей уровень ЭТ-1 снижался, однако при дальнейшем динамическом наблюдении в периоде сохраняющейся ремиссии отмечалось значительное повышение уровня этого медиатора при отсутствии других общепринятых клинико-лабораторных показателей активности ГН. У этих больных вскоре констатировано развитие хронического процесса, что позволяет считать определение ЭТ-1 маркером активности и прогрессирования процесса. Установлено наличие взаимосвязи между эндотелиальными факторами и липидными сдвигами, более четко и ярко проявляющееся у детей с НС и НГГ ОГН. Показано, что нарушения в составе ФЛ у детей, больных ГН, носят системный характер и тесно связаны не только с нарушениями липидного и белкового метаболизма, но и с изменением функционального состояния эндотелия, следствием чего является активация свертывающей системы и нарушение гемодинамики почек. Анализ корреляционных связей иммунологических показателей позволил нам сделать вывод о наличии взаимосвязи между системой иммунитета, состоянием эндотелийзависимых медиаторов и показателями ФЛ обмена, что можно расценить как возможность их совместного участия в патогенезе ГН.

Полученные результаты свидетельствуют, что ЭТ-1 и NO₂ являются не только важными регуляторами тонуса сосудов, но и имеют большое значение как провоспалительные медиаторы. Дисбаланс в их уровнях указывает на наличие эндотелиальной дисфункции, которая является не только одним из проявлений ГН, но и одним из возможных неиммунных механизмов развития и прогрессирования этого заболевания.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДИТЯЧОЇ ІМУНОЛОГІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Л.І. ЧЕРНИШОВА

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

Дитяча клінічна імунологія є однією з наймолодших спеціальностей в педіатрії. Вона була запроваджена в 1995 році. Спеціалісти дитячої імунології готуються на кафедрі дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології КМАПО. Практично для всіх областей підготовлені такі спеціалісти. Найбільш актуальними питаннями дитячої імунології є діагностика первинних (природжених) імунодефіцитів (ІД) та їх лікування, визначення вторинних імунодефіцитів та тактики їх ведення, а також імунопрофілактика інфекційних захворювань у дітей. За останні роки поліпшилася виявляемість природжених ІД, зменшився вік їх виявлення. Але, виходячи з кількості населення України та захворюваності на ІД в сусідніх країнах, ще залишаються не діагностованими не менше 300 первинних ІД. Це, в першу чергу, пов'язано з недостатньою обізнаністю педіатрів загального профілю в клінічних проявах ІД. На сьогодні з'явилася можливість розпочати створення Національного реєстру природжених ІД. Спектр ІД не відрізняється від того, що є в інших країнах. Тобто, перше місце займають ІД антигілоутворення. Ще існують проблеми з діагностикою комбінованих ІД, діагнози в більшості випадків встановлюють при автопсії. Але необхідно відмітити, що такий діагноз патологоанатомами встановлюється лише в декількох областях, що свідчить про недостатню настороженість цих спеціалістів щодо діагностики ІД.

Великим досягненням дитячої імунології за останні роки є впровадження постійної замісної терапії внутрішньовенним імуноглобуліном, яка дозволяє зберегти життя та поліпшити його якість дітям з природженою недостатністю утворення антитіл. На жаль, у зв'язку з економічними труднощами, не всі діти забезпечуються внутрішньовенним імуноглобуліном. Практика показала, що альтернативні методи замісної терапії внутрішньом'язовим імуноглобуліном або плазмою є менш ефективними. За останні роки змінилися підходи до визначення та тактики ведення вторинних ІД. Основна стратегія – захист дітей з вторинним ІД від інфекцій. При клінічних проявах імуноної недостатності, при відсутності імунологічного підтвердження ІД надається перевага специфічній імуностимулюючій терапії,

призначенню додаткових щеплень (поза календарем). Все менше стає прихильників втручання різними імуномодуляторами ще не в повністю дозрілу імунну систему дитини. Водночас все більше лікарів повертаються до простих природних методів стимуляції імунітету, таких як загартовування, фізичні вправи, здорове харчування, вплив яких давно відомий та знаходить підтвердження в сучасних наукових дослідженнях. Великий внесок дитячих імунологів зроблено у профілактику інфекційних захворювань у дітей. Робота дитячого імунолога в імунологічних вакцинальних комісіях дозволяє виключити необґрунтовані відводи від щеплень та, одночасно з цим, забезпечити достатнє охоплення вакцинацією. Це дає можливість приєднатися Україні до стратегії ВООЗ щодо елімінації кору до 2010 року, попередження природженої краснухи (менше 1 випадку на 100 тис. живонароджених) та знизити захворюваність на краснуху та епідпаротит до 1 випадку на 100 тис. населення, знизити захворюваність на гепатит В та, відповідно, на гепатоцелюлярну карциному та цироз печінки.

СТАН НИРКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

М.В. ХАЙТОВИЧ, В.Ю. КУНДІН², Л.І. МІСЮРА, О.О. ГОРДОК,
О.К. МУХІНА, І.М. НЕДАШКІВСЬКА

Кафедра педіатрії № 4, ²кафедра медичної радіології
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

Відомо, що у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) відмічається значне підвищення активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС). Тривала активація РААС призводить до підвищення загального периферичного опору, зменшення швидкості ниркової фільтрації та ниркової гемодинаміки (НГ).

Метою даного дослідження було вивчення стану НГ у дітей з АГ. Обстежено за допомогою методу добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) 50 хворих на вегетативні дисфункції віком 10-17 років. У 23 обстежених добовий профіль АТ відповідав стабільній артеріальній гіпертензії (САГ), у 15 – лабільній (ЛАГ), у решти виявлено нестабільний АТ (нестАТ). Стан НГ оцінювали за допомогою методів доплерівського скенування судин нирок та радіонуклідної ангіографії.

У 69,3% хворих з АГ (САГ і ЛАГ) показники НГ згідно з даними УЗД відповідали нормальним, у 23% – виявлялась дистонія артерій, у 7,7% – тотальна підвищена жорсткість судин, тобто готовність до спазму. Звертало на себе увагу те, що діаметр проксимального відділу черевної аорти в середньому у хворих з ЛАГ був достовірно меншим порівняно з хворими зі САГ і нестАТ (відповідно $11,88 \pm 0,129$ мм проти $13,2 \pm 0,3$ і $13,6 \pm 0,41$ мм; $p < 0,05$).

У хворих з ЛАГ індекс резистентності (ІР) в лівій нирковій артерії був достовірно вищим, ніж у хворих із САГ і нестАТ (відповідно $0,789 \pm 0,028$ ум.од. проти $0,72 \pm 0,0088$ і $0,716 \pm 0,055$ ум. од.; $p < 0,05$). ІР в правій нирковій артерії був також вищим у хворих з ЛАГ порівняно з хворими із САГ і нестАТ (відповідно $0,756 \pm 0,027$ ум.од. проти $0,72 \pm 0,032$ і $0,686 \pm 0,05$ ум. од.), але різниця не була достовірною ($p > 0,05$). Пікова систолічна швидкість (ПСШ) в лівій нирковій артерії у хворих з АГ була значно нижчою, ніж у хворих з нестАТ ($224,2 \pm 1,49$ проти $282,4 \pm 2,74$ см/с.; $p < 0,05$). У хворих з АГ порівняно з хворими з нестАТ ІР в правих міжчасткових артеріях був у середньому достовірно вищим ($0,54 \pm 0,03$ проти $0,45 \pm 0,097$ ум.од.; $p < 0,05$), тоді як в лівих міжчасткових артеріях не відрізнявся у хворих з різним рівнем АТ. Відмічено достовірні корелятивні зв'язки ($p < 0,05$) між середньодобовим систолічним АТ і значенням артеріореального індексу (АРІ) (відповідно в правій і лівій нирках $r = 0,395$ і $r = 0,41$), рівнем пульсового АТ і швидкістю виведення радіофармпрепарату (відповідно з правої та лівої нирок $r = 0,34$ і $r = 0,41$), величини вранішнього максимального підйому АТ і значенням АРІ (відповідно в правій і лівій нирках $r = 0,48$ і $r = 0,49$), зворотний зв'язок між коефіцієнтом варіації АТ в нічний час і швидкістю заповнення нирок радіофармпрепаратом ($r = -0,49$). ПСШ гемодинаміки в правій нирковій артерії корелювала зі швидкістю зростання систолічного АТ в ранкові часи ($r = 0,53$), а ІР в правій нирковій артерії – з середньодобовим діастолічним АТ ($r = 0,74$).

Таким чином, хоча у більшості дітей з первинною АГ показники НГ не відхиляються від нормальних, у третини відмічаються порушення тону судин зі схильністю до ангіоспазму. Крім того, у хворих з АГ в середньому визначається зменшення діаметра проксимального відділу черевної аорти, нижча ПСШ в ниркових артеріях, більший, ніж в контрольній групі ІР в ниркових і міжчасткових артеріях. Відмічено достовірні корелятивні зв'язки між параметрами ДМАТ і показниками НГ. В цілому зростання АТ корелює зі збільшення швидкості НГ, що, можливо, свідчить про компенсаторну перебудову НГ в умовах підвищення АТ.

СУЧАСНИЙ ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

С.С. ФОКІНА, Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, О.Г. ДОЛЖЕНКО*
Буковинська державна медична академія. МДКЛ№ 1,
м. Чернівці*

Захворювання органів дихання значно поширені серед дитячого населення та мають велику питому вагу в структурі захворювання. У літературі вказується на складнощі визначення реальної поширеності окремих нозологічних форм захворювань органів дихання. На це впливає тенденція до обмеження рентгенологічної діагностики при чіткій клінічній картині, недостатнє використання інших методів променевої діагностики. Ультрасонографічне дослідження органів грудної клітки в режимі реального часу у дітей має значні переваги, оскільки не несе променевого навантаження, є доступним та може використовуватись багаторазово у динаміці.

У нашій клініці з 1999 року проводиться апробація та впровадження у практику діагностичних алгоритмів при гострих захворюваннях органів дихання у дітей на основі ультрасонографічного методу. Нами було обстежено 89 дітей раннього та дошкільного віку: з гострими пневмоніями — 61 (68,5%) дитина та гострими бронхітами — 28 (31,5%). Проводилося викопіювання даних медичної карти стаціонарного хворого, повне клінічне та ультрасонографічне обстеження органів грудної клітки при вступі до стаціонару та у динаміці лікування. В усіх дітей виконувалися лабораторні дослідження крові та рентгенологічне дослідження органів грудної клітки у двох проекціях при вступі та при виписці дитини. Ультрасонографічне обстеження реєструвалося на відеоплівку з подальшим переносом зображення у комп'ютер і спеціальною цифровою обробкою та визначенням щільності за шкалою. Результати оброблялися статистичними та епідеміологічними методами.

За нашими даними, відповідність ультрасонографічного діагнозу клінічній картині в цілому по групі хворих із пневмоніями складає 100%, у хворих із бронхітами — 89%. Чутливість цього методу при одноразовому дослідженні у всіх дітей — 88,5%, специфічність — 89%, позитивна прогностична цінність та значущість — 92%. Цікавими є дослідження у динаміці лікування. При проведенні ультрасонографії органів грудної клітки повторно звертала на себе увагу більша

відповідність ультрасонографічної картини клінічним даним (98,9%) та менша — даним загального аналізу крові (76%). Кореляційний взаємозв'язок між ультрасонографічними даними у динаміці, клінічними та лабораторними показниками достовірний сильний, коефіцієнт кореляції складає у різних групах хворих від 0,89 до 0,94 ($p < 0,05$). При визначенні ехографічної щільності інфільтратів легеневої тканини відмічено залежність між меншою щільністю запальної тканини при пневмонії та тривалістю захворювання. Дитина з низькою ехографічною щільністю запалення має в 2,6 раза прогностично вищий ризик несприятливого перебігу захворювання. У двох третин дітей із пневмоніями визначались також явища міжчасточкового плевриту різної інтенсивності, які діагностовані рентгенологічно лише у однієї дитини.

Зважаючи на вищевказане, нами запропоновано такий діагностичний алгоритм при гострих захворюваннях органів дихання у дітей: проведення рентгенографічного дослідження у двох проєкціях при зверненні дитини (вступі до стаціонару), проведення ультрасонографічного дослідження із відеопотоколом цього ж дня, проведення ультрасонографічного дослідження у динаміці лікування (кожні 3-4 дні), проведення контрольного ультрасонографічного дослідження через 3-5 діб після нормалізації клініко-лабораторних даних.

ВЕГЕТАТИВНИЙ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДІТЕЙ ГРУПИ СОЦІАЛЬНОГО РИЗИКУ

Т.А. СІРОТЧЕНКО, А.В. АМЕЛІНА, В.В. БЄЛКІНА

Луганський державний медичний університет. Обласний центр соціально-психологічної реабілітації дітей та підлітків, м. Луганськ

Нервово-психічне напруження та стомленість, які набувають хронічної форми з формуванням невротичних розладів, призводять до виникнення вегетативних порушень, послаблення імунітету, проявів депресії, зниження життєвого тону. Тривалий хронічний стрес, який відчувають діти — вихованці шкіл-інтернатів або діти групи сімейного соціального ризику, посилюється складними соціально-економічними факторами, які провокують відчуття нестабільності. Такий стан додатково виснажує адаптаційні резерви дитячого організму та спричиняє формування деяких захворювань. Не викликає сумніву, що це залежить від психологічних особливостей дитини, її

психічного статусу, особистого сприйняття стресорних чинників, від взаємовідносин з навколишнім середовищем.

Оцінка психоемоційного стану та рівня тривожності проводилась за допомогою тесту тривожності та кольорового тесту М. Люшера. Вегетативний стан вивчали за допомогою визначення рівня функціонування серцево-судинної системи (суміжне зрушення основних гемодинамічних показників – частоти серцевих скорочень та систолічного артеріального тиску).

Під спостереженням знаходилось 123 вихованці шкіл-інтернатів (I група), 106 дітей з соціально небезпечних сімей (II група), 30 дітей з соціально адаптованих сімей складала контрольну групу. За даними дослідження доведено, що 87,3% дітей I групи (вихованці шкіл-інтернатів) та 73,2% дітей II групи (з сімей групи соціального ризику) мають високу тривожність та відхиляють синій колір, що свідчить про незадоволеність власною особою, самотність, роздратованість, бажання агресії. Психогенними факторами у цих дітей були постійні конфлікти з однолітками (I група) та в родині (II група), порушення процесу сну, тривожність. Також, 56,7% дітей I групи та 67,5% дітей II групи відхиляли зелений колір, що свідчило про невпевненість, відчуття несправедливого ставлення до своєї особи, відчуття тиску з боку дорослих (вихователі, старшокласники, батьки). Психогенними факторами в даній ситуації були проблеми соціальної адаптації, проблеми власної безпеки, проблеми в навчанні (засвоєння нового матеріалу, зниження пам'яті). Відкидання червоного кольору відмічено у 31,7% дітей I групи та у 43,2% дітей II групи на фоні помірно підвищеної тривожності, що свідчить про тривожну сумнівність, відсутність віри в майбутнє, відсутність віри в дорослих; психогенними факторами були прояви агресії щодо дитини з боку дорослих. Дуже негативний стан спостерігався у 10% дітей I групи та у 7% дітей II групи, що допоміжні кольори представили в першій позиції та клінічно мали прояви депресивних невротичних реакцій. В контрольній групі тест Люшера був оптимістичним, оскільки в перших позиціях переважали червоний, зелений, сонячний, жовтий кольори у 78% дітей, що відображує позитивні установки в житті. Під час вивчення показників вегетативного стану у дітей I групи адаптаційна стадія напруження реєструвалась в 2,7 рази частіше, ніж у дітей контрольної групи; у дітей II групи ці показники перебільшували нормативні в 3,8 рази. Стадія виснаження реєструвалась у 33,4% дітей I групи та у 42,2% дітей II групи, чітко відображуючи міру зниження функціональних резервів серцево-судинної системи та звуження адаптаційних можливостей дитячого організму в цілому.

Отримані результати надали можливість запропонувати метод вивчення адаптаційних можливостей дитини як інтегративний показник для визначення групи ризику формування як соматичної, так і психічної патології у дітей групи соціального ризику.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЕТІОЛОГІЧНИЙ СПЕКТР МІКОСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ПРИ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

О.В. ЗУБАРЕНКО, Т.В. СТОЄВА, Л.Г. КРАВЧЕНКО,
О.О. ПОРТНОВА
Одеський державний медичний університет

Висока насиченість повітря спорами грибів призводить до їх неминучого контакту з органами дихання людини. В умовах порушення фізіологічних захисних функцій організму активізуються фактори агресії патогенних грибів, які можуть бути складовими частинами структури клітин або продуктами їх метаболізму. При цьому грибкові клітини укріплюються на поверхні слизових оболонок, починають розмножуватися й утворювати колонії. У більшості випадків даний процес обмежується лише носійством. Так, наприклад, колонізація слизових оболонок грибами *Candida* у практично здорових людей коливається від 15 до 40% і більше, втім інвазивний мікоз не розвивається. За несприятливих для організму умов (застосування антибіотиків, стероїдних гормонів і цитостатиків) гриби перетворюються в активні нитчасті форми, наявність яких свідчить про розвиток захворювання.

Ураження дихальної системи, спричинені патогенними грибами, вперше описані понад 150 років тому. Сьогодні у природі визначається близько 100 тис. видів грибів. Вважається, що 400 з них можуть бути причинами захворювань органів дихання. Проте слід зазначити, що й дотепер не існує чітких даних щодо рівня та спектру грибкової сенсibiliзації при захворюваннях органів дихання. Наявні відомості суперечливі, рівень мікосенсибилізації, за даними іноземних джерел, коливається в межах від 30 до 70%. Залишається не до кінця вирішеним питання про значущість факторів зовнішнього середовища в розвитку алергії до різних видів грибів.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчення особливостей грибкової алергії при бронхіальній астмі, а також визначення факторів зовнішнього середовища, що сприяють розвитку мікоалергії.

Обстежено 70 дітей, хворих на бронхіальну астму. Для виявлення мікотичної сенсibilізації проводили алерготестування з алергенами грибів: *Candida Albicans*, *Aspergillus Flavus*, *Aspergillus Niger*, *Rhizopus Nigricans*, *Penicillium notatum*, *Alternaria Tenius*, *Cladosporium Herbarum*. За результатами наших досліджень, рівень мікотичної сенсibilізації становив 85%. Найбільш часто спостерігали алергію до грибів роду *Candida albicans* (57,5%), *Penicillium notatum* (50%) і *Cladosporium herbarum* (28,3%). Слід зазначити, що з усього спектру мікоалергенів нині найбільш вивченими є лише алергенні властивості грибів роду *Candida* й *Aspergillus*. Причини зростання рівня грибової сенсibilізації вбачають у мікотичному забрудненні довкілля. Підвищений радіоактивний фон, високий рівень техногенних і органічних забруднень, “парниковий ефект” спричиняють зміни біоценозу навколишнього повітряного середовища з переважанням мікроміцетів над бактеріями.

Для успішного контролю над перебігом захворювання важливо з'ясувати, коли і де здійснюється контакт організму з причинними мікоалергенами. Нами проведено вивчення значущості окремих чинників у виникненні сенсibilізації до грибів у групі дітей. Доведено, що найбільш значущими факторами розвитку мікогенної алергії є непереносимість вологої погоди (67,5%), сирих приміщень (65%), несприятливі житлові умови (47,5%), наявність у районах проживання підприємств біотехнологічного виробництва (62,5%).

Таким чином, встановлено значну поширеність мікосенсibilізації у дітей з респіраторними алергозами, що свідчить про необхідність подальшого вивчення актуальних питань грибової алергії з метою удосконалення первинної та вторинної профілактики.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭХОМОРФОЛОГИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Н.В. ХАЙТОВИЧ, Л.П. ГЛЕБОВА, Л.И. МИСЮРА, Е.А. ЮЩИК
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

Проблема повышения артериального давления (АД) у детей и подростков становится в настоящее время все более актуальной.

Целью данного исследования было изучение состояния центральной гемодинамики (ЦГ) и эхоморфологии сердца (ЭМС) у детей с артериальной гипертензией (АГ).

Проведено обследование 52 детей в возрасте 11-17 лет с вегетативными дисфункциями. При помощи метода суточного мониторинга АД у 11 больных выявлена стабильная артериальная гипертензия (САГ), у 29 – лабильная (ЛАГ), у 12 детей отмечен нестабильный профиль АД (нестАД). ЦГ и ЭМС оценивались методом ЭхоКГ и доплерЭхоКГ на аппарате “Hitachi” (Япония) при помощи датчика 3,5 мГц.

Эхоморфологические характеристики у обследованных больных не выходили за рамки нормальных, но достоверно отличались у детей с разным уровнем АД. Так, толщина межжелудочковой перегородки в среднем как в систолу, так и в диастолу была значительно больше ($p < 0,01$) у больных с САГ, в сравнении с больными с ЛАГ и нестАД (соответственно $10,87 \pm 0,12$ мм против $8,97 \pm 0,04$ и $8,41 \pm 0,12$ мм; $6,73 \pm 0,09$ мм против $5,59 \pm 0,04$ и $5,7 \pm 0,09$ мм). Та же тенденция ($p < 0,01$) отмечалась и в отношении размеров задней стенки левого желудочка (соответственно $13,75 \pm 0,13$ мм против $12,4 \pm 0,05$ и $11,4 \pm 0,11$ мм; $7,86 \pm 0,14$ мм против $5,78 \pm 0,03$ и $5,6 \pm 0,09$ мм). При оценке ЦГ выявлено, что больных с АГ отличают высокие цифры конечно-диастолического объема (соответственно у больных с САГ и ЛАГ $137,36 \pm 0,51$ и $124,2 \pm 0,02$ мл против $106,67 \pm 0,41$ мл у больных с нестАД; $p < 0,01$). Кроме того, у больных с САГ, в сравнении с больными с ЛАГ и нестАД, были достоверно выше степень укорочения ЛЖ (соответственно $38,54 \pm 0,22\%$ против $34,87 \pm 0,07\%$; $p < 0,05$ и $32,7 \pm 0,14\%$; $p < 0,01$) и фракция выброса (соответственно $67,91 \pm 0,24\%$ против $63,65 \pm 0,08\%$; $p < 0,05$ и $61 \pm 0,17\%$; $p < 0,01$). У больных с САГ и ЛАГ, в сравнении с больными с нестАД, был значительно выше минутный ($7,48 \pm 0,15$ и $6,37 \pm 0,094$ л/мин против $5,15 \pm 0,09$ л/мин; $p < 0,01$ и $p < 0,05$) и ударный объем крови ($93,36 \pm 0,45$ и $78,89 \pm 0,13$ мл против $64,41 \pm 0,31$ мл; $p < 0,01$). Разница в ударном объеме между больными с ЛАГ и САГ также носила достоверный характер ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ показал, что величина ударного объема умеренно связана со значением максимального систолического АД ($r = 0,53$; $p < 0,001$), индексом времени систолического АД в дневной период ($r = 0,53$; $p < 0,001$), средним пульсовым АД ($r = 0,53$; $p < 0,001$). Индекс Пуурцелотта аортального кровотока умеренно коррелировал с максимальным и минимальным пульсовым АД ($r = 0,6$; $p < 0,001$), индексом времени гипертензии в дневной и ночной периоды (соответственно $r = 0,5$; $p < 0,001$ и $r = 0,47$; $p < 0,05$), величиной утреннего подъема систолического АД ($r = 0,52$; $p < 0,001$). Значения среднесуточного и максимального пульсового АД достоверно связаны с размерами левого предсердия (соответственно $r = 0,54$; $p < 0,001$ и $r = 0,58$; $p < 0,001$).

Таким образом, повышение АД у детей сопровождается перестройкой ЦГ в виде увеличения фракций выброса и степени укорочения ЛЖ, конечно-диастолического и ударного объемов, скорости кровотока в аорте, что приводит к гиперволемии и, как следствие, к изменению эхоморфологии сердца.

СТАН НІТРЕРГІЧНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

О.М. ЛУК'ЯНОВА, О.Г. ШАДРІН, А.Г. ЦИПКУН
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Метою дослідження було вивчення стану системи L-аргінін-оксид азоту (NO)-нітригредуктаза в крові дітей з синдромом подразненого кишечника (СПК) залежно від форми та тяжкості перебігу захворювання.

Обстежено 30 пацієнтів віком 8-14 років з різними формами СПК: переважно з закрепом, переважно з проносом та переважно з болювим абдомінальним синдромом та метеоризмом. Контрольну групу склали 10 практично здорових дітей того ж віку. Діагноз встановлювали на підставі клініко-параклінічного обстеження відповідно до "Римських критеріїв II". Продукти метаболізму NO (сумарні нітрати та нітрیتی) визначали спектрофотометрично при $\lambda = 540$ Нм із застосуванням реактиву Гріса, визначення прекурсору NO – вільного L-аргініну проводили класичним методом Сакагучі на спектрофотометрі при $\lambda = 500$ Нм, про нітригредуктазну активність судили за утворенням Hb-O₂ комплексу з реакційної суміші спектрофотометрично при $\lambda = 575$ Нм і розраховували за формулою та виражали в мкмоль/хв.г Hb-O₂.

Встановлено різнонаправлені зміни в системі L-аргінін-NO-нітригредуктаза у дітей з різними формами СПК. Так, у дітей із закрепом та болювим абдомінальним синдромом та метеоризмом (20 хворих) вміст L-аргініну в сироватці крові відповідав вмісту у здорових дітей (272,77±9,94 та 290,61±17,5 мкмоль/л відповідно), а вміст NO (35,96±5,33 мкмоль/л) та активність нітригредуктази (2,051±0,174 мкмоль/хв.г Hb-O₂) перевищували аналогічні показники здорових дітей (28,62±2,25 та 1,72±0,16 мкмоль/хв.г Hb-O₂ відповідно), що свідчить про перевагу відновлювального шляху синтезу NO у хворих цієї групи.

У дітей з СПК переважно з проносами (10 дітей) рівень L-аргініну ($244,29 \pm 8,17$ мкмоль/л) був значно нижчим при вмісті NO $31,35 \pm 2,76$ мкмоль/л і активності нітритредуктази $1,788 \pm 0,178$ мкмоль/хв.г Нв-О₂ та відповідав аналогічним показникам у практично здорових дітей, що може бути зумовлене незбалансованим харчуванням обстежених дітей і недостатнім надходженням аргініну в організм.

Отже, виявлені зміни та залежність компонентів системи L-аргінін-NO-нітритредуктаза від форми та тяжкості перебігу СПК свідчать про наявність патогенетичного зв'язку між ними, що визначає можливі шляхи корекції функціональних порушень моторно-евакуаторної функції кишечника у дітей.

ВІКОВА ЕВОЛЮЦІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Л.В. БЕШ, І.З. МУШАК

Львівський державний медичний університет

ім. Данила Галицького

Львівський міський дитячий алергологічний центр

Вікова еволюція бронхіальної астми (БА) у дітей – проблема, яка протягом останніх років активно дискутується, оскільки результати існуючих досліджень неоднозначні. Ряд авторів вважає, що БА у дітей переважно має сприятливий прогноз і часто закінчується спонтанним одужанням в пубертатному віці. А з іншого боку, з'являються повідомлення про те, що захворювання у 40-70% пацієнтів, які стали дорослими, продовжується, нерідко трансформуючись у тяжкий перебіг. В окремих дослідженнях взагалі заперечується зв'язок дитячої і дорослої астми. Така складна і неоднозначна ситуація визначила актуальність і мету нашого дослідження.

Метою роботи було вивчення вікової еволюції та прогнозу захворювання на підставі комплексного аналізу особливостей перебігу бронхіальної астми у дітей, підлітків та молодих людей. Обстежено 110 підлітків і молодих людей віком від 14 до 30 років, які з дитинства спостерігаються лікарями з приводу БА або характерних для неї респіраторних симптомів.

В процесі дослідження застосовано такі методики: детальний збір анамнезу на підставі спеціально розробленої анкети-опитувача, ретроспективне вивчення медичної документації, об'єктивне загально-

клінічне обстеження, комп'ютерна спірометрія та бронхолітичний тест, визначення рівня загального IgE, специфічне алергологічне тестування із застосуванням скарифікаційних шкірних тестів та методів алергодіагностики *in vitro*.

Наші дослідження довели, що БА, розпочинаючись у дитинстві у 65,4%, продовжується і в дорослому віці, тому дану патологію у дітей і дорослих слід розглядати як єдину клінічну проблему. Комплексний аналіз особливостей перебігу цього захворювання у віковому аспекті дозволив виділити ряд факторів, що сприяють погіршенню його прогнозу, це: спадкова схильність до алергії за обома лініями, тяжкий перебіг бронхіальної астми, супутні ураження шкіри алергічного генезу, або вказівки на них в анамнезі, ранній початок захворювання (перші епізоди бронхообструкції діагностовано у ранньому дитячому віці), пізні звертання до спеціаліста (тривалість перебігу хвороби до моменту встановлення діагнозу і призначення адекватно терапії складає більше 1-3 років), неадекватна базисна терапія, багаторазові курси антибактеріальної терапії з приводу загострення захворювання.

Проведений нами поглиблений аналіз факторів, які суттєво впливають на особливості перебігу, прогноз і наслідки бронхіальної астми у дітей, дозволив розробити математичну модель, на підставі якої можна проводити індивідуальне прогнозування захворювання у кожної дитини. Превентивні заходи медичного і соціального плану, спрямовані на запобігання виникненню БА у дітей, прогресуванню процесу, забезпечення наступності в роботі дитячих та дорослих лікарів мають суттєве значення для збереження здоров'я і працездатності населення в цілому.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Н.В. ФИЛИППОВА, Е.А. БУДРЕЙКО, Л.Д. НИКИТИНА,
Л.П. ЛЕВЧУК, С.А. ЧУМАК

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

Известно, что при сахарном диабете в условиях дефицита инсулина нарушаются все виды обмена веществ. Данные исследования

тиреоидного статусу при сахарному діабеті у дітей достатньо протирічливі: одні дослідники відзначають, що у дітей відзначається тенденція до зниження рівня T_3 , підвищенню рівня T_4 і ТТГ в крові, згідно іншим даним наявність підвищеного T_3 в крові відображає компенсаторну реакцію організму, направлену на збереження еутиреозу.

В нинішній роботі вивчені показники функції щитовидної залози (рівні T_3 , T_4 і ТТГ сироватки) у 63 дітей і підлітків в віці 11-16 років, хворих цукровим діабетом від 1 року до 12 років, в тому числі 19 пацієнтів з вперше виявленим цукровим діабетом.

Результати дослідження показали, що у $20,6 \pm 3,5\%$ всіх хворих рівень ТТГ підвищений (більше $4,5$ мМЕ/л), що свідчить про частіше субклінічне гіпотиреозу серед дітей і підлітків, хворих цукровим діабетом, що частіше було пов'язано з наявністю у хворого аутоімунного тиреоїдиту. Так, в групі хворих цукровим діабетом, що поєднуються з аутоімунним тиреоїдитом, середній рівень ТТГ склав $4,7 \pm 0,7$ мМЕ/л, що перевищувало цей показник в групі пацієнтів без тиреопатій – $2,3 \pm 0,1$ мМЕ/л ($p < 0,05$).

Аналіз показників тиреоїдного статусу в залежності від тривалості цукрового діабету у дітей і підлітків показав, що в перші роки хвороби рівні ТТГ і T_3 мали тенденцію до підвищення ($3,9 \pm 0,4$ мМЕ/л і $2,9 \pm 0,5$ нмоль/л відповідно), порівняно з показниками групи пацієнтів, що страждають цукровим діабетом більше 8 років, у яких рівень цих гормонів був нижче ($1,61 \pm 0,3$ мМЕ/л і $1,74 \pm 0,2$ нмоль/л відповідно, $p < 0,05$). Рівень компенсації вуглеводного обміну був схожим, незалежно від тривалості захворювання (HbA_{1c} – $8,6$ - $9,7\%$).

Таким чином, цукровий діабет у дітей і підлітків характеризується певними порушеннями тиреоїдного гормонального статусу, що може мати значення в формуванні тиреопатій в цій групі хворих. Генез порушень функції щитовидної залози в умовах інсулінодефіциту потребує подальшого вивчення.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Н.В. НАГОРНАЯ, Е.В. ПШЕНИЧНАЯ, А.Н. ПОНОМАРЕНКО
Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

Наиболее частыми и клинически значимыми осложнениями нарушений ритма сердца у детей являются аритмогенная кардиомиопатия и сердечная недостаточность. Констатация последних свидетельствует о тяжелых, зачастую необратимых изменениях в сердечно-сосудистой системе, отягощающих жизненный прогноз пациентов. Вместе с тем известно, что формирование хронической сердечной недостаточности происходит стадийно, при этом одним из ранних и обратимых этапов является ремоделирование структур миокарда и камер сердца, представляющее собой чрезвычайно многогранный региональный или глобальный комплекс молекулярных, клеточных, гуморальных и геометрических изменений.

Целью настоящей работы было изучение геометрии миокарда и камер сердца у больных с различными видами хронических нарушений сердечного ритма.

Нами проанализировано 46 историй болезни детей от 0 до 16 лет, находившихся в отделении детской кардиохирургии и реабилитации ИНВХ им. В.К. Гусака АМН Украины по поводу следующих хронических нарушений сердечного ритма: наджелудочковая экстрасистолия – 27 (58,7%) детей, пароксизмальная тахикардия – 5 (10,9%), трепетание предсердий – 4 (8,7%), АВ блокада 1 ст. – 4 (8,7%), синдром удлиненного QT – 4 (8,7%), непароксизмальная хроническая синусовая тахикардия – 2 (4,3%), синдром WPW – 2 (4,3%) детей. Оценка геометрии сердца была осуществлена на основании анализа данных ЭХОКГ: конечного диастолического размера (КДР), конечного систолического размера (КСР), диаметра правого желудочка (ДПЖ), диаметра левого предсердия (ДЛП), толщины миокарда задней стенки левого желудочка (ТМЗСЛЖ), толщины миокарда межжелудочковой перегородки (ТММЖП), фракции выброса (ФВ), ударного объема (УО), минутного объема (МО).

Согласно полученным результатам нормальная геометрия сердца имела место у 19,2% обследованных, измененная – у 80,4% пациентов, при этом изолированная гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) – у 41,3%, дилатация ЛЖ – у 10,9% обследованных, гипертрофия и

дилатация ЛЖ – у 26,1% пациентов. Обращало внимание отсутствие жалоб у обследованных детей как с нормальной, так и с измененной геометрией сердца.

Изучение взаимосвязи между наличием и типом ремоделирования миокарда и длительностью нарушения ритма сердца у детей свидетельствовало о том, что у всех пациентов с нормальной геометрией сердца длительность заболевания составила не более 12 месяцев. Среди больных с гипертрофией ЛЖ у 57,9% детей длительность нарушенного ритма составила больше 1 года, у 42,1% – менее 12 мес. В группе пациентов с дилатацией ЛЖ 67,2% больных имели продолжительность аритмии больше 1 года, 32,8% – менее 12 мес. Обсуждаемые показатели в группе детей с гипертрофией и дилатацией ЛЖ составили соответственно 57,1 и 42,9%.

Таким образом, наличие хронического нарушения ритма сердца у ребенка сопровождается изменением его геометрии в виде переустройства структуры, формы и функции миокарда и камер, что способствует формированию хронической сердечной недостаточности. Ранняя диагностика указанного состояния и своевременное назначение оптимальных терапевтических воздействий является весьма важным для обратной динамики патологического процесса и предотвращения формирования сердечной недостаточности.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Н.В. НАГОРНАЯ, А.П. ДУДЧАК, А.О. РАЩУПКИН,
В.Н. СОКОЛОВ

Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

Суточное мониторирование АД (СМАД) по Холтеру стало неотъемлемой частью диагностического комплекса в современной кардиологии. В педиатрии до настоящего времени данный метод используется недостаточно. Вместе с тем анализ циркадного ритма АД представляется весьма важным в изучении целого ряда патологических состояний у детей, в том числе механизмов формирования артериальной гипертензии.

Целью настоящего исследования было изучение характера и структуры суточного ритма АД у детей с первичной артериальной гипертензией (ПАГ).

Объектом исследования явились 26 детей 10-16 лет (15 мальчиков и 11 девочек) с ПАГ, диагностированной в процессе комплексного углубленного обследования в условиях отделения детской кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака АМН Украины. При этом у 8 детей имела место стойкая ПАГ, превышающая 95 перцентиль по И.В. Леонтьевой с соавт. (2000), у 11 детей показатели АД превышали 95 перцентиль, однако были лабильны, у 7 детей уровень АД находился между 90 и 95 перцентилем, а его подъемы были эпизодическими. Наряду с общепринятыми клинико-лабораторно-инструментальными исследованиями каждому ребенку с ПАГ проведено СМАД с помощью аппаратов “Кардиогенз” фирмы “Медитекс” (Венгрия) и “Кардиотехника” фирмы “Инкарт” (Россия). Временные интервалы измерения АД составили: в дневное время – 15 минут, в ночное – 30 минут. На фоне контроля АД проводились клиноортостатическая проба, тесты с психологической и физической нагрузками; ведение пациентами дневников наблюдения с регистрацией своих действий и самочувствия. Оценка данных СМАД проводилась по методике И.В. Леонтьевой с соавт. (2000).

Анализ данных СМАД свидетельствовал о повышении систолического АД (САД) у всех детей со стабильной ПАГ и у 64,5% с лабильной, что подтверждалось увеличением индекса нагрузки давлением (времени гипертензии) для САД более 32% в дневное время и 36% в ночное время. Увеличение этого индекса более чем на 25% для диастолического АД (ДАД) было констатировано у 30,8% обследованных со стабильной и у 12,1% детей с лабильной ПАГ. Суточный индекс (СИ) 83,5% детей анализируемой группы находился в пределах 10-20%, что позволило отнести их к категории “dippers”. У 16,5% пациентов СИ был ниже 10%, и они были отнесены в группу “non-dippers”. При оценке суточного профиля АД выявлено, что практически у всех больных пики повышения АД наблюдались в промежутке с 11⁻³⁰ до 13⁻⁰⁰ и с 15⁻⁰⁰ до 17⁻⁰⁰ час. Вместе с тем у 4 детей со стабильной и у 2 с лабильной ПАГ величина утреннего подъема САД была чрезмерной, составив 31-57, а ДАД – 22-43 мм рт. ст. У 59,9% больных со стабильной и у 33,5% детей с лабильной ПАГ вариабельность АД была повышенной как для САД, так и ДАД. У 16,6% больных со стабильной ПАГ было повышено стандартное отклонение ДАД за все периоды суток. Существенный интерес представляла группа пациентов с “высоким нормальным АД”: у 49,1% обследованных имела место неадекватная реакция АД на психичес-

кую и/или физическую нагрузку; у 34,2% детей данной группы выявлена недостаточная степень снижения АД в ночное время.

Таким образом, СМАД позволило получить более глубокую информацию об уровне и характере изменений АД в течение суток, степени адекватности его изменений при фазах сна и бодрствования, психической и физической активности, расширило возможность проведения дифференциальной диагностики гипертензивных состояний и осуществить индивидуальный подход к хронотерапевтическим схемам антигипертензивных мероприятий.

МАЛЫЕ СЕРДЕЧНЫЕ АНОМАЛИИ И СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ

С.С. ОСТРОПОЛЕЦ, Г.И. БАЕШКО, К.В. ВИНОГРАДОВ,
Л.В. ЕРМОЛИНА

Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

Нарушения ритма сердца у детей являются актуальной проблемой клинической медицины, в частности педиатрии. В последние годы, благодаря широкому внедрению ультразвуковых методов диагностики, обращает внимание сочетание аритмий у детей с различными проявлениями дисплазии соединительной ткани (ДСТ) сердца. Известно, что особенностью развития соединительной ткани является ее участие в формировании сердца практически на всех этапах онтогенеза. Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о том, что в основе синдрома ДСТ лежит генетически детерминированный дефект коллагена, проявляющийся снижением содержания отдельных его видов или нарушением их соотношения, что ведет к изменению структуры соединительной ткани.

Целью настоящего исследования было изучение частоты и характера малых сердечных аномалий у детей с различными нарушениями сердечного ритма.

Объектом исследования явились 53 ребенка в возрасте от 0 до 16 лет (29 мальчиков и 24 девочки), находившихся на лечении в отделении детской кардиохирургии и реабилитации ИНВХ им. В.К. Гусака АМН Украины. Все дети имели нарушения сердечного ритма: 16 детей – номотопные (8 – хроническую синусовую тахикардию, 4 – синусовую аритмию, 4 – синусовую брадикардию), 23 ребенка –

гетеротопные нарушения ритма (18 – экстрасистолию, 4 – пароксизмальную тахикардию, 2 – мерцательную аритмию). У 6 пациентов имели место нарушения проведения импульса возбуждения: атриовентрикулярная блокада (4 чел.) и внутрижелудочковая блокада (2 чел.). У 14 больных констатированы сочетанные нарушения образования и проведения импульса возбуждения: у 3 – синдром слабости синусового узла, у 2 – синдром WPW, у 3 – синдром укороченного интервала PQ, у 6 – синдром удлиненного интервала QT.

При ультразвуковом исследовании сердца патологические изменения в виде различных вариантов малых сердечных аномалий выявлены у 82,4% больных, из них дополнительные хорды желудочков сердца – у 31,0%, пролапс митрального – у 48,4% и трикуспидального клапанов – у 22,8% обследованных. Сочетание пролабирования клапанов и аномальной хорды имело место у 18,6% больных. Обращало внимание наличие у 12,5% пациентов с аритмиями более редких проявлений ДСТ сердца, таких как пролапс аортального клапана, аневризма межжелудочковой перегородки, двустворчатый клапан аорты. Митральная регургитация различной степени имела место у 36,9% детей с пролабированием митрального клапана. Более чем у половины обследованных (57,2%) отмечены стигмы дизэмбриогенеза со стороны ушных раковин, позвоночника, суставов, желчного пузыря, мочевыводящих путей, подтверждающие наличие синдрома ДСТ. Результаты проведенного скрининга мочи в условиях биохимической лаборатории наследственных болезней обмена веществ позволили констатировать у 21,8% детей различные нарушения в виде измененного уровня пролина, визуализированного оксипролина, гликозаминогликанов.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о значительной частоте малых сердечных аномалий у детей с нарушениями ритма сердца. Указанное позволяет предположить возможность значения ДСТ в генезе нарушений ритма сердца у детей и наличие единых механизмов их развития.

ПОСТОЯННАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ БРАДИАРИТМИЯХ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ПРИ ВРОЖДЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ

А.С. КУЗНЕЦОВ, Н.Ю. ЗАГАЙНОВ, А.О. РАЩУПКИН,
И.А. ГЛАДЫШ

Институт неотложной и восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака АМН Украины, г. Донецк

В последние десятилетия произошли существенные изменения в структуре кардиоревматологической патологии у детей. Если раньше основными заболеваниями были ревматизм и врожденные пороки сердца (ВПС), то в настоящее время на одно из первых мест выходят так называемые функциональные болезни сердца и сосудов, среди которых ведущая роль принадлежит нарушениям сердечного ритма и артериальной гипертензии. Ведущее место в структуре сердечно-сосудистых заболеваний у детей с конца XX века занимают нарушения сердечного ритма и проводимости (НриПС). Всемирный прогресс в области медицинской электроники и компьютерной технологии определил возможность внедрения в клиническую практику все более сложных систем, направленных на поддержание жизненных функций человека и улучшение здоровья и качества его жизни. Значение аритмий определяется их распространенностью, склонностью к хроническому течению, высоким риском внезапной смерти. По данным В.В. Бережного с соавт. от 50 до 70% детей с кардиологической патологией госпитализируются в связи с НриПС. Интерес к проблеме сердечных аритмий со стороны клиницистов с начала 80-х годов постоянно поддерживался неудовлетворенностью существующими методами лечения на фоне неуклонного повышения удельного веса нарушений ритма среди кардиологической патологии у детей.

Целью настоящей работы был анализ результатов имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС) у детей при брадиаритмиях, возникших после оперативной коррекции ВПС и при врожденных НриПС.

В отделении кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака АМН Украины с 1997 по 2002 гг. по поводу врожденных и приобретенных НриПС было прооперировано 24 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет, из них 15 мальчиков и 9 девочек. Первую группу составили 10 детей с врож-

денними НриПС, вторую – 14 больных с ятрогенными (послеоперационными) повреждениями проводящей системы сердца. Все дети были оперированы.

Применение постоянной электростимуляции (ЭС) у детей остается одной из наиболее актуальных проблем в аритмологии. Показаниями к оперативному лечению при врожденных НриПС считали наличие синкопальных состояний или выраженные нарушения гемодинамики. Операция имплантации ЭКС у детей отличается от подобной у взрослых. Осложнения госпитального периода нами не отмечены. Отдаленные осложнения постоянной ЭС были у 9 (37,5%) детей. Высокий процент осложнений связан с возрастными особенностями: увеличением массы тела и роста, быстрым развитием мускулатуры, тонким слоем подожно-жировой клетчатки, активным или пассивным образом жизни и т.д.

Применение электрокардиостимуляции у детей выполняется по жизненным показаниям. Для полноценной жизни ребенка с НриПС необходимо применение высокотехнических моделей, имеющих двухкамерный режим стимуляции, функции частотной адаптации, длительный срок эксплуатации.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА НЕФРИТИ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ І ЦИТОМЕГАЛІЇ

В.О. ФЬОКЛІН, ХАМДАН Х.Ф. ХАМДАН
Харківський державний медичний університет

При обстеженні 69 дітей віком від 3 до 14 років, хворих на нефрити, методом ІФА-діагностики встановлено, що інфікованість HSV і HCMV серед них складає 59,4% (41 дитина). Клінічний аналіз перебігу довів, що HSV і HCMV не є провідним чинником у розвитку конкретного клінічного синдрому чи форми нефритів. Порівняльний аналіз преморбідного фону у інфікованих дітей, проведений за 19-ма параметрами, виявив високий індекс його обтяженості (4,61 фактора на одного хворого), що перевищує в 1,7 раза у неінфікованих хворих. У дітей, хворих на гострий гломерулонефрит (ГГН) і гострий тубулоінтерстиціальний (ГТІН), асоційовані з HSV і HCMV, з найбільшою частотою зустрічалися наступні фактори преморбідного фону: пато-

логія нирок у батьків, патологічний перебіг вагітності та пологів у матерів, раннє застосування штучного вигодовування дітей, диспластичний статус, високий показник інфекційного індексу і відставання у фізичному розвитку. Ехоскопічне дослідження паренхіматозних органів черевної порожнини встановило, що найбільш реактогенними були печінка і селезінка, частота ураження яких складала 90,3 і 77,4% у дітей, хворих на ГГН і ГТІН, асоційовані з HSV і HCMV, у той час як у неінфікованих дітей ці показники не перевищували 55,6 і 27,8% відповідно. Висока чутливість та специфічність зазначених параметрів у інфікованих дітей дозволяють рекомендувати їх в якості додаткових критеріїв для обстеження на HSV і HCMV.

Дослідженнями доведено, що загальноприйняті критерії активності запального процесу (АлАТ, АсАТ, СРБ, ШОЕ, сіалові кислоти та ін.) мають низьку чутливість порівняно з відхиленнями показників стану системи перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту (ПОЛ/АОЗ). Визначено, що висока активність запального процесу в нирках у інфікованих дітей відповідає суттєвому дисбалансу в системі ПОЛ/АОЗ, який зумовлений достовірним пригніченням ферментів АОЗ (каталаза (CAT) – $p < 0,001$, пероксидаза (Px) – $p < 0,001$, відновлений глутатіон (GSH) – $p < 0,001$) і відображає стан оксидативного стресу.

Визначено кореляційний зв'язок середньої сили між тубулярними функціями за екскрецією титрованих неорганічних кислот ($r = -0,67$, $p < 0,001$) і екскрецією канальцями аміаку ($r = -0,60$, $p < 0,001$) зі зниженням активності CAT у дітей, хворих на ГТІН, асоційований з HSV і HCMV.

Використано розроблений спосіб лікування дітей, хворих на ГГН, асоційований з HSV і HCMV, із застосуванням віролексу і реаферону ($n = 17$), ефективність якого оцінювалась за динамікою клінічних проявів захворювання та активністю ферментів АОЗ (CAT, Px, GSH) порівняно з групою дітей, інфікованих HSV і HCMV, у яких використовувалися природні антиоксиданти, вітамін Е та есенціале ($n = 10$).

Ранніми клінічними проявами були підвищення апетиту, емоційного тону та фізичної активності. При наявності підвищеної температури тіла її показники нормалізувалися на 5-7-й день лікування, як і показники артеріального тиску, добового ритму діурезу та ін. До терміну закінчення лікування віролексом і реафероном ліквідувати еритроцитурію не вдалося лише у 3 (17,6%) дітей, протеїнурію – у однієї. Використання противірусних препаратів було більш ефективним щодо ліквідації оксидативного стресу та функціональних порушень нирок порівняно з використанням вітаміну Е та есенціале. У дітей, у яких використовувалися природні антиоксиданти, не вдалося ліквідувати дисбаланс у системі ПОЛ/АОЗ.

ДІАГНОСТИЧНА ОЦІНКА СТАНУ ЦНС ПЛОДА, НОВОНАРОДЖЕНИХ І ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ МЕТОДАМИ СУЧАСНОЇ НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ (МРТ І МРС)

Л.Г. КИРИЛОВА, В.О. РОГОЖИН, С.П. ПИСАРЕВА,
З.З. РОЖКОВА, Л.А. МИРОНЯК, О.В. РЯБІКІН
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України
Науково-діагностичний центр “Здоров’я літніх людей”
АМН України

Рання діагностика уражень центральної нервової системи (ЦНС) в пре- і постнатальному періодах у дітей групи високого ризику є основою профілактики перинатальних уражень нервової системи. З одного боку, раннє виявлення вад розвитку головного мозку і своєчасно проведена елімінація вагітності допоможуть знизити частоту природжених вад розвитку головного мозку (ВВРМ) в країні, з іншого – оберегти родину від тяжкого страждання мати хвору, найчастіше, некурабельну, соціально дизадаптовану дитину.

За період 2000-2003 рр. проведено комплексні обстеження 137 плодів вагітних жінок (у терміні гестації 22-39 тижнів) групи високого ризику народження дитини з патологією нервової системи. Зазначена група вагітних була прищільно відібрана разом з акушерами-гінекологами. Показаннями для обстеження плодів методами магнітно-резонансної томографії (МРТ) і магнітно-резонансної спектроскопії (МРС) були вагітні, у яких при ультразвуковій діагностиці підозрювали порушений розвиток ЦНС плода ($n = 43$), вагітні з порушенням репродуктивної функції ($n = 72$) і вагітні з наявністю інфекції групи TORCH ($n = 22$).

Аналіз отриманих результатів дослідження свідчить, що можливості пренатальної діагностики удосконалюються завдяки широкому впровадженню в медичну практику ультразвукового і доплерографічного обстеження мозку плода. Можливості діагностики внутрішньоутробних уражень мозку сучасними новітніми методами (МРТ і МРС) відкривають широкі перспективи для ранньої діагностики, правильного тлумачення діагнозу і вибору адекватної медичної тактики при підозрі на перинатальну патологію.

З чутливістю 98%, специфічністю 100% і точністю 100% метод МРТ є високоефективним в діагностиці вад розвитку ЦНС та може бути рекомендований для обов’язкової якісної оцінки патології структур мозку плода при суперечливих чи сумнівних випадках діагностики

патології ЦНС іншими методами пренатальної діагностики. Для кількісної оцінки метаболітів мозку (NAA, Cho, Cr, Ino) в еволюції ЦНС уперше в Україні використано метод МРС, за допомогою якого можна конкретизувати гіпоксично-ішемічні ураження мозку плода і прогнозувати ступінь асфіксії у новонароджених.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В СФЕРЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕДИАТРИИ

Ж.П. ГУДЗЕНКО, Е.В. КОРОТКАЯ.

Украинский институт экологии человека
Научно-производственный центр “ЛОГОС”

Понимание клиницистами сущности заболевания с точки зрения расшифровки механизма повреждения и устранения звеньев патологического процесса связано с клинической патофизиологией, с точки зрения достижения и поддержания необходимого уровня здоровья – с формированием и целесообразным использованием адаптационно-компенсаторных резервов, в том числе их перераспределением в динамике процессов саморегуляции и системной перестройки. Этот аспект врачебной деятельности связан с клинико-физиологическим анализом, который опирается на фундамент физиологии. Именно физиологические закономерности естественных технологий живых систем, как наиболее совершенных и высоко технологичных (А.М. Уголев, 1990), реализуемых предельно экономно и эффективно, должны быть предпосылкой медицинских лечебно-восстановительных и превентивно-оздоровительных технологий, обосновывая системно-интегративный подход в качестве одного из адекватных и результативных в сфере создания новых медицинских технологий для научно обоснованной медицинской практики. Разработка медицинских лечебных технологий на указанной основе предполагает систематизацию медицинских воздействий и определение объема и направленности системомодулирующих лечебных факторов в соответствии с естественными технологиями живых систем.

С учётом особенностей обмена веществ, роста, развития и продолжающейся дифференцировки тканей детского организма научное обоснование лечебно-восстановительных и превентивно-оздоровительных медицинских технологий с позиций физиологических

закономерностей и системно-интегративного подхода особенно важно в педиатрии.

Проведен клинико-физиологический анализ разработанных нами эффективных лечебно-восстановительных технологий достаточно большого числа мультифакторных заболеваний в детском возрасте, в том числе считавшихся неизлечимыми (Ж.П. Гудзенко, Е.В. Короткая, 1991-1996), с оценкой ближайших и отдаленных результатов лечения 930 детей и подростков в возрасте 5-18 лет и изучением восстановления функционально-структурной организации тканей в динамике использования разработанных нами медицинских технологий по данным электронной микроскопии. Полученные результаты свидетельствовали о первостепенном значении правильной локализации инициального звена, побудившего систему к перестройке, и важной роли фактора субстратного обеспечения соответственно назначению лечебно-восстановительных технологий активировать и/или корригировать звенья подсистем и системы, реализующие естественные технологии.

В итоге мы попытались определить перспективную направленность инноваций в области медицинских лечебных технологий и обосновывающие их физиологические принципы. Таковыми являются принципы: 1) активации механизма саморегуляции; 2) адекватности субстратного обеспечения процессов регенерации и системной перестройки; 3) эффективности и полезности, что предполагает возрастание физиологического эффекта с учётом соответствия ткани той функции, которую она выполняет; 4) минимизации метаболических затрат на восстановление; 5) дифференцированной оптимизации подсистем.

Указанные физиологические принципы станут полноценно востребованными в повседневной клинической практике при условии сокращения разрыва между современными фундаментальными и прикладными науками.

СУЧАСНИЙ ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

С.Є. ФОКІНА, Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, О.Г. ДОЛЖЕНКО*

Буковинська державна медична академія

*МДКЛ № 1 м. Чернівці

Захворювання органів дихання значно поширені серед дитячого населення та мають велику питому вагу в структурі захворювання. У літературі вказується на труднощі визначення реальної поширеності окремих нозологічних форм захворювань органів дихання. На це впливає тенденція до обмеження рентгенологічної діагностики при чіткій клінічній картині, недостатнє використання інших методів променевої діагностики. Ультрасонографічне дослідження органів грудної клітки в режимі реального часу у дітей має значні переваги, оскільки не несе променевого навантаження, є доступним та може використовуватись багаторазово у динаміці.

У нашій клініці з 1999 року проводиться апробація та впровадження у практику діагностичних алгоритмів при гострих захворюваннях органів дихання у дітей на підставі ультрасонографічного методу. Нами було обстежено 89 дітей раннього та дошкільного віку: з гострими пневмоніями – 61 (68,5%) дитина та гострими бронхітами – 28 (31,5%). Проводилося вивчення даних медичної карти стаціонарного хворого, повне клінічне та ультрасонографічне обстеження органів грудної клітки при вступі до стаціонару та у динаміці лікування. В усіх дітей виконувалися лабораторні дослідження крові та рентгенологічне дослідження органів грудної клітки у двох проекціях при вступі та при виписці дитини. Ультрасонографічне обстеження реєструвалося на відеоплівку з подальшим перенесенням зображення у комп'ютер і спеціальною цифровою обробкою та визначенням щільності за шкалою. Результати оброблялися статистичними та епідеміологічними методами.

За нашими даними, відповідність ультрасонографічного діагнозу клінічній картині в цілому по групі хворих із пневмоніями складає 100%, у хворих із бронхітами – 89%. Чутливість цього методу при одноразовому дослідженні у всіх дітей – 88,5%, специфічність – 89%, позитивна прогностична цінність та значущість – 92%. Цікавими є дослідження у динаміці лікування. При проведенні ультрасонографії органів грудної клітки повторно звертала на себе увагу більша

відповідність ультразвукової картини клінічним даним (98,9%) та менша – даним загального аналізу крові (76%). Кореляційний взаємозв'язок між ультразвуковими даними у динаміці, клінічними та лабораторними показниками достовірний сильний, коефіцієнт кореляції складає у різних групах хворих від 0,89 до 0,94 ($p < 0,05$). При визначенні ехографічної щільності інфільтратів легеневої тканини відмічено залежність між меншою щільністю запальної тканини при пневмонії та тривалістю захворювання. Дитина з низькою ехографічною щільністю запалення має в 2,6 рази прогностично вищий ризик несприятливого перебігу захворювання. У двох третин дітей із пневмоніями визначались також явища міжчасточкового плевриту різної інтенсивності, які діагностовано рентгенологічно лише у однієї дитини.

Зважаючи на вказане, нами запропоновано такий діагностичний алгоритм при гострих захворюваннях органів дихання у дітей: проведення рентгенографічного дослідження у двох проекціях при зверненні дитини (вступ до стаціонару), проведення ультразвукового дослідження із відеопотоком цього ж дня, проведення ультразвукового дослідження у динаміці лікування (кожні 3-4 дні), проведення контрольного ультразвукового дослідження через 3-5 діб після нормалізації клініко-лабораторних даних.

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ПОРУШЕННЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТА РЕЦИДИВУЮЧИЙ БРОНХІТИ, ЗА ДАНИМИ ЕКГ ТА ЦГД

В.П. КАНДИБА, К.Г. КОЛІУШКО, О.М. ПЛАХОТНА
Харківський державний медичний університет
Обласна дитяча консультативна поліклініка, м. Харків

Серцево-судинні порушення у дітей з хронічним (ХБ) та рецидивуючим (РБ) бронхіт є вторинними і розвиваються паралельно прогресуванню та збільшенню тяжкості перебігу основного захворювання.

Під спостереженням перебувало 27 дітей, хворих на ХБ, віком 7-15 років, 29 дітей, хворих на РБ, віком 5-13 років; контрольну групу склали 20 практично здорових дітей. ЕКГ у дітей, хворих на ХБ та РБ, характеризувалась тахікардією ($84,5 \pm 5,8\%$ – ХБ та $76,0 \pm 4,3\%$ – РБ), ознаками збільшення навантаження на відповідні відділи се-

рця ($56,4 \pm 3,6\%$ – ХБ; $28,2 \pm 2,8\%$ – РБ); уповільнюванню як внутрішньошлуночкового проведення-неповна блокада правої ніжки пучка Гіса ($76,5 \pm 4,7\%$ – ХБ; $72,1 \pm 5,2\%$ – РБ), а також атріовентрикулярного проведення ($47,1 \pm 2,7\%$ – ХБ; $20,4 \pm 1,8\%$ – РБ). На ці зміни накладаються ознаки транзиторного порушення електролітного дисбалансу (гіпокаліємія – подовження інтервалу QT, зниження амплітуди зубця T у відведеннях I, II, III, F, L, V_{4-6} , поява позитивного зубця U у відведеннях V_{2-3} ; гіпокальціємія – подовження інтервалу QT за рахунок ізоелектричного сегменту ST; рівнобічний зубець T, збільшення систолічного показника), а також гіпоксичні зміни у міокарді, більш виражені у дітей, хворих на хронічний бронхіт ($84,5 \pm 3,7\%$ – ХБ; $42,1 \pm 4,3\%$ – РБ) – зміщення інтервалу ST, деформація зубця T.

Дослідження параметрів центральної гемодинаміки у хворих на РБ не мали достовірної різниці порівняно з контрольною групою, відмічено лише тенденцію до зниження пульсового кровонаповнення та збільшення загального периферичного опору. Хворі на ХБ з помірною обструкцією на момент обстеження мали достовірне зниження ударного об'єму та збільшення периферичного опору порівняно з хворими на РБ та контрольною групи.

Дані зміни на ЕКГ та ЦГД у дитячому віці зворотні і носять компенсаторно-приспосувальний, а метаболічні порушення – транзиторний характер. Але у дітей, хворих на ХБ, наявність у періоді ранньої реконвалесценції ознак гіпоксичних змін у міокарді вимагає більш тривалого проведення дезінтоксикаційної та кардіотрофічної терапії.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГІПОКСІЮ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Т.В. СІРЕНКО, К.Г. КОЛІУШКО, О.М. ПЛАХОТНА,
І.В. ГЛУЩЕНКО

Харківський державний медичний університет
Обласна дитяча клінічна лікарня № 1, м. Харків

Знання стану серцево-судинної системи у новонароджених, розуміння характеру патофізіологічних змін при перинатальній гіпоксії дуже важливо, тому що ця система визначає компенсаторні можливості дитини в момент тривалої гіпоксії, зумовлює тяжкість і трива-

лість збереження змін з боку інших органів і систем.

Метою роботи була оцінка стану серцево-судинної системи в ранньому постнатальному періоді у новонароджених з перинатальним гіпоксичним ураженням ЦНС.

Проведено комплексне обстеження 36 новонароджених раннього неонатального періоду з гіпоксичним ураженням ЦНС. Усі діти знаходилися на лікуванні у ВРІТ ОДКЛ № 1.

Діагноз гіпоксичних уражень ЦНС верифікували згідно з МКБ-10 на підставі анамнестичних даних про стан здоров'я матері, характеру перебігу вагітності та пологів, неврологічного обстеження дітей із зіставленням з результатами нейросонографічного дослідження.

Всі обстежені діти мали клінічні прояви гіпоксичного і гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС із перших годин життя і їхній стан розцінювався як тяжкий та дуже тяжкий. У більшості новонароджених (86%) у першу добу після народження відмічалися ознаки порушення центральної та периферичної гемодинаміки. Симптоми постнатальної дизадаптації серця до гіпоксії відмічалися у вигляді послаблення серцевих тонів у 18 дітей.

Вивчення серійних ЕКГ у 36 новонароджених, які перенесли перинатальну гіпоксію, свідчать, що зміни ЕКГ у новонароджених пов'язані з ішемічним ураженням ділянок міокарда і тимчасовим зниженням їхньої функціональної можливості. Швидка позитивна динаміка наступних двох-трьох тижнів життя дає підставу вважати описані процеси зворотними, характер і тривалість яких залежать від тяжкості та тривалості гіпоксії.

При дослідженні стану ЦГД методом ехокардіографії нами відмічено більш швидке відновлення фракції вигнання у дітей, які перенесли гостру гіпоксію (до 3-4-го дня), ніж у новонароджених з тяжким гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС.

Проведене патоморфологічне дослідження дозволило виявити гіпоксичне ураження міокарда як складову частину тяжкої асфіксії. У всіх дітей виявлено вогнищеві дистрофічно-некротичні зміни кардіоміоцитів у субендокардіальних відділах як правого, так і лівого шлуночків.

Виявлені зміни можна трактувати як постгіпоксичну дизадаптацію серцево-судинної системи, в основі якої лежить гіпоксія міокарда і супутні їй метаболічні порушення, які необхідно враховувати при лікуванні основного захворювання.

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ, УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ У ДІТЕЙ

А.І. КОЖЕМ'ЯКА, Т.В. СІРЕНКО, В.П. КАНДИБА,
В.А. КЛИМЕНКО, О.М. ПЛАХОТНА, Д.Т. ДРЕВАЛЬ,
В.О. МАРКОВ, В.К. ШМУЛИЧ
Харківський державний медичний університет

Епідеміологічними дослідженнями згідно з програмою IS SAC встановлено, що в Східному регіоні України (Харківщина) частота алергодерматозів складає $156,25 \pm 3,15\%$, в тому числі atopічного дерматиту (АД) — $55,5 \pm 1,9\%$, що значно перевищує офіційні статистичні показники за зверненнями хворих. Суттєво вищі показники захворювань відмічено у мешканців міста (в 1,8 раза), ніж у дітей сільської місцевості.

Серед факторів ризику у виникненні алергодерматозів у дітей potwierджено роль спадковості (60%), атонічної конституції, раннього штучного вигодовування, безконтрольного використання медикаментів. Тригерними факторами частіше виступали різні алергени (харчові, побутові, бактеріальні та грибкові). У більшості зареєстровано (92,0%) полівалентну сенсibiliзацію. Для об'єктивізації оцінки стану хворого використано шкалу SCORAD та обсерваційні протоколи діагностики атонічного дерматиту. Встановлено переважання ексудативної форми АД (25%) у дітей раннього віку, еритематозно-пуригінозної форми — у дітей дошкільного та раннього шкільного віку (24,5%), сквамозно-лихеноїдної — у дітей старшого віку (23,6%). Дермо-респіраторний синдром спостерігався у 27,4% дітей. Імунологічним маркером atopії у 75,5% дітей був високий рівень загального IgE сироватки крові.

В периферичній крові відмічено зниження кількості CD3+ й CD4+ лімфоцитів. В біоптатах уражених ділянок шкіри спостерігалась активація CD4+ лімфоцитів (фенотипу T112). Морфологічні зміни в шкірі залежали від гостроти запального процесу: при гострому запаленні мікроскопічно виявлено ознаки епідермального спонгіозу і периваскулярної інфільтрації переважно нейтрофілами, подекуди еозинофілами; при хронічному запаленні — спостерігалися потовщення епідермісу, склероз папілярної лінії, інфільтрація базальної мембрани лімфоцитами, еозинофілами, макрофагами та мастоцитами.

Розроблено стандартизовані протоколи лікування дітей, хворих на АД, з диференційованим використанням мазей вітчизняного ви-

робництва “Фладекс”, “Карбодерм” та топікальних кортикостероїдів “Дермовейт”, “Злоком”, “Адвантан”.

Визначення поширеності алергодерматозів в дитячій популяції м. Харкова та Харківської області, удосконалення ранньої діагностики, оптимізація засобів патогенетичної терапії з урахуванням клінічної форми і періоду захворювання сприяло скороченню строків перебування у стаціонарі, зменшенню частоти рецидивів, поліпшенню якості життя, що дало можливість реально контролювати перебіг захворювань у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ПОСТНАТАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

С.О. МОКІЯ, Н.В. ВАСИЛЕНКО

ФПО Дніпропетровської державної медичної академії,
м. Кривий Ріг

За даними ВОЗ, маса тіла при народженні є найважливішим критерієм виживання і нормального розвитку. Серед дітей з малою масою значна частка припадає на новонароджених, які навіть при доношеній вагітності мають низькі показники фізичного розвитку.

Метою нашої роботи було встановлення закономірностей перебігу неонатального періоду у доношених новонароджених із затримкою внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР), оскільки особливості постнатальної адаптації значною мірою визначають стан здоров'я та якість життя у наступному.

Проаналізовано наслідки спостереження за 119 доношеними немовлятами зі ЗВУР (основна група), контрольну групу склали 55 здорових новонароджених. До основної групи не включалися діти з клініко-анамнестичними або лабораторними ознаками внутрішньоутробного інфікування.

Діти із затримкою внутрішньоутробного розвитку значно частіше народжувалися в асфіксії порівняно з немовлятами, які при народженні мали відповідні гестаційному вікові антропометричні показники (χ^2 -square: 5,19292, $df=1$, $p=0,022686$). Так, асфіксію при народженні було діагностовано у 14,63% дітей з гіпотрофічним варіантом (в усіх випадках середньої тяжкості) та у 20,51% дітей з

гіпопластичним варіантом (середньої тяжкості – в 14,10% випадків, тяжка – в 6,41%), в той час як серед дітей контрольної групи асфіксію встановлено у 5,45% дітей (в усіх випадках – середньої тяжкості). У більшості дітей зі ЗВУР спостерігалися різної вираженості ознаки перинатального ураження нервової системи. Так, серед дітей з гіпотрофічним варіантом ЗВУР перинатальні ураження ЦНС було діагностовано у 70,8%, в той час як у гіпопластиків такий діагноз було встановлено в 78,2% випадків. Діти ж контрольної групи мали симптоми перинатального ураження ЦНС достовірно рідше – в 54,5% випадків (Chi-square: 8,51966, df=1, p=0,003516). Результати проведених досліджень свідчать про те, що у дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку значно частіше (порівняно з дітьми контрольної групи) перинатальні ураження ЦНС проявлялися синдромом пригнічення, більш несприятливим у прогностичному відношенні порівняно з синдромом підвищеної збудливості.

Кон'югаційні жовтяниці, які не підпадали під критерії фізіологічної, у групі гіпотрофіків виявлялися в 34,1% випадків (14 дітей), в групі дітей з гіпопластичним варіантом – в 16,7% випадків (13 дітей), в контрольній групі – в 9,1% (5 новонароджених). Різниця в частоті виникнення жовтяниць між окремими групами новонароджених зі ЗВУР була достовірною (Chi-square: 4,63427, df=1, p=0,031347).

Геморагічні розлади спостерігалися у 4,78% (2 новонароджених) дітей з групи гіпотрофіків та у 10,25% (8 новонароджених) – з групи гіпопластиків, в контрольній групі геморагічних розладів ми не спостерігали (Chi-square: 4,90367, df=1, p=0,026807).

Отже, затримка внутрішньоутробного розвитку і при доношеній вагітності не обмежується недостатнім фізичним розвитком, наявність даного синдрому є суттєвим фактором ризику порушення постнатальної адаптації, що найчастіше проявляється неврологічною симптоматикою, гіпербілірубінемією внаслідок незрілості ферментативних систем та порушеннями гемостазу.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІПОПЛАЗІЇ ЛЕГЕНІВ У ДІТЕЙ

С.О. МОКІЯ, Д.І. ШУЛЬГА, С.Д. ШУЛЬГА

Дніпропетровська державна медична академія, м. Кривий Ріг

В теперішній час загально визнаним є те, що локалізовані форми гіпоплазії легенів з хронічним прогресуючим запальним процесом у недорозвиненій ділянці підлягають оперативному втручанням. Оцінка якості хірургічного лікування повинна проводитися у віддалені строки після операції з обов'язковим включенням до діагностичного процесу усього комплексу клінічних, інструментальних та функціональних методів обстеження хворих.

Було обстежено 71 дитину з простою і 10 з кістозною формою гіпоплазії легенів, прооперованих в Дитячому торако-пульмонологічному центрі м. Кривого Рогу: 71 (87,7%) хворий переніс лобектомію, 7 (8,6%) – комбіновану резекцію, 2 (2,5%) – білобектомію, 1 (1,2%) – двобічну резекцію. Хворих обстежено в строки від 3 до 13 років з часу проведення оперативного втручання. До комплексу досліджень включали загальноклінічне і біохімічне дослідження крові та сечі, спірографію та пневмотахометрію, бронхоскопію з наступним мікроскопічним дослідженням змивів з бронхіального дерева, рентгенографію органів грудної порожнини. Окрім перерахованих обстежень, усім хворим проводилося реографічне дослідження легенів та серця, що включало проведення біполярної 6-канальної реопульмонографії – для оцінки вентиляції та кровообігу в прооперованій зоні, суміжних ділянках та контрлатеральній легені, тетраполярної реокардіографії за Кубічеком і Тіщенко – для оцінки змін центральної гемодинаміки, біполярної реографії аорти і легеневої артерії – для оцінки функції шлуночків серця і визначення типу гемодинаміки малого кола кровообігу.

Скарг при обстеженні не було у 48% хворих, кашель з гнійним та слизово-гнійним мокротинням було зареєстровано лише у 20 (24,7%) обстежених (до операції у 92,6%), задишку — у 23 (28,4%) дітей (до операції у 52,2%). Загальний стан у більшості хворих (64,2%) був задовільним (до операції лише у 16,3%). Потреба в проведенні бронхоскопії виникла у 24 (30,0%) хворих. Двобічний запальний процес в бронхах зареєстровано лише у 10 (12,3%) пацієнтів (до операції у 22,4%). Однобічний гнійний та слизово-гнійний ендобронхіт спостерігався у 10 (12,3%) хворих (до операції у 93,5%). За даними спіро-

графії нормальні показники вентиляційної здатності виявлялися у 14 (17,3%) обстежених (до операції у 2,2%). Різкі зміни вентиляційної здатності зареєстровано лише у 5 (6,2%) пацієнтів (до операції у 22,1%). Для більшості ж хворих (76,5%) був характерний помірний ступінь змін вентиляції змішаного характеру.

За даними реопульмографії нормальні показники вентиляції в зоні резекції були в межах вікових норм і навіть її перевищували у 61,4% пацієнтів, що свідчить про компенсацію видалених частин легень здоровими ділянками. Інтенсивність кровонаповнення в зоні резекції залишилася на тому ж рівні у 86,1% обстежених, але легенева гіпертензія не прогресувала у 95,4% прооперованих. За даними поліреокардіографії нормалізація показників центральної гемодинаміки настала у 63,6% прооперованих, ознаки значної легеневої гіпертензії відмічено лише у 25,9% обстежених (до операції у 96,8%).

Таким чином, результат оперативного лікування гілоплазії легень у дітей оцінено як добрий у 71,7% обстежених, задовільний — у 27,2%, незадовільний — у 1,1%. Летальних випадків не було.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕНЕТИЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Т.В. СОРОКМАН, С.В. СОКОЛЬНИК, Н.О. ЗИМАГОРОВА
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

При генетичному вивченні природи багатьох захворювань їх позначають як мультифакторіальні. Оскільки виразкова хвороба відноситься до мультифакторіальних хвороб, визначення внеску спадкового фактора в її формування є необхідною умовою правильного лікування, профілактики ускладнень, прогнозу рецидивів.

Метою дослідження було вивчення особливостей генетичного статусу у дітей, хворих на виразку шлунка та ДПК. Під нашим спостереженням знаходилось 40 дітей шкільного віку, хворих на виразку шлунка (7) та ДПК (33).

Клініко-генетичні дослідження проводилися на базі гастроентерологічного та медико-генетичного відділень. Всім дітям проводилося загальноклінічне, біохімічне дослідження з ендоскопічною верифікацією діагнозу. Культивування лімфоцитів периферичної крові проводилось за методом Р. Мурхеда з дослідженням кількості хро-

мосом на метафазній пластинці. Опрацювання результатів дослідження проводилось на оптично-комп'ютерній системі "AXIOLAB" за програмою "Метаскан-2". Статистична обробка даних проводилась на персональному комп'ютері за спеціальною програмою Statistika (версія 4.3).

Аналізували частоту асоціацій акроцентричних хромосом (ААХ) та хромосомних аберацій (ХА) як цитогенетичні маркери. Враховуючи вікову мінливість каріотипу, звертали увагу на зміни в частоті клітин з ААХ. Так, якщо у дітей віком 6-8 років частота ААХ складала 15,6%, то у дітей 15-18 років – 20,9%. Отже, з віком зменшується здатність до елімінації ААХ. Виявлено зміни каріотипу у дітей, хворих на виразкову хворобу, залежно від наявності спадкової схильності. У хворих зі спадковою схильністю частіше спостерігалися асоціації акроцентричних хромосом, хроматидні обміни, атипіві хромосоми, зменшувалася кількість фрагментів. Особливу увагу привернула наявність у каріотипі 20% дітей, хворих на виразку ДПК зі спадковою схильністю, хромосомних розривів. Будь-якої залежності частоти від статі та віку нами не виявлено. У 5,7% дітей зареєстровано дицентричні хромосоми, що свідчить про нестабільність генотипу у хворих дітей.

Необхідним компонентом у визначенні генетичного статусу у дітей, хворих на виразку шлунка та ДПК, було встановлення частоти ААХ і ХА залежно від ступеня тяжкості хвороби та локалізації виразкового дефекту. Виявлено, що сумарні значення частоти ААХ у хворих дітей були вищими порівняно зі здоровими в 1,3 раза. Частота ХА корелювала зі ступенем тяжкості хвороби. При легкому перебігу хвороби показник ААХ складав $7,8 \pm 0,17\%$, при середньому ступені тяжкості – $14,9 \pm 0,02\%$, а при тяжкому – $18,9 \pm 0,12\%$. Залежності показника ААХ від локалізації виразкового дефекту нами не виявлено. Показник ХА при локалізації дефекту на слизовій оболонці ДПК був дещо вищим, ніж при локалізації дефекту на слизовій оболонці шлунка ($7,8 \pm 0,12$ та $5,2 \pm 0,14\%$ відповідно, $p > 0,05$). У здорових дітей цей показник складав $2,1 \pm 0,02\%$ ($p < 0,05$).

Серед обстежених дітей нами було виділено групу осіб (6), у яких спадковість була обтяжена по материнській та батьківській лініях. Цитогенетичні показники у цих дітей були найвищими (ААХ — $19,9 \pm 0,13\%$, ХА – $8,9 \pm 1,1\%$).

Таким чином, цитогенетичні показники можуть служити додатковим критерієм ступеня тяжкості перебігу виразкової хвороби у дітей.

СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕГКИЕ-ФИБРИНОЛИЗ-ГЕМОСТАЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Е.В. ШАРИКАДЗЕ, В.А. ФЕКЛИН

Харьковский государственный медицинский университет

Целью исследования было определение состояния регуляторной системы легкие-фибринолиз-гемостаз у детей раннего возраста, больных острыми заболеваниями органов дыхания (ОЗОД), в зависимости от локализации и распространенности воспалительного процесса в органах дыхания. Обследовано 95 детей, больных острым обструктивным бронхитом (38), острой пневмонией (14), и детей, у которых острая пневмония протекала с острым обструктивным бронхитом (47) по сравнению с группой контроля (10 детей). С помощью коэффициента линейной корреляции (r) устанавливались возможные связи внутри регуляторной системы легкие-фибринолиз-гемостаз между уровнем фибриногена (Φ), временем свертывания по Ли-Уайту (t), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), активностью плазминогена (Π) и общей фибринолитической активностью крови (ОФАК) в артериальной крови и венозно-артериальной разностью (ВАР) данных показателей.

Исследования показали, что у детей контрольной группы в артериальной крови имеется прямая сильная корреляционная связь между уровнем фибриногена и РФМК ($r=0,56$), уровнем фибриногена и АЧТВ ($r=0,69$), ОФАК и активностью плазминогена ($r=0,59$), ОФАК и РФМК ($r=0,31$), АЧТВ и РФМК ($r=0,55$) и обратная корреляционная связь между t и активностью плазминогена ($r=-0,62$), t и АЧТВ ($r=-0,30$). У этих же детей между ВАР изучаемых показателей имеются следующие корреляционные связи: Φ -А ($R=0,79$), Φ -Р ($r=0,36$), Φ - t ($r=-0,29$), t -Р ($r=-0,39$), t -А ($r=-0,63$), t - Π ($-0,40$), t -ОФАК ($r=0,35$), ОФАК- Π ($r=0,29$). У детей, больных ООБ в остром периоде заболевания, по сравнению с контрольной группой детей, достоверно уменьшается количество и степень корреляционных связей между всеми показателями изучаемой системы. Так, у этих детей в артериальной крови сохраняется только прямая средней силы корреляционная связь между АЧТВ и РФМК ($r=0,31$) и обратная корреляционная связь между ВАР по АЧТВ и ВАР по РФМК ($r=-0,32$). У детей, больных пневмонией в остром периоде, из-за поражения легочной паренхимы в артериальной крови происходит уменьшение количества значимых корреляционных связей

внутри системы по сравнению с контрольной группой детей. У них сохраняется только одна значимая корреляционная связь ОФАК-П ($r=0,45$). Между ВАР показателей регуляторной системы изменяется не только количество, но и направления корреляционных связей именно в коагуляционном звене системы, в то время как в фибринолитическом звене корреляционные связи сохраняются и усиливаются ОФАК-П ($r=0,45$). Это свидетельствует о наличии гиперкоагуляции в артериальной крови, которая компенсируется напряжением фибринолитического звена системы. В группе детей, больных ОП и ООБ, по сравнению с контрольной группой, количество значимых корреляционных связей в артериальной крови и их направления меняются не только в коагуляционном, но и в фибринолитическом звене регуляторной системы, появляются новые патологические связи: П-АЧТВ ($r=-0,37$), что отражает расстройства в коагуляционном звене гемостаза, которые сопровождаются декомпенсацией фибринолитического звена. Между ВАР изучаемых показателей происходит полная утрата физиологических связей с образованием одной патологической П-Ф ($r=-0,31$), что является основой формирования внелегочных осложнений, в частности, развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не только в венозной, но и в артериальной крови.

Таким образом, анализ корреляционных связей в регуляторной системе легкие-фибринолиз-гемостаз показывает, что их сила и направление зависят от локализации и распространенности воспалительного процесса в органах дыхания.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СОВРЕМЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

В.С. ПРИХОДЬКО, М.А. ГОНЧАРЬ, Е.А. РИГА, Е.В. СЕРГИЕНКО
Харьковский государственный медицинский университет

Целью исследования была оценка возможности доплерэхокардиографии (ДЭХОКГ) в выявлении критериев воспалительных заболеваний сердца у детей.

Под наблюдением находились 90 детей (53 мальчика и 37 девочек) с воспалительными заболеваниями сердца в возрасте от 1, 5 мес до 14 лет. Анамнез, клинико-лабораторные и инструментальные

(ЭКГ, ФКГ, ЭХОКГ) данные позволили диагностировать: ревмокардит – у 17 детей, неревматический кардит – у 34, дилатационную кардиомиопатию (ДКМП) – у 9, инфекционный эндокардит (ИЭ) – у 30 детей. Среди больных ревматизмом преобладали дети 7-12 лет, у которых диагностирован миокардит с I-II степенью активности (13); у 3 детей течение было латентным с формированием порока сердца – недостаточности митрального клапана; возвратный ревмокардит с поражением аортальных клапанов выявлен у одного больного.

Среди 34 больных неревматическим кардитом у 19 детей, заболевших на первом году жизни, установлен внутриутробный кардит с последующим хроническим течением, у 9 детей — ДКМП. У 15 детей кардит развился постнатально в возрасте 3-12 лет и, как правило, имел подострое течение.

Инфекционным эндокардитом болели дети преимущественно 6-12 лет и старше. Первичный ИЭ диагностирован у 6 детей, вторичный – у 24, причем у 6 — “посткардиотомный”, у 18 — на фоне неоперированных врожденных пороков сердца.

Исследованием установлено, что клиническая форма воспалительного заболевания сердца у детей может быть определена использованием только комплекса методов, однако ДЭХОКГ позволяет выделить у них ряд морфологических и функциональных особенностей сердца.

Так, при миокардите различной этиологии ультразвуковыми критериями являются: снижение сократительной способности миокарда, появление патологического выпота в перикарде, умеренная дилатация полости левого желудочка, умеренная степень его гипертрофии, асинергия сокращения стенок миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Характерна для таких больных значительная изменчивость морфокинетических показателей с выраженной положительной динамикой на фоне лечения.

Для больных с ДКМП характерны: дилатация и шаровидная деформация полости левого желудочка, ригидность гипертрофированных стенок левого желудочка, снижение систолической, а часто и диастолической функции левого желудочка, шаровидная дилатация левого предсердия, наличие митральной регургитации. В отдаленные сроки наблюдения у них сохраняются указанные морфологические изменения и свойственный им тип гемодинамики, возможно нарастание признаков легочной гипертензии.

Признаком ИЭ по данным ДЭХОКГ у наших больных было наличие подвижных вегетаций на створках аорты, митрального и трехстворчатого клапанов через 2-5 недель от начала заболевания. С прогрессированием заболевания створки разрушаются и может наблюдаться регургитация.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ И ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.С. СЕНАТОРОВА, И.М. ГАЛДИНА

Харьковский государственный медицинский университет.
Областная детская клиническая больница, г. Харьков

Высокий уровень летальности у детей с врожденной патологией сердечно-сосудистой системы обуславливает необходимость поиска новых подходов к ранней диагностике, определению варианта и оценке степени тяжести сердечной недостаточности (СН). Предложенные ранее классификации СН у детей раннего возраста не отвечают в полной мере современным требованиям. В них не учитывается вариант, а также отсутствуют эхокардиографические критерии степени тяжести СН.

Целью настоящего исследования была разработка объективных эхокардиографических критериев определения варианта и оценки степени тяжести СН.

Обследовано 80 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет с врожденными заболеваниями сердца. Основными методами исследования были эхокардиография в М- и В-режимах и доплерэхокардиография, выполненные на ультразвуковом диагностическом комплексе "AU 3 Partner" (Италия).

У 41 (51,2%) ребенка от всех обследованных выявлено нарушение систолической функции левого желудочка. У них фракция изгнания (ФИ) составляла менее 60%, что трактовалось как систолический вариант СН. Основными критериями степени тяжести систолической дисфункции левого желудочка (СДЛЖ) считали ФИ, степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка в систолу (ΔS) и скорость циркуляторного укорочения волокон миокарда в систолу (V_{cf}). Среди детей с систолическим вариантом СН с учетом выраженности нарушений центральной гемодинамики выделили три группы. I группа (n=19) – I степень тяжести СН (минимальная СДЛЖ): ФИ от 41 до 60%, ΔS – от 16 до 30% и $V_{cf} = 0,75-1,15 \text{ c}^{-1}$. II группа (n=13) – II степень тяжести СН (умеренная СДЛЖ): ФИ от 25 до 40%, ΔS – от 7 до 15% и $V_{cf} = 0,35-0,74 \text{ c}^{-1}$. III группа (n=9) – III степень тяжести СН (тяжелая СДЛЖ): ФИ < 25%, ΔS < 7%, V_{cf} < 0,35 c^{-1} .

У 39 (48,8%) обследованных систолическая функция была сохранена (ФИ = $69,78 \pm 1,04\%$, $\Delta S = 37,65 \pm 0,88\%$, $V_{cf} = 1,63 \pm 0,05 \text{ c}^{-1}$) при

наличии клинических признаков СН. Наличие в этой группе детей с $\text{ФИ} > 60\%$ трактовалось как диастолический вариант СН. Критериями степени тяжести диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) считали соотношение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения левого желудочка (V_E/V_A) и время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT). Анализ показателей диастолической функции среди этих больных позволил диагностировать три степени тяжести ДДЛЖ. I степень тяжести СН (минимальная ДДЛЖ) – $V_E/V_A < 1$ или $1 < V_E/V_A < 2$ и $\text{IVRT} = 55\text{--}60$ мс, II степень тяжести СН (умеренная ДДЛЖ) – $V_E/V_A < 1$ и $\text{IVRT} = 50\text{--}55$ мс, III степень тяжести СН (тяжелая ДДЛЖ) – $V_E/V_A > 2$ и $\text{IVRT} < 40$ мс или $\text{IVRT} > 60$ мс. При минимальном отклонении от нормы ($\pm 10\text{--}15\%$) одного или нескольких эхокардиографических параметров и отсутствии клинических признаков СН необходимо диагностировать преднедостаточность сердца или доклиническую стадию СН.

На основании полученных данных разработана классификация сердечной недостаточности у детей раннего возраста.

MICROSOCIAL PARAMETERS OF THE FAMILY WITH A FREQUENTLY ILL CHILD

L.O. BEZRUKOV, N.K. BOHUTSKA
Bukovinian State Medical Academy, Chernivtsi

The purpose of the study was to assess the effect of some social characteristics of the families on their children's increased susceptibility to the acute respiratory diseases in order to determine the risk parameters. A questionnaire survey was conducted among the parents of the examined children. Two clinical groups of comparison were formed from the children of pre-school age, who attended the senior groups of the 24 kindergartens of the city: the first group consisted from 112 families with frequently ill children (≥ 4 respiratory spells per annum); the second group included 88 families with the children who had episodic spells.

In the first clinical group the ratio of the children who had unsatisfactory living and material conditions to the children having satisfactory conditions comprised $28\%:9\%$, $pt < 0,02$; in the control group this ratio was $17\%:15\%$, $pt > 0,05$. The analysis of the water sources in the families of the children of both clinical groups showed that approximately half of them

used tap water; most frequently among all of the water sources the tap water was consumed predominantly or exclusively in groups I and II, accordingly in $66,0 \pm 4,7$ and $62,1 \pm 5,2\%$ of the cases ($pt > 0,05$). The value of the infectious index in children and the consumption of water taken simultaneously from different sources slightly correlated ($r = 0,19$; $pt = 0,04$). No significant differences as to the sources of food products in children of the comparison groups were identified: in more than $2/3$ of the families in both clinical groups several basic food sources were identified (shops, markets, plots of land). The simultaneous provision of food products from the mentioned sources was identified for $24,4 \pm 4,6\%$ and $17,0 \pm 3,8\%$ of children in groups II and I accordingly ($pt > 0,05$). In general, the most frequently used sources of food products were shops, less frequently – markets and plots of land. The frequently ill children in $14,3 \pm 3,3\%$ of the cases were from single-parent families, and in $9,8 \pm 2,8\%$ of the cases from big families; at the same time the episodically ill children in $9,1 \pm 3,1\%$ of the cases ($pt > 0,05$) were from the single-parent families, and in $4,6 \pm 2,2\%$ of the cases ($pt > 0,05$) they lived in the big families. The frequency of the recurrent respiratory diseases in the first year of life slightly correlated with the upbringing of children in single-parent families. No significant differences as to the social status (white and blue collar workers, unemployed) of the parents of the children in the groups of comparison were identified. In the case of tobacco smoking, about 30% of the families in group I had parents who both smoked; in the group II such families comprised about 20%. In general, $25,3 \pm 4,5\%$ of the mothers in the clinical group I smoked and $18,4 \pm 4,5\%$ of the mothers of the episodically ill children smoked ($pt > 0,05$). Alcohol abuse by both parents was identified in $44,0 \pm 5,2\%$ of the cases in group I and in $43,4 \pm 5,7\%$ of the cases in the families of the children of the clinical group II ($pt > 0,05$). The frequency of respiratory infections in children from the families of smokers and non-smokers didn't differ significantly, as well as of the bronchoobstructive episodes (19,4%) and clinical manifestation of allergy (in 30,6 and 33,3% of cases, $p\phi > 0,05$). IgG children's blood content of the smokers' families was significantly lower ($8,7 \pm 3,6$ and $11,7 \pm 3,3$ g/l, $pt < 0,01$), as well as blood T-helpers subpopulation of lymphocytes ($15,2 \pm 0,6$ and $19,1 \pm 0,2\%$, $pt < 0,05$).

In the families with the frequently ill children certain tendencies of the worsening of particular indicators of microsocial status were identified (material and living conditions, the non-diversified sources of food products, upbringing in single-parent and big-families, tobacco smoking abuse by mothers and both parents), which are to be included in the factor analysis in order to identify the most sensitive groups of pre-school children as to the unfavourable microsocial influences and formation of the frequent respiratory episodes phenomenon in them.

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, Т.Л. БЕЗРУКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Прогностичні критерії ризику рецидивів бронхіальної астми, врахування яких є вкрай необхідним для проведення протирецидивної терапії, мають суперечливий характер і рідко відображають системні та популяційні дослідження, особливо серед хворих раннього віку.

Метою дослідження була оцінка показників ризику виникнення повторних епізодів бронхіальної обструкції у дітей раннього віку, хворих на бронхіальну астму, з використанням комплексного підходу.

Дослідження проводилося методом ретроспективної когорти з врахуванням усіх вимог до цього методу. Було сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу групу складала 31 дитина, у якої в процесі 3-річного катamnестичного спостереження відмічались повторні епізоди бронхіальної обструкції. Другу групу сформували 40 хворих, у яких в зазначеному періоді часу нападів бронхіальної астми не спостерігалось. Всім дітям було проведено комплексне загальноклінічне, імунологічне та алергологічне обстеження.

На підставі отриманих даних було сформовано констеляційну діагностичну систему, яка дозволяє використовувати комплексний підхід у прогнозуванні рецидивів такого поліетіологічного захворювання, як бронхіальна астма, а також визначено фактори ризику рецидивів захворювання. До найбільш значущих факторів щодо виникнення рецидивів бронхіальної астми у дітей можна віднести такі, як початок захворювання бронхіальної астми у віці старше 2-х років ($AR = 28,3\%$; $OR = 3,23$ ($95\% CI = 1,7 - 5,9$), $p < 0,01$), позитивний алергологічний сімейний анамнез ($AR = 42,3\%$; $OR = 6,16$ ($95\% CI = 3,3 - 11,6$), $p < 0,01$), тяжкий перебіг захворювання ($AR = 47,9\%$; $OR = 13,6$ ($95\% CI = 3,6 - 51,6$), $p < 0,01$), а також активація кисневозалежного метаболізму еозинофільних гранулоцитів крові ($AR = 47,5\%$; $OR = 8,0$ ($95\% CI = 4,2 - 15,2$), $p < 0,01$) та наявність у крові специфічних імуноглобулінів E ($AR = 31,8\%$; $OR = 3,71$ ($95\% CI = 2,1 - 6,7$), $p < 0,01$).

Результати дослідження пройшли клінічне випробування в умовах пульмо-алергологічних відділень 16 областей України, що довели їх життєздатність та зручність у використанні.

Розроблена прогностична констеляційна система та популяційний підхід оцінки факторів ризику виникнення рецидивів бронхіальної астми у дітей раннього віку дає змогу виявити когорту пацієнтів високого ризику для проведення серед них раціональних протирецидивних заходів.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ОКРЕМИХ ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВИЯВЛЕННІ СЕПСИСУ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Л.О. БЕЗРУКОВ, О.К. КОЛОСКОВА, Л.А. ІВАНОВА
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Сепсис та гнійно-септичні захворювання у дітей грудного віку залишаються однією з найактуальніших проблем педіатрії, тому тривають пошуки сучасних доступних та інформативних діагностичних критеріїв. З позицій сучасних даних про сепсис як системну запальну відповідь, вивчення діагностичної цінності С-реактивного білка-індикатора гострої фази запалення та некрозу тканин уявляється актуальним і перспективним.

Нами обстежено 48 пацієнтів відділення для дітей 1 року життя, у 19 з яких виявлено бактеріальний сепсис, та вони сформували першу клінічну групу. Решта пацієнтів лікувалася з приводу соматичних захворювань (атопічний дерматит у фазі нечіткого загострення, гіпотрофія II ступеня, залізодефіцитна анемія), та інфекційно-запальні процеси будь-якої етіології у них виключалися, тому вони увійшли до складу другої групи порівняння. Третю групу складала 100 дітей грудного віку, які лікувалися з приводу гострої неускладненої позалікарняної пневмонії бактеріального походження.

За загально-клінічними показниками групи були порівнюваними, формувалися методом випадкової вибірки за принципом “дослід-контроль”.

При вивченні діагностичної цінності показників гемограми у підтвердженні бактеріальної генералізованої інфекції у дітей грудного віку встановлено високу специфічність та, водночас, низьку чутливість лейкоцитозу периферичної крові більше 10,5 Г/л та паличкоядерного нейтрофільного зрушення лейкоцитарної формули більше 12%. Так, чутливість у виявленні сепсису відносної кількості лейкоцитів у периферичній крові понад 10,5 Г/л складала 31,5%,

специфічність – 93,1%, позитивна передбачувана цінність – 75%, а негативна – 67,0%. Для паличкоядерного зрушення лейкограми (понад 12%) ці показники відповідно дорівнювали: 42,1, 93,1, 80,0 та 71,0%. Аналогічними виявилися показники діагностичної цінності цих тестів і у виявленні бактеріальної пневмонії порівняно з вірусними захворюваннями дихальних шляхів.

Вміст у сироватці крові імуноглобулінів класу G більше 10,0 г/л, перевищення вмісту у периферичній крові формазанпозитивних нейтрофілів при інкубації їх з НСТ у спонтанному варіанті тесту понад 17,0%, показники фагоцитарної активності нейтрофілів більше 70% та підвищений вміст циркулюючих імунних комплексів також були більше специфічними, ніж чутливими як у виявленні сепсису, так і бактеріальної пневмонії. Водночас, атрибутивний ризик наявності сепсису у обстежених хворих при вмісті С-реактивного білка сироватки крові більше 10,0 мг/л становив 34,8%, а пропорційність шансів – 4,7 (95% СІ 1,3-17,1; $\chi^2 = 10,9$; $p < 0,01$). Чутливість даного тесту у підтвердженні бактеріальної інфекції складала 72,2%, а специфічність – 81,1%, позитивна і негативна передбачувана цінність відповідно дорівнювали 56,5 та 78,2%. У діагностиці бактеріального характеру пневмонії показники діагностичної цінності даного параклінічного показника відповідно складала: 84,4, 61,4, 79,3 та 69,2%.

Таким чином, жодному з параклінічних показників, що взяті окремо, не притаманні одночасно висока чутливість та специфічність у діагностиці генералізованої бактеріальної інфекції у дітей грудного віку, що диктує необхідність комплексного діагностичного підходу в обстеженні цієї когорти пацієнтів.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЦІННОСТІ МЕТОДІВ ВІЯВЛЕННЯ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ

Л.О. БЕЗРУКОВ, Е.В. ЮРЧИШЕНА, О.К. КОЛОСКОВА
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

В контексті сучасних вимог до лікування бронхіальної астми (БА) у дітей, згідно з якими усунення контакту з факторами ризику розвитку нападів є одним із основних програмних положень, проблема

виявлення харчової алергії (ХА) у пацієнтів раннього віку з БА є актуальною та перспективною.

Метою роботи було вивчення діагностичної цінності різних методів виявлення харчової алергії у пацієнтів раннього та дошкільного віку із бронхіальною астмою. Для цього сформовано дві клінічні групи порівняння. Першу (I) основну групу склали 112 дітей, у яких БА перебігала на тлі ХА. Другу (II) групу порівняння – 109 дітей, хворих на БА без ХА. Групи формувалися за принципом випадкового добору, та при їх створенні групоформуючою ознакою була наявність у хворих комплексу діагностичних щодо харчової алергії ознак – клінічних проявів підвищеної чутливості до харчових продуктів в анамнезі у поєднанні з різко позитивними внутрішньошкірними пробами з харчовими алергенами, таких, що оцінювалися як “+++”, та наявністю у сироватці крові специфічних до трофалергенів імуноглобулінів класу Е (IgE). За статтю, віком, місцем помешкання групи порівняння були порівнюваними, не виявлено також достовірних відмінностей за частотою обтяженості сімейного алергологічного анамнезу та особливостями мікросоціального статусу сімей у клінічних групах порівняння.

Встановлено, що показники діагностичної цінності позитивного власного алергоанамнезу обстежених дітей відносно виявлення у них ХА були наступними: чутливість (Se) тесту складала 84,0%, специфічність (Sp) – 78,0%, позитивна [PV(+)] та негативна [PV(-)] передбачувана цінність відповідно дорівнювали 79,7 та 82,5%. Атрибутивний ризик складав 72%, відносний ризик – 4,6 (95% CI: 2,4-8,7) та пропорційність шансів – 43,9 (95% CI: 19,7-97,7), $\chi^2 = 13,8$, $p < 0,001$, що підтвердило доцільність використання даного методу для проведення первинного скринінгу з метою формування групи ризику ХА для подальшого поглибленого обстеження.

Водночас, показники діагностичної цінності позитивного сімейного алергологічного анамнезу обстежених дітей відносно виявлення у них ознак ХА були меншими, зокрема Se тесту складала 62,5%, Sp – 51,3%, PV(+) – 17,9% та PV(-) – 88,9%.

Діагностична цінність і показники ризику позитивних шкірних проб у виявленні харчової алергії у дітей, хворих на БА, свідчили про високу чутливість та достатню специфічність даного методу у виявленні замаскованої ХА: Se – 93,7%, Sp – 80,7%, PV(+) – 82,7%, PV(-) – 92,6%, а наявність у 19,3% хибнопозитивних результатів пояснювали можливістю полівалентної чи перехресної алергії з нехарчовими алергенами, що знижувало діагностичну цінність даного методу. При цьому показники діагностичної цінності визначення специфічного імуноглобуліну класу Е в сироватці крові дітей на відміну від різкопозитивних

тивних внутрішньошкірних проб з трофалергенами характеризувалися більшою специфічністю, але меншою чутливістю, що, виходячи із високої вартості імунологічних досліджень, робить доцільним їх використання лише у випадках, де є протипоказання до проведення внутрішньошкірних проб, на етапі поглибленого обстеження пацієнтів груп ризику, сформованих на підставі клініко-анамнестичних та алергологічних *in vivo* методів діагностики.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ С НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Л.С. ОВЧАРЕНКО, Н.В. ЖИХАРЕВА, А.А. ВЕРТЕГЕЛ,
И.И. РЕДЬКО, Т.Г. АНДРИЕНКО
Запорожский государственный институт
усовершенствования врачей

На современном этапе развития общества состояние здоровья детей, проживающих в зоне экологического неблагополучия, характеризуется продолжающимся ухудшением, что находит отражение в достоверном уменьшении числа детей, относящихся к I группе здоровья. Это объясняется постоянным воздействием экосоциальных и промышленных факторов на растущий организм с несовершенными механизмами адаптации и сопровождается увеличением популяции детей с аномалиями конституции. Коррекция функциональных нарушений механизмов адаптации и предотвращение развития органической патологии являются целью реабилитационной терапии детей с аномалиями конституции.

Одним из проявлений синдрома обменных нарушений у детей с нервно-артритическим диатезом (НАД) является нарушение пуринового и пиримидинового обмена. Участие витамина В₆ в процессе обмена аминокислот, которые используются для синтеза специфических азотсодержащих соединений (пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов, креатина, мочевой кислоты и др.), дает возможность оценить степень его нарушения у детей с НАД по уровню концентрации 4-пиридоксиновой кислоты в моче.

С целью оптимизации реабилитационных мероприятий у детей с

НАД нами була оцінена забезпеченість вітаміном В₆ методом оп-
ределення 4-піридоксинової кислоти в моче.

Было обсле-довано 30 дітей в возрастe от 1 до 6 лет с клин-ико-
анамнестическими дaнными НАД (дети с проявленнями неврасте-
нического синдрома в виде психоэмоциональной лабильности, нoч-
ных страхов, лoгoневроза, энуреза; жалoбами на приступообразные
боли в живoте; с проявленнями кожного синдрома в виде крапивни-
цы, отека Квинке; уратурией, кальциурией, фосфатурией; ацетoне-
мическими рвoтами в анамнезе). Все дети накануне обсле-дования
получали возрастное питание, не содержащее пищу, богатую пури-
нами, жирами; не получали поливитаминых препаратов, содержа-
щих витамин В₆. В результате обсле-дования было обнаружено до-
стоверное снижение концентрации 4-піридоксинової кислoты в моче
детей с НАД, что свидетельствует o нарушении обмена аминокис-
лот у этих детей и диктует необходимость его коррекции препара-
тами, содержащими витамин В₆ (піридоксин, магне-В₆, неуробекс) в
возрастной дозировке в течение месяца.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ СИРОВАТКОВИМ ФЕРИТИНОМ ТА ЕРИТРОПОЕТИНОМ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ

В.Е. МАРКЕВИЧ, А.М. ЛОБОДА
Сумський державний університет

Існують повідомлення про наявність двох груп дітей з анемією.
Перша – має достатнє депо заліза, але пригнічений синтез еритро-
поетину (ЕРО). У дітей другої групи анемія виникає внаслідок виче-
пання запасів заліза і супроводжується збільшенням продукції ЕРО.

Але дані про взаємовідношення феритину (який відображає тка-
нинні запаси заліза) та ЕРО при лікуванні анемії препаратами три-
валентного заліза для внутрішньом'язового застосування відсутні.
Не відомий вплив на депо заліза від застосування комплексу вітамі-
нів А, С, Е.

Обстежено 123 дитини Сумського обласного спеціалізованого Бу-
динку дитини віком від 4-х місяців до 3-х років. Серед них виявлено
48 (39,02%) дітей з клінічними та лабораторними проявами анемії І-
ІІ ступеня. Вони були розподілені на дві групи. Перша (23 дитини)

отримувала лікування препаратом Мальтофер для внутрішньом'язового введення, друга (25 дітей) – Мальтофер та комплекс вітамінів А, С, Е. Отримані показники порівнювали з аналогічними у 25 здорових дітей.

Стан депо заліза оцінювали за показником сироваткового феритину. Про вичерпання тканинних запасів заліза свідчить рівень феритину менше 15 нг/мл. Здорові діти мають достатнє депо заліза (38,67±4,18 нг/мл) та негативну кореляцію середньої сили між рівнем феритину та концентрацією ЕРО ($r_{xy} = -0,337$).

При розвитку ЗДА, незважаючи на її нетяжкий ступінь, рівень сироваткового феритину був в 1,6-2 рази меншим від критичного рівня, що свідчило про спустошення запасів заліза. Сила негативно зв'язку між рівнем феритину та концентрацією сироваткового еритропоєтину при ЗДА зростала ($r_{xy} = -0,646$, $p < 0,05$).

При застосуванні внутрішньом'язового шляху введення препарату Мальтофер вже на 14-15-ту добу від початку лікування концентрація сироваткового феритину значно підвищувалася (32,96±2,65 нг/мл) і досягала рівня здорових дітей. Але у дітей, які додатково отримували комплекс вітамінів, рівень феритину був у цьому періоді достовірно вищим, ніж в іншій групі дітей (41,43±3,22 нг/мл).

На 30-40-ву добу від початку лікування у дітей обох груп зберігався достатній рівень феритину. Також в обох групах зменшувалися показники кореляції між феритином і ЕРО ($r_{xy} = -0,343$ та $-0,577$ відповідно в першій та другій групі дітей).

На кінець 3-го місяця спостереження у дітей, яких лікували лише Мальтофером, рівень феритину зменшувався до критичного рівня (15,69±2,04 нг/мл). Діти, які отримували феро-вітамінний комплекс, мали вищий рівень феритину, який свідчив про достатність тканинних запасів заліза (22,95±2,32 нг/мл, $p < 0,05$). В обох групах продовжувала зменшуватися негативна кореляція між феритином та концентрацією ЕРО в сироватці.

При внутрішньом'язовому застосуванні Мальтоферу вже на 14-15-ту добу відбувається відновлення тканинних запасів заліза. Отже, немає необхідності в подальшому тривалому застосуванні препаратів заліза для наповнення депо. Застосування разом з препаратом тривалентного заліза комплексу вітамінів А, С, Е забезпечує достатність депо заліза протягом 3-х місяців від початку лікування, краще відновлює взаємовідношення між феритином та ЕРО, що позитивно впливає на еритропоез.

ЗМІНИ ВМІСТУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

В.Е. МАРКЕВИЧ, І.В. ПИЛИПЕЦЬ, А.М. ЛОБОДА
Сумський державний університет

Метою роботи було вивчення змін вмісту заліза, кобальту та нікелю в еритроцитах та сироватці крові при лікуванні залізодефіцитної анемії (ЗДА) у дітей раннього віку.

Обстежено 48 дітей з анемією, які знаходилися на утриманні в обласному спеціалізованому Будинку дитини. Вік дітей складав від 4 місяців до 3,5 року. Малюків було розподілено на дві групи. Перша (23 дитини) – отримувала лікування препаратом Мальтофер, друга (25 дітей) – Мальтофер та комплекс вітамінів. Отримані показники порівнювали з аналогічними у 25 здорових дітей.

Мальтофер вводили внутрішньом'язово дозою 25 мг/добу дітям масою менше 6 кг, 50 мг/добу – при масі понад 6 кг. Ін'єкції виконували через день, курс лікування складав 8-14 діб.

До складу вітамінного комплексу входили вітамін А, який діти отримували дозою 1000 Од/добу, вітамін С – 10 мг/кг/добу, вітамін Е – 2 мг/кг/добу. Комплекс вітамінів діти отримували протягом 1 місяця.

До початку лікування діти обох груп мали значно нижчий рівень сироваткового та еритроцитарного заліза ($p < 0,05$), ніж здорові діти.

Застосування Мальтоферу дозволяє відновити вміст заліза в сироватці та еритроцитах до 30-40-ої доби від початку лікування та підтримувати його на достатньому рівні протягом наступних 2-х місяців. Паралельне призначення вітамінного комплексу дозволяє досягти більш високого рівня сироваткового заліза вже наприкінці 1-го місяця. Крім того, зниження рівня еритроцитарного заліза у дітей, які отримували вітаміни, відбувалося більш повільними темпами, ніж у тих, які лікувалися лише Мальтофером.

Суттєвий вплив на процес кровотворення має кобальт та нікель. ЗДА у дітей раннього віку характеризується наявністю еритроцитарного та сироваткового дефіциту кобальту та нікелю. Рівень цих мікроелементів був майже в 2 рази нижчим, ніж у здорових дітей.

На 14-15-ту добу лікування спостерігалася нормалізація еритроцитарного та сироваткового вмісту кобальту у дітей обох груп. На 30-40-ву добу відбувався перерозподіл кобальту в крові. Його вміст продовжував підвищуватися в еритроцитах на фоні зниження си-

роваткового рівня. Наприкінці 3-го місяця спостереження у дітей обох груп відмічали зниження рівня кобальту в сироватці та еритроцитах майже до початкового рівня до лікування. Застосування вітамінів А, С, Е забезпечувало достовірно вищі показники його вмісту в сироватці та еритроцитах порівняно з дітьми, які не отримували вітамінів.

На 14-15-ту добу лікування концентрація нікелю в сироватці крові у дітей обох груп зростала в 1,28-1,58 рази і досягала рівня здорових дітей. Вміст еритроцитарного нікелю відновлювався лише у дітей, які отримували вітамінний комплекс. На 30-40-ву добу лікування вміст нікелю в еритроцитах у дітей обох груп був на рівні здорових дітей. При цьому його рівень в сироватці крові у дітей, які отримували вітаміни, був досить високим, у дітей, які лікувалися лише Мальтофером, – низьким. Наприкінці 3-го місяця спостереження для обох груп характерним був сироватковий дефіцит нікелю на фоні збереження достатнього вмісту його в еритроцитах.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК ТА СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЛУГАНЩИНИ

А.Л. РЕЗНІКОВА, Т.В. ПЕТЧЕНКО
Луганський державний медичний університет

За даними ВООЗ, в останні роки патологія сечової системи у дітей перебуває на другому місці після захворювання органів дихання.

Важливого значення в зростанні захворювань сечової системи у дітей в сучасних умовах надається несприятливим екологічним факторам, які стимулюють розвиток та постійно підтримують патологічний процес. Зовнішня хімічна агресія суттєво впливає на стан здоров'я дітей, котрі мешкають у несприятливих екологічних умовах промислових центрів, тому що діти більш чутливі до дії екотоксикантів, ніж дорослі. Відомо, що нирки виводять з організму більшість шкідливих агентів, які потрапили до організму, але не накопичились у певних органах та тканинах. Тому саме нирки стають органами, в яких може виявлятися дія зовнішніх факторів. Ксенобіотики пошкоджують фільтруючі мембрани, порушують гломеруло-тубулярний баланс, акумулюються в інтерстиції нирок, активізують викид біологічно активних факторів запалення.

Особливо ця проблема є актуальною на Луганщині, бо вона є одним із найбільш екологічно несприятливих регіонів в Україні, де зосереджена велика кількість (близько 1300) підприємств та організацій вугільної, металургійної, машинобудівної, хімічної та нафтохімічної промисловості та енергетики.

Метою нашого дослідження було вивчення рівнів захворюваності та поширеності хвороб нирок і сечовивідних шляхів серед дитячого населення промислових регіонів області в динаміці за останні 5 років (1998–2002). Проведений аналіз даних захворювань нефрологічної групи вказав на підвищення темпів зростання патології органів сечової системи за вказаний строк в 1,39 раза.

Якщо порівнювати показники захворюваності серед дітей, які мешкають в містах, та дітей сільської місцевості, то слід відмітити, що темпи їх приросту відрізняються. Так, захворюваність серед дітей міста зросла в 1,37 раза, тоді як серед дітей села – майже в 1,5 раза. Цей невеликий розбіг в показниках, ймовірно, пояснюється особливостями соціального складу населення, доступністю та якістю медичної допомоги.

Кількість захворілих у шкільному віці, порівняно з дошкільнятами, превалює, хоча має місце зміщення піка захворюваності на більш ранній вік, що особливо помітно в групі дисметаболических нефропатій – з 5–6 років на 3–4 роки. Це є прогностично негативним показником та свідчить про змолочення захворювань сечової системи, ризик більш раннього розвитку тяжких форм патології.

Дослідження показало, що в структурі нефрологічної патології у дітей домінують мікробно-запальні, імунокомплексні захворювання та дисметаболическі нефропатії. Так, на період 2002 року дисметаболическі нефропатії (ДН) склали 40,1%, гострі пієлонефрити (ГПН) – 18,1%, хронічний гломерулонефрит (ХГН) – 10,4 %, гострий гломерулонефрит (ГГН) – 10,2% від усієї кількості захворювань сечової системи.

У структурі захворюваності за останні 5 років показники кожної з найчастіших нефрологічних нозологій зросли (ГГН – з 0,41 у 1998 р. до 0,5 у 2002 р., ХГН – з 0,06 до 0,1, ГПН – з 2,13 до 2,4, ДН – з 0,77 до 0,8 відповідно). З кожним роком зростає кількість дітей-інвалідів внаслідок захворювань органів сечової системи, котрі складають 1,9 на 10000 дитячого населення, відповідно з 1998 р. – 1,6 на 10000 дітей.

Дані обставини диктують необхідність поліпшення ранньої скринінгової діагностики екопатології органів сечовивідної системи та проведення профілактичних заходів, що запобігають її виникненню, шляхом розробки і формування медико-екологічних систем моніторингу за станом здоров'я дітей з захворюваннями сечової системи в регіоні Донбасу.

ДИНАМІКА ТА СТРУКТУРА ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ. ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ

А.Л. РЕЗНІКОВА, В.І. ТКАЧЕНКО, М.Є. МАМЕНКО
Луганський державний медичний університет.
Луганська обласна клінічна дитяча лікарня

Йододефіцитні стани є одними з найбільш поширених неінфекційних захворювань, на виникнення та поширеність яких здатна впливати людина. Увага до цієї проблеми зумовлена тим, що ендемічне збільшення щитовидної залози, яке виникає внаслідок нестачі йоду, супроводжується розвитком гіпотироксинемії. В свою чергу, гіпотироксинемія призводить до різноманітних патологічних зрушень в організмі людини, впливає на всі етапи її інтелектуального та фізичного розвитку.

Крім природної нестачі йоду, промислові регіони України піддаються впливу низки антропогенних екологічних факторів (нікель, хром, марганець, ртуть, ароматичні вуглеводні та ін.), які мають анти tiroїдний ефект.

Метою нашого дослідження було вивчення поширеності йододефіцитних станів серед дітей Луганської області.

В 2002 році зареєстровано 8657 випадків захворювань ендокринної системи (33,87‰). З них 69% складають патологічні стани щитовидної залози. В абсолютній більшості випадків (97%) реєструється дифузний зоб, який на сьогодні вважається еквівалентом йодного дефіциту. Зоб I ступеня минулого року встановлено у 5052 дітей нашої області (13,64‰), що в 1,5 раза більше, ніж аналогічний показник п'ятирічної давності. Зоб II-III ступеня діагностували у 749 дітей (2,02‰), що майже вдвічі більше, ніж 5 років тому.

Встановлено, що гіперплазія щитовидної залози виявлялася у 17,6% дітей із патологічними станами гастродуоденальної зони, у 11,4% пацієнтів із хворобами кишечника, у 19,2% хворих на вегето-судинну дисфункцію.

Таким чином, має місце значна поширеність йододефіцитних станів серед дітей Луганщини. Тому актуальним є проведення обстеження дитячого населення області відповідно до міжнародних стандартів із подальшою розробкою та реалізацією довгострокової програми профілактичних заходів.

УЧАСТИЕ ИНТЕРФЕРОНА- γ И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ- α В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

А.Л. РЕЗНИКОВА, Н.Н. ГОЛОВЧЕНКО

Луганский государственный медицинский университет

Особое место среди актуальных вопросов нефрологии принадлежит проблеме изучения факторов прогрессирования хронических заболеваний почек у детей. В настоящее время становится очевидным прогностическое значение параметров, отражающих тяжесть тубулоинтерстициальных изменений (ТИИ) при хронических заболеваниях почек.

На первом этапе тубулоинтерстициального повреждения наиболее важную роль играют так называемые провоспалительные медиаторы, секретируемые проксимальными тубулярными клетками (MCP-1, фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкины-1, 2, 6, 8, эндотелин-1). Наиболее активно в процессах тубулоинтерстициального воспаления участвует ФНО- α и интерферон- γ .

Целью нашего исследования явилось определение уровня ФНО- α в периферической крови у 30 больных и уровня интерферона- γ у 19 больных с первичным хроническим гломерулонефритом (ХГН) в зависимости от степени тубулоинтерстициальных изменений, а при выраженных ТИИ — в зависимости от длительности заболевания и наличия артериальной гипертензии.

Для измерения уровней изучаемых факторов использовались коммерческие наборы: “TNF- α ELA Kit”, “INF- γ ELA Kit” (“Per-Septive Biosystems”, USA). Применение их основано на “сэндвич”-методе твёрдофазного энзимсвязанного иммуносорбентного анализа.

Установлено, что показатель фактора некроза опухоли- α в крови зависел от степени тубулоинтерстициальных изменений. Так, уровень ФНО- α у детей со стероидрезистентным нефротическим синдромом и наличием выраженных тубулоинтерстициальных изменений составил $8,67 \pm 1,21$ пг/мл, что оказалось значительно выше того же показателя контрольной группы ($3,03 \pm 1,13$ пг/мл, $p < 0,005$). Уровень ФНО- α у детей со стероидчувствительным нефротическим синдромом, при котором тубулоинтерстициальные изменения не выражены, а также у детей с гематурической формой хронического гломерулонефрита с незначительными изменениями тубулоинтерстициальной ткани приближался к показателю контрольной группы — $4,46 \pm 1,4$ и $4,11 \pm 1,75$ пг/мл соответственно.

Уровень фактора некроза опухоли- α зависел от наличия артериальной гипертензии. У больных с выраженными ТИИ он составил $10,68 \pm 1,49$ пг/мл, что значительно превысило показатели у детей этой группы без повышения АД.

Показатели ФНО- α значительно изменялись в зависимости от давности заболевания. Так, наиболее высокий уровень фактора некроза опухоли- α отмечался на 1 году болезни у детей с выраженными ТИИ и составил $11,24 \pm 1,48$ пг/мл, что оказалось значительно выше его же показателя на более поздних сроках заболевания — $6,1 \pm 1,56$ пг/мл ($p < 0,025$).

Уровень интерферона- γ в сыворотке крови также зависел от степени тубулоинтерстициальных изменений. У детей с выраженными ТИИ он составил $47,83 \pm 9,24$ пг/мл, что оказалось значительно выше того же показателя у детей с умеренными ТИИ ($16,75 \pm 8,2$ пг/мл, $p < 0,025$) и в контрольной группе ($9,6 \pm 0,9$ пг/мл, $p < 0,005$).

Показатели интерферона- γ , как и ФНО- α , значительно изменялись в зависимости от давности заболевания. Так, наиболее высокий уровень ИНФ- γ отмечался на 1 году болезни у детей с выраженными ТИИ и составил $62,69 \pm 11,7$ пг/мл, что оказалось значительно выше его же показателя на более поздних сроках заболевания — $32,97 \pm 6,77$ пг/мл ($p < 0,05$).

Таким образом, результаты нашего исследования указывают на целесообразность определения количественных уровней в крови цитокинов с целью разработки новых подходов к прогнозированию течения и исхода хронических заболеваний почек у детей.

ДО ПИТАННЯ ПОЛОГОВОГО ТРАВМАТИЗМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

О.М. ВОЛОШИН, Б.О. БЕЗКАРАВАЙНИЙ
Луганський державний медичний університет

Пологова травма є вельми значущою причиною захворюваності й летальності дітей в неонатальному періоді. Надалі вона дуже часто зумовлює наявність у них різноманітних за характером і ступенем вираженості розладів функцій, насамперед, нервової та опорно-рухової систем.

Останнім часом реєструється суттєве зростання загальної кількості випадків пологового травматизму, причому, як серед недоношених,

так і серед доношених новонароджених дітей. Аналогічна тенденція спостерігається навіть при розродженні шляхом кесарева розтину, коли ймовірність такого травматизму має бути мінімальною. Привертає увагу той факт, що це відбувається на тлі частішого діагностування у вагітних жінок різноманітних екстрагенітальних захворювань, серед яких найпоширенішою є анемія. За нашими даними у 60-70% жінок під час вагітності виявляється анемія різного ступеня тяжкості. Таку високу її частоту можна вважати, насамперед, наслідком недостатнього надходження в організм вагітної жінки білків тваринного походження і поєднаного з ним дефіциту в її харчовому раціоні гемового заліза, інших мікроелементів та вітамінів.

Безперечно, виникнення травм у дітей під час пологів значною мірою залежить від рівня кваліфікації лікарів та акушерок, їхнього вміння прогнозувати пологовий процес, своєчасно приймати рішення та змінювати тактику ведення пологів. Проте є припущення, що не завжди тільки цей фактор має вирішальне значення.

Мета нашої роботи полягала у з'ясуванні наявності взаємозв'язку між пологовим травматизмом у новонароджених дітей та анемією у їхніх матерів під час вагітності. Ми провели ретроспективний аналіз 100 обмінних карт вагітних та відповідно 100 історій розвитку новонароджених. Протягом вагітності 32 (I група) жінки мали нормальні значення концентрації гемоглобіну крові. Тривала анемія I та II ступенів другої половини вагітності реєструвалася відповідно у 49 (II група) та 19 (III група) жінок. Серед новонароджених дітей у 9 діагностувалася пологова травма (кефалогематома – 1, підвих або вивих шийних хребців – 6, перелом ключиці – 2). Кількість випадків зазначених пологових травм за групами виявилася наступною: I – 1, II – 3 і III – 5. Шляхом визначення коефіцієнта взаємного поєднання Чупрова встановлено існування достовірного взаємозв'язку ($K = 0,25$; $p < 0,025$) між концентрацією гемоглобіну крові у матерів та частотою пологового травматизму у їхніх новонароджених дітей. При цьому зі зменшенням концентрації гемоглобіну крові реєструється зростання частоти цього травматизму. До того ж при діагностуванні у жінок більш виражених проявів анемічного та сидеропенічного синдромів у їхніх новонароджених дітей відмічаються тяжчі клініко-рентгенологічні симптоми пологових травм. За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу також визначено, що ступінь впливу наявності анемії у матерів на виникнення пологових травм у дітей складає 8,8% ($p < 0,05$) серед інших неврахованих факторів з діапазоном коливань у популяції від 3,0 до 14,6% за рівня значущості $p = 0,05$.

Отже, анемію вагітних слід вважати достатньо значущим фактором, що зумовлює пологовий травматизм у новонароджених дітей.

ОСОБЛИВОСТІ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТИ

В.М. ДУДНИК

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Анемія при ювенільному ревматоїдному артриті (ЮРА) є одним із частих позасуглобових проявів ревматоїдного артриту у дітей. За деякими даними частота анемії у цієї категорії хворих коливається від 35 до 55%. Формування анемії у частини хворих відбувається фактично одночасно з дебютом захворювання і супроводжує перебіг артриту в подальшому, що вказує на її прямий зв'язок з ключовими механізмами патогенезу ревматоїдного артриту. Однак анемія при ЮРА є неоднорідним патологічним станом, через різні механізми її виникнення. До формування анемії причетні як безпосередні патогенетичні чинники артриту (прозапальні цитокіни), так і ятрогенні фактори (НПЗП-гастропатія, мікрокровотечі, дефіцит вітамінів, вплив фармакотерапії метотрексатом). Наявність анемії у хворих з ЮРА істотно обтяжує перебіг захворювання, вимагає внесення коректив до схеми лікування.

З огляду на неоднорідність анемії при ЮРА, метою нашого дослідження було вивчення особливостей анемічного синдрому та оцінка його зв'язку з характером перебігу захворювання.

Обстежено 73 дитини віком від 1 до 15 років, хворих на ЮРА, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній дитячій лікарні м. Вінниці упродовж 2001-2002 рр. Анемія мала місце у 51 дитини, що становило 69,8% від усіх обстежених. До групи з анемією включали хворих, у яких рівень гемоглобіну крові був нижче 110 г/л. Дітей з анемією було розподілено на групи залежно від рівня гемоглобіну. До першої групи (анемія I ступ.) було включено пацієнтів з рівнем гемоглобіну від 110 до 90 г/л, до другої – хворих, у яких гемоглобін був у межах 89-70 г/л. Анемії III ступ. (гемоглобін нижче 69 г/л) у обстежених хворих не відмічалось. Дослідженням виявлено, що серед дітей з анемією переважали пацієнти з анемією I ступ. – вони склали 84,3%. Хворих з анемією II ступ. було 8 (15,7%).

Анемія при ЮРА характеризується суттєвим зниженням вмісту заліза в сироватці крові. Якщо у хворих без анемії рівень заліза в сироватці крові становив $11,8 \pm 0,53$ мкмоль/л, при анемії I ступ. – знизився до $8,84 \pm 0,26$ мкмоль/л. Анемія II ступ. характеризувалась подальшим падінням вмісту заліза в сироватці крові до $6,46 \pm 0,57$ мкмоль/л, що було достовірно нижче, ніж у хворих з анемією I ступ.

Нами встановлено, що анемічний синдром має місце переважно у хворих на ЮРА з більш високою активністю хвороби. Так, якщо у хворих на ЮРА без анемії ШОЕ становила $14,5 \pm 3,47$ мм/год, то у хворих з анемією цей показник був на рівні $20,9 \pm 2,17$ мм/год.

Аналіз залізов'язуючої здатності плазми (ЗЗП) у хворих з анемією показав, що існує дві групи пацієнтів: перша – у якій ЗЗП не відрізнялась від такої у дітей з ЮРА, але без анемії, та друга – з підвищеною ЗЗП.

Оцінка клінічних особливостей хворих залежно від величини ЗЗП засвідчила, що серед пацієнтів з незмінним значенням ЗЗП має місце більш тяжкий перебіг захворювання з вищими значеннями показників суглобового синдрому та лабораторних показників активності захворювання. Так, ШОЕ у цих хворих становила $26,4 \pm 3,04$ мм/год, що було в 1,7 раза більше, ніж в групі дітей з підвищеною залізов'язуючою здатністю плазми крові.

Таким чином, дослідження показали, що у хворих з ЮРА основне захворювання в 70% супроводжується анемією, неоднорідною за характером, і яка є показником тяжкості перебігу ЮРА.

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ З ПОЗИЦІЙ ПАТОЛОГІЇ РАНЬОГО ДИТИНСТВА

Н.В. БАНАДИГА, Т.В. РИБІНА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Істотне прискорення темпів сенсibiliзації дитячого населення вимагає розробки ефективних методів профілактики. Загальновідомим є вплив вірусів респіраторної групи на організм вагітної та плід, що зумовлює пригнічення стану імунної системи з активацією алергічних механізмів. Проте не досліджено, чи існує зв'язок із алергічною патологією у дітей та перенесеною вагітною цитомегаловірусною інфекцією, яка є однією з найбільш представницьких серед молодого населення. Зокрема, викликає стурбованість ранньої маніфестації atopічного дерматиту у дітей першого року життя.

Поглибленому дослідженню підлягало 50 дітей віком до 1 року, серед яких переважали хлопчики (66,0%). З анамнезу життя малюків вдалося з'ясувати: 84,0% народилися доношеними, в 22,0% випадків у мами під час вагітності діагностовано цитомегаловірусну інфекцію, анемія вагітних спостерігалася у 30,0% жінок.

Перші ознаки atopічного дерматиту з'явилися у 54,0% дітей у віці до 6 місяців. При цьому у 31 (62,0%) хворого постійно утримується сверблячка шкіри, у 34,0% – закрепи, які посилюють ступінь сенсibilізації. Зміни з боку шкірних покривів у 34,0% дітей мали поширений, а у 66,0% — локалізований характер; вирізнялася виражена сухість шкіри, екскоріації, локальна еритема шкіри.

Суттєвим фактором, що сприяв ранній алергізації дітей, є короткотривале вигодовування дітей грудним молоком; зокрема, лише 20,0% пацієнтів отримували його у віці, старше 6 місяців, а 54,0% — знаходилися на природному вигодовуванні лише 3-місячного віку. Алергічна настороженість організму обстежуваних зумовила ускладнений перебіг профілактичних щеплень в 44,0% випадків. Переважання серед хворих дітей чоловічої статі та рання клінічна маніфестація atopічних проявів з боку шкіри викликають тривогу з позицій ймовірної трансформації у бронхіальну астму. Саме при астмі у більшості дітей в анамнезі відмічаються ранні алергічні зміни шкіри чи слизових, загострення яких провокується плановими профілактичними щепленнями. Враховуючи наведене, усім дітям було проведено корекцію харчування, підібрано індивідуальні засоби догляду, медикаментозну та фітотерапію. Незначна за кількістю вибірка дітей 1 року життя з atopічним дерматитом не дає підстав робити узагальнення, але вимагає цілеспрямованого обстеження та спостереження за дітьми, у матерів яких діагностували цитомегаловірусну інфекцію під час вагітності. Першочергово необхідно визначати у дітей групи ризику рівень загального IgE в пуповинній крові, що сприятиме ранній діагностиці та своєчасному оздоровленню.

РОЛЬ РІВНЯ ЕРИТРОПОЕТИНУ В ДІАГНОСТИЦІ ДЕФЦИТУ ЗАЛІЗА

О.Л. ЦИМБАЛІСТА, З.В. ВОВК

Івано-Франківська державна медична академія

На сьогодні залізодефіцитні стани (ЗДС) давно перестали бути лише медичною проблемою, а розглядаються як достовірний фактор соціального неблагополуччя сім'ї, регіону чи країни. Дефіцит заліза значною мірою впливає на стан здоров'я, має серйозні наслідки на інтелектуальний і психомоторний розвиток дітей. Проблема ЗДС є актуальною і для Західного регіону України, оскільки за

даними МОЗ України поширеність залізодефіцитної анемії (ЗДА) серед дитячого населення віком до 14 років становить 2,74%, а серед дітей Прикарпаття має явну тенденцію до росту усіх вікових категорій (27,4%) за рахунок переважно середньотяжкої форми. Актуальною проблемою є диференціальна діагностика гіпохромних анемії. Тому ЗДА потрібно диференціювати з анеміями, які виникають на тлі хронічних захворювань.

Метою роботи було визначення критерію ЗДА за допомогою клініко-лабораторних тестів. Досліджували показники еритропоезу: рівень гемоглобіну (Hb), еритроцитів, ретикулоцитів, тромбоцитів, сироваткового заліза, залізо зв'язуючу здатність сироватки, вміст заліза в крові, еритропоетину (ЕПО) і феритину в сироватці крові. Вказані обстеження проведено у 84 дітей віком від 9 місяців до 4 років з ЗДА (I ступінь – 24 (28,6%) дітей; II ступ. – 40 (47,6%); III ступ. – 20 (23,8%) дітей.

Для оцінки продукції ЕПО у даній групі пацієнтів з метою порівняння було обстежено 25 здорових дітей віком від 9 місяців до 4 років. Показники двох груп оцінювали, враховуючи логарифмічний характер залежності концентрації ЕПО від рівня Hb.

Серед обстежених у 65 (77,22%) дітей виявлено достовірні критерії ЗДС, зокрема ознаки сидеропенічного синдрому: дистрофічні зміни шкіри, її придатків, спотворення смаку, м'язову гіпотонію, а також ознаки анемічного синдрому: блідість шкіри і слизових оболонок, зниження апетиту, підвищену фізичну і розумову втомлюваність, серцево-судинні порушення (запаморочення, ослаблення тонів, систолічний шум при аускультатції серця). В цій групі обстежених спостерігали нормальну продукцію ЕПО у відповідь на анемію. У решти 19 (22,6%) дітей залізодефіцитний стан не супроводжувався адекватною продукцією ЕПО. При детальному аналізі клініко-анамнестичних даних відмічено, що діти даної групи страждали на хронічні захворювання. Важливо відмітити, що у більшості випадків серед обстежених дітей мав місце обтяжений перинатальний анамнез: гестози вагітності у матері (62%), тяжка екстрагенітальна патологія (цукровий діабет, бронхіальна астма, патологія нирок, серцево-судинні захворювання) із загостренням (54%). Анемії вагітних спостерігались в 92% випадків (в т.ч. легка – в 27%, середньотяжка – в 52% і тяжка – в 13%). Майже половина обстежених дітей народилась недоношеними переважно I і II ступенів. Звертає увагу те, що серед народжених доношеними 12% складали діти з малою масою. Обстеження на TORCH-інфекцію у цих дітей негативні. Крім цього, важливе значення у розвитку дефіциту заліза у дітей має незбалансоване харчування у більшості вагітних. Суттєвої

ролі впливу професійно шкідливих факторів на організм матері до і під час вагітності не виявлено.

Таким чином, анемічний синдром у дітей віком від 9 місяців до 4 років, що супроводжується ЗДС, може мати різний етіопатогенетичний характер. Визначення адекватності продукції ЕПО у відповідь на анемію є важливим критерієм диференціації анемічного синдрому, що супроводжується ЗДС у дітей.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ ВСТАНОВЛЕННІ ДІАГНОЗУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПЕРШИМИ ЕПІЗОДАМИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ

Л.О. БЕЗРУКОВ, О.В. ОЛІЙНИК, В.А. КРАВЧЕНКО
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Проблема бронхіальної астми є однією з найбільш актуальних у сучасній педіатрії та дитячій алергології, що зумовлено значним зростанням її поширеності, збільшенням частоти захворювання, більш тяжким його перебігом, частішим летальним випадків під час астматичного приступу. Дебют бронхіальної астми, як правило, припадає на ранній вік, а в цьому періоді діагностувати захворювання досить проблематично. Крім того, в ранньому дитячому віці бронхіальна астма приховується під “маскою” рецидивуючого обструктивного синдрому різного походження.

При розвитку бронхіальної астми відмічаються певні зміни в імунному статусі хворих, а саме: підвищення кількості Т-лімфоцитів, функція яких асоціюється з хелперною, зниження Т-клітинної субпопуляції, функція якої асоціює із супресорною.

Метою роботи було встановлення діагностичної цінності основних показників клітинної ланки імунітету у дітей раннього віку, хворих на бронхіальну астму.

Обстежено 80 дітей раннього віку, хворих на бронхіальну астму, які складала першу клінічну групу, групою порівняння були 60 дітей, хворих на обструктивний бронхіт. У всіх пацієнтів визначали основні субпопуляції Т-лімфоцитів (CD_3 , CD_4 , CD_8) за допомогою моноклональних антитіл. У пацієнтів I клінічної групи відмічено збі-

льшення абсолютного вмісту CD_4 -лімфоцитів ($1,1 \pm 0,1$ Г/л), функція яких асоціюється з хелперною, порівняно з хворими на обструктивний бронхіт ($0,7 \pm 0,07$, $p < 0,05$). Враховуючи наявність достовірної різниці між групами спостереження за абсолютним вмістом CD_4 клітин, уявлялось доцільним встановити діагностичну цінність визначення абсолютного вмісту CD_4 лімфоцитів ($>1,0$ Г/л) у встановленні бронхіальної астми у дітей раннього віку. Показники діагностичної цінності тесту становили: Se – 71,2%, Sp – 66,3%, PV+ – 67,6%, PV– – 70%. Значна частка виникнення хибнонегативних (28,8%) та хибнопозитивних (33,7%) результатів свідчить про те, що окремо взятий цей тест не доцільно використовувати у дітей раннього віку. Однак при абсолютному вмісті CD_4 лімфоцитів більше 1,0 Г/л у обстежених хворих абсолютний ризик наявності бронхіальної астми складав 23,0%, відношення шансів – 3,8 (95% CI: 1,9-5,8, $p < 0,05$). Визначено також показник імунорегуляторного індексу (CD_4/CD_8) у дітей груп спостереження. Так, у хворих I клінічної групи він становив $2,3 \pm 0,13$, у дітей групи порівняння – $1,23 \pm 0,06$ ($p < 0,01$). Наявність у хворих з бронхообструктивним синдромом в периферичній крові CD_4/CD_8 більше 2,0 Г/л з достатньою чутливістю (86,0%) та помірною специфічністю (71,0%) свідчить про наявність бронхіальної астми. Вірогідність відсутності цього захворювання при наявності більш низького імунорегуляторного індексу складає 81,0%. При перевищенні співвідношення CD_4/CD_8 більше 2,0 атрибутивний ризик наявності бронхіальної астми складав 32%, а співвідношення ризиків – 3,6 (95% CI: 1,3-9,7, $p < 0,01$).

Таким чином, при визначенні діагностичної цінності показників клітинного імунітету у виявленні бронхіальної астми серед дітей з першими епізодами бронхообструкції встановлено, що найбільшу специфічність (71,0%) та чутливість (86,0%) мав тест щодо визначення перевищення імунорегуляторного індексу відмітки 2,0.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МІКРОЯДЕРНОГО ТЕСТУ БУКАЛЬНОГО ЕПІТЕЛІЮ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Л.О. БЕЗРУКОВ, Н.К. БОГУЦЬКА, Л.В. КОЛЮБАКІНА,
С.А. ЧЕРЕВКО, АЖИМІ СОФ'ЯН
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Неінвазивний метод цитогенетики – мікроядерний тест (МЯТ) ексфолюативних букальних епітеліоцитів – відповідає основним критеріям чутливості, доступності та інформативності, визначеним ВООЗ щодо скринуючих методів моніторингу, однак можливість його застосування як маркера стану здоров'я дитячої популяції вивчено недостатньо.

Райони мешкання вихованців дошкільних установ міста було віднесено до зони підвищеного екогенетичного ризику та контролю на підставі сукупного аналізу даних багаторічного динамічного моніторингу екосередовищ довкілля, цитогенетичного обстеження рандомізовано вибраних із усіх вихованців ДДУ 325 дошкільників, а також вивчення фертильності пилку та хромосомних порушень у меристемах корінців тест-рослин.

Встановлено, що за умови вищих за середньорегіональне значення величин МЯТ букального епітелію дітей у них достовірно зростає ризик наявності частих гострих респіраторних захворювань та функціональних порушень ЦНС, як і в цілому у популяції дітей дошкільного віку з району підвищеного екогенетичного ризику. При цьому у дітей як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях встановлено асоціюючі з підвищеною захворюваністю несприятливі зрушення показників специфічної та неспецифічної резистентності організму, тотожні виявленим і серед практично здорових дошкільників із зони підвищеного екогенетичного ризику, тобто й на донозологічному рівні. У загальній дитячій популяції в районі підвищеного екогенетичного ризику за даними 16-річного динамічного спостереження встановлено вищий рівень виявлених у перинатальному періоді природжених вад розвитку та вищу поширеність захворювань, у тому числі хронічної патології із генетичною компонентою її формування. Перевищення середнього значення МЯТ букального епітелію дітей у зіставленні із середньорегіональним із високими показниками діагностичної цінності свідчило про несприятливу екохарактеристику району їх мешкання.

Отже, цитогенетичний метод виявлення мікроядер в ексфолюативних клітинах букального епітелію дітей можна рекомендувати для проведення моніторингових досліджень в оцінці як стану здоров'я дитячої популяції, так і екохарактеристики району їх мешкання.

немовлят із обструктивним бронхітом, що стало підставою для їх застосування в якості діагностичних критеріїв відсутності бактеріальної пневмонії при вступі до стаціонару дитини з гострим бронхообструктивним синдромом.

Для створення образу клінічної одиниці – обструктивного бронхіту – у зіставленні із бактеріальною пневмонією попередньо відібрані усі клініко-параклінічні ознаки, за якими встановлено достовірну статистичну відмінність у групах спостереження. Найбільш діагностично значущими для диференціальної діагностики обструктивного бронхіту та бактеріальної пневмонії виявились більше виражені клінічні прояви респіраторного дистресу, менше – інтоксикаційного синдрому та нижчі рівні лейкоцитозу і нейтрофільного зрушення вліво у дітей основної клінічної групи. Нозологічний “образ” обструктивного бронхіту доповнено результатами багатофакторного аналізу усього комплексу досліджених анамнестичних, клінічних та лабораторних даних із формуванням основних компонентів із найбільш значущими окремими їх факторами. На підставі аналізу отриманих результатів створено констеляційну діагностичну таблицю диференціальної діагностики гострого обструктивного бронхіту та бактеріальної пневмонії у перший день госпіталізації дитини, яка базується переважно на клінічних і, меншою мірою, параклінічних критеріях захворювань.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Т.И. СТЕПАНЕНКО, С.А. ЛАЦИНСКАЯ
Днепропетровская государственная медицинская академия

С целью изучения факторов риска трансформации частых ОРЗ в рецидивирующие и хронические заболевания органов дыхания (РХЗОД) и проведение профилактических мероприятий у этого контингента детей нами было проведено проспективное наблюдение за 130 часто болеющими детьми (ЧБД) в возрасте 4-5 лет в течение 4 лет с изучением заболеваемости, социального и медико-биологического анамнеза, функции внешнего дыхания, адаптационных возможностей организма ребенка, иммунологических особенностей детей, микробиоценоза носоглотки.

Изучение заболеваемости ЧБД в течение 4 лет показало, что из 130 детей, часто болевших ОРЗ в дошкольном возрасте, 62 (47,7%) ребенка к 8 годам перестали часто болеть ОРЗ и перешли в группу эпизодически болеющих детей, 23 (17,7%) – остались часто болеющими, а у остальных 45 (34,6%) детей сформировались РХЗОД: у 18 (13,9%) – рецидивирующий бронхит, у 16 (12,3%) – респираторные аллергии, у 11 (8,5%) – бронхиальная астма.

Для выявления причин трансформации частых ОРЗ в РХЗОД мы провели факторный анализ, которому подвергли 24 переменных, имеющих наибольшую силу дисперсии у детей, сформировавших РХЗОД. Наиболее сильное влияние имели такие факторы, как наличие аллергического и лимфатического диатезов, состояние функции внешнего дыхания и адаптационные возможности организма ребенка. Из показателей внешнего дыхания сильная прямая зависимость выявлялась с показателями, характеризующими бронхиальную проходимость.

Такие факторы, как иммунологический статус ребенка, состояние микробиоценоза носоглотки имели средней силы связи с формированием бронхолегочной патологии у ЧБД. Из иммунологических показателей с формированием бронхолегочной патологии наиболее сильно коррелировали уровень IgA, IgE и иммунорегуляторный индекс. При оценке зависимости трансформации частых ОРЗ от состояния микробиоценоза носоглотки нами выявлена прямая зависимость не только от интенсивности контаминации слизистой патогенной флорой, но и от интенсивности контаминации ?-стрептококком.

На формирование патологии существенное и достоверное влияние оказывал целый ряд социальных и медико-биологических факторов: пассивное курение, двигательная активность, закаливание, качество питания ребенка в семье, наследственная отягощенность по аллергическим, бронхолегочным и ЛОР-заболеваниям, наличие патологии перинатального периода и осложненное течение периода новорожденности, частота ОРЗ за последний год, а также длительность течения ОРЗ и наличие их осложнений.

В формировании РХЗОД имело значение не только, как часто болел ребенок, но и то, какой уровень дыхательных путей при этом поражался. Нами выявлена прямая взаимосвязь между частотой острых заболеваний верхних дыхательных путей и формированием респираторных аллергозов, между частотой поражения нижних дыхательных путей при ОРЗ и формированием бронхиальной астмы.

Таким образом, риск формирования рецидивирующих и хронических заболеваний органов дыхания у ЧБД зависит от комплекса различных факторов. Поэтому профилактические мероприятия у этого контингента детей требуют комплексных мер по оздоровле-

нию среды обитания, формированию здорового образа жизни, рациональному питанию, устранению вредных привычек родителей, профилактике повторных ОРЗ.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

САМИР ДАНДАН ТАУФИК

Сумский государственный университет

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении пневмонии у детей, данная патология является одной из наиболее часто встречаемых, особенно в раннем возрасте. В Украине пневмонией ежегодно болеют от 40 до 50 тысяч человек среди взрослого населения, остается высоким процент заболеваемости и среди детского населения.

Проблема прогнозирования тяжелого течения пневмонии и неблагоприятного исхода остается актуальной, так как, несмотря на успехи современной медицины, повсеместно в мире отмечается увеличение летальности от пневмоний.

Целью работы было изучение факторов риска неблагоприятного исхода пневмонии у детей раннего возраста. Под наблюдением находилось 64 ребенка первого года жизни, которые лечились в стационаре по поводу пневмонии (1-я группа) и 24 ребенка с неблагоприятным течением основного заболевания, закончившегося летальным исходом (2-я группа).

Мальчиков было 59,4%, девочек – 40,6%. Среди детей 1-го года жизни неблагоприятный исход заболевания почти в 2 раза чаще наблюдался у мальчиков, чем у девочек (65,0 и 35,0% соответственно).

Заболевали пневмонией дети чаще в холодное время года: зимой – 53,1%, реже весной (21,9%) и осенью (17,2%) и очень редко летом (7,8%).

При изучении фенотипических характеристик установлено, что у детей обеих групп одинаково часто встречались В (III) и АВ (IV) группы крови (соответственно 18,0 и 27,3%; 2,0 и 0%), тогда как О (I) группа крови регистрировалась в 2 раза чаще у детей с благоприятным исходом заболевания (60,0 и 27,3%), а А (II) – у детей с неблагоприятным исходом (20,0 и 45,5%).

Пневмонией чаще болели дети, рожденные от первой беременности (соответственно 56,5 и 52,6% детей), которая осложнялась токсемией II половины беременности (3,6 и 16,7%), первых родов пу-

тем кесарева сечения (9,4 и 13,3%), с массой тела при рождении 2000–3000 г (21,3 и 68,4%, $p < 0,05$).

Вскармливание детей, заболевших пневмонией, было преимущественно искусственным (соответственно 70,3 и 64,7%), однако с первых дней после рождения на искусственном вскармливании находились 32,1% детей 1-й группы и 100% детей 2-й группы ($p < 0,05$).

Таким образом, по результатам наших наблюдений, пневмония носила отчетливый сезонный характер, значительно нарастая в осенне-зимние-весенние месяцы (с конца ноября по апрель). Можно предполагать, что фенотип О являлся фактором риска развития пневмонии у детей в раннем возрасте, а фенотип А – фактором риска развития неблагоприятного исхода этого заболевания. Искусственное вскармливание детей с первых дней жизни способствовало, по видимому, снижению общей иммунологической реактивности организма и развитию неблагоприятного исхода заболевания.

ЧАСТОТА СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

С.В. ПОПОВ, А.И. СМЯН, Т.П. БЫНДА
Сумский государственный университет

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) – одно из наиболее часто встречающихся патологических состояний периода новорожденности. По данным различных авторов ее распространенность составляет от 1,6 до 8 случаев на 1000 детей. Кроме центральной нервной системы, в патологический процесс при ГИЭ вовлекаются другие органы и системы, что усугубляет тяжесть состояния ребенка. Одной из важнейших причин повреждения внутренних органов является высвобождение медиаторов воспаления с последующим развитием синдрома полиорганной недостаточности (ПОН).

Было исследовано 346 новорожденных детей с ГИЭ средней и тяжелой степеней тяжести с целью определения частоты и длительности нарушения функций органов и систем больного новорожденного по совокупности клинических и лабораторных признаков, характеризующих наличие ПОН (Сулима Е.Г., 2002). Критериями выделения тяжести ГИЭ являлась классификация Н.В. Sarnat, M.S.

Sarnat (1976) в модификации А. Hill, J.J. Volpe (1994). Исследование проводилось на 1-, 3-, 5-7-, 14-16- и 24-28-й дни жизни.

У новорожденных с ГИЭ средней степени тяжести степень вовлечения внутренних органов была небольшой и максимально выраженной на 1-е сутки жизни. Наиболее часто отмечались нарушения функции со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – у $24,57 \pm 2,83\%$ детей и сердечно-сосудистой системы (ССС) – у $15,95 \pm 2,41\%$ младенцев. Изменения со стороны органов дыхания (ОД) и мочевыделительной системы (МВС) встречались реже – у $9,91 \pm 1,97$ и у $3,45 \pm 1,20\%$ новорожденных соответственно. Частота указанных нарушений достоверно снижалась уже на 5-7-е сутки, а со стороны МВС и ОД их уже не отмечалось.

У новорожденных с ГИЭ тяжелой степени частота повреждений функций внутренних органов нарастала к 3-му и 5-7-му дням жизни. Наиболее часто поражалась сердечно-сосудистая система – у $96,51 \pm 1,99\%$ детей, реже органы дыхания и мочевыделительная система – у $84,88 \pm 3,89$ и у $88,37 \pm 3,48\%$, еще более редко желудочно-кишечный тракт – у $66,28 \pm 5,13\%$ младенцев. Достоверное уменьшение частоты нарушения функций внутренних органов отмечено лишь на 14-16-й день жизни. При сопоставлении клинических данных с результатами доплерографического определения состояния органного кровотока выявлены изменения со стороны внутрисердечной и спланхической гемодинамики на 5-7-, 14-16- и 24-28-й дни жизни, ренальной – на 5-7- и 24-28-й дни. Определение показателей, характеризующих изменение удельного кровотока, показало наличие эффекта перераспределения кровообращения в пользу церебрального на 5-7- и 14-16-е сутки. Кроме того, анализ параметров внутрисердечной гемодинамики и фазовой деятельности сердца выявил наличие эффектов активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

Таким образом, анализ полученных данных показал, что синдром полиорганной недостаточности имеет место у большинства новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией тяжелой степени. Его развитие сопровождается изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы при активации нейрогормональных систем.

СТАН НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ

Л.В. ВАЩЕНКО, Т.Є. ШУМНА

Дніпропетровська державна медична академія

Незважаючи на впровадження заходів щодо профілактики порушень слуху, спостерігається тенденція до росту числа дітей зі слабким слухом. Важливим є те, що порушення слуху все частіше поєднується з різними церебральними дефектами. Це вказує на високий ступінь вірогідності пошкодження не лише периферичного, але й центрального відділу слухового аналізатора, у тому числі темпоральних областей кори лівої півкулі мозку, що супроводжується розладами нервової системи.

З метою оцінки функціональних параметрів біоелектричної активності головного мозку обстежено 96 дітей (48 дівчаток і 48 хлопчиків) з порушенням слуху віком від 7 до 16 років. Усім обстежуваним проводили електроенцефалографію (ЕЕГ) у 16 відведеннях.

Результати дослідження виявили, що альфа-ритм із домінуючою формою активності у всіх ділянках кори головного мозку реєструвався у 56% дітей. У 19,8% обстежених амплітуда альфа-ритму досягала у центральних, тім'яних, вискових та потиличних ділянках із втягненням передніх відділів 50-60 МКВ і відповідала віковій нормі.

Зниження функціональної активності нейронів головного мозку спостерігалось у 28,3% дітей з порушенням слуху, які скаржилися на головний біль, швидке втомлювання при розумовому та фізичному навантаженні, слабкість, дефіцит уваги. При цьому значне зниження амплітуди альфа-ритму у всіх ділянках кори головного мозку реєструвалося в 8,2% випадків, а повільні низькоамплітудні ритмічні коливання стійкого характеру з частотою 2,5-6,0 с – в 9,6%. В 10,5% випадків реєструвалося поєднання альфа-ритму із низькоамплітудними повільними тета- та дельта-хвилями.

Підвищення збудженості нервової системи, що зустрічалось у 28% дітей зі слабким слухом та характеризувалося дратівливістю, неуважністю, наявністю синдрому гіпермобільності, схильністю до нервових струсів, відображалось на ЕЕГ високою амплітудою основного альфа-ритму, його гіперсинхронним та генералізованим характером.

Зниження порогу судомної готовності реєструвалося на електроенцефалограмі у 34,4% обстежених у вигляді білатеральних спалахів високоамплітудних пароксизмальних розрядів тета- та дельта-ритму різної тривалості та комплексів “гостра-повільна хвиля”, “пік-хви-

ля”, переважно виражених у центральних ділянках кори з дифузним поширенням. Для цього контингенту дітей були характерні судомні еквіваленти, непритомні стани, енурез, гіпертермічні реакції.

Поєднання пароксизмальної активності з асиметрією амплітуди основного альфа-ритму, а також прояви міжпівкульової асиметрії, коли амплітуда коливань в одній півкулі перевищувала в іншій, розцінювалося як прояви іритативного характеру й кірково-підкіркових дисфункцій та реєструвалося у 67% дітей.

Внаслідок проведеного дослідження виявлено, що для дітей з порушенням слуху характерна висока частота пароксизмальної активності поєднано з міжпівкульовою асиметрією з втягненням до патологічного процесу темпоральних областей кори лівої півкулі та більш глибоких відділів головного мозку, ймовірно, внаслідок пошкодження центрального відділу слухового аналізатора на різних етапах онтогенезу.

Аналіз результатів нейрофізіологічного дослідження дає змогу підвищити ефективність медичних реабілітаційних заходів, спрямованих на корекцію розладів нервової системи у дітей з порушенням слуху.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

А.В. ЧУРИЛИНА

Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

Пролапс митрального клапана (ПМК) является одним из висцеральных проявлений системной дисплазии соединительной ткани или единственным ее синдромом. Данная дисплазия является врожденной патологией, при которой наследуются как структурные, так и функциональные особенности соединительной ткани. Предполагают наличие единого дефекта на уровне строения биологических мембран, реализующегося в особенностях морфологии структур, метаболизма, что значительно влияет на функцию отдельных систем и организма в целом. Общее значение в развитии патологии имеют такие метаболические нарушения, как интенсификация перекисного окисления липидов (ПОЛ), сдвиги в антиоксидантной системе (АОС), нарушения энергетического потенциала и другие. Маркера-

ми метаболической интоксикации являются также молекулы средней массы (МСМ) или средние молекулы (СМ), которые при чрезмерном накоплении проявляют токсическое действие.

Обследовано 98 детей с ПМК I степени в возрасте от 10 до 14 лет. Среди них 47 мальчиков и 51 девочка. Контрольную группу составили 20 здоровых детей того же возраста. В крови общепринятыми методами определяли уровень продуктов ПОЛ: диеновых конъюгат (ДК), малонового диальдегида (МДА), а также перекисной гемолиз эритроцитов (ПГЭ); параметры антиоксидантной системы организма; активность лизосомальных ферментов (катепсина Д и кислой фосфатазы); а также уровень МСМ.

Результаты исследования показали наличие значительных метаболических нарушений у детей с ПМК. Содержание ДК в плазме крови пациентов с ПМК на 33% превышало нормальный уровень; концентрация МДА в эритроцитах – на 64%; значение ПГЭ было на 74 % выше таковых у детей контрольной группы. Различия между всеми показателями ПОЛ исследуемой и контрольной групп достоверны ($p < 0,05$). При этом отмечено существенное снижение абсолютных значений параметров, характеризующее состояние АОС организма. Содержание основного эндогенного антиоксиданта α -токоферола в сыворотке крови и активность главного антиоксидантного фермента супероксиддисмутазы в цельной крови детей с ПМК было в 1,3 раза меньше таковых в контрольной группе ($p < 0,05$). При исследовании активности лизосомальных ферментов сыворотки крови пациентов с ПМК наблюдали статистически значимое увеличение активности катепсина Д (в 1,6 раза) и кислой фосфатазы (в 1,3 раза). Полученные результаты свидетельствуют о том, что при ПМК происходит лабилизация не только клеточных, но и субклеточных мембран, в частности лизосомальных. Уровень МСМ в исследуемой группе превышал таковой в контроле в 1,5 раза ($p < 0,05$), что также свидетельствует в пользу предположения о наличии у детей с ПМК метаболической интоксикации.

Таким образом, для детей с ПМК характерна выраженная интенсификация процессов липопероксидации на фоне снижения антиоксидантной активности организма, нарушение проницаемости клеточных и субклеточных мембран с последующим выходом в сыворотку крови и активации лизосомальных ферментов, в частности протеолитических; увеличение концентрации в сыворотке крови МСМ. Все это свидетельствует о наличии у этих пациентов метаболических нарушений.

СТАН ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ МІСЯЦІВ ЖИТТЯ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

В.А. ТИЩЕНКО, Т.К. МАВРОПУЛО

Дніпропетровська державна медична академія

На теперішній час досліджено вплив анте- та інтранатальної патології на становлення параметрів церебральної гемодинаміки в неонатальному періоді, причому за межами раннього неонатального періоду увага, головним чином, приділялась дітям, які мали тяжкі та середньотяжкі ураження нервової системи. В зв'язку з цим метою роботи було дослідження стану мозкового кровообігу у дітей перших місяців життя з помірними проявами неврологічних відхилень залежно від характеру перебігу перинатального періоду. Проведено клініко-неврологічне та доплерсонографічне обстеження 194 доношених немовлят перших чотирьох місяців життя. З точки зору генезу перинатальних уражень ЦНС дітей було розподілено на п'ять груп: перша група включала 47 малюків з ознаками внутрішньоутробної гіпоксії, друга – 32 дитини з ананестичними ознаками інтранатальної гіпоксії, третя – 22 малюки з ознаками патології інтранатального періоду та верифікованим діагнозом натальної пологової травми, четверта – 46 дітей з ознаками внутрішньоутробної гіпоксії та натальної пологової травми, п'ята – 47 немовлят з ознаками анте- та інтранатальної гіпоксії. Клінічна картина неврологічних відхилень характеризувалась синдромами підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, вегетативних дисфункцій, гіпертензійно-гідроцефальним, гідроцефальним та синдром рухових порушень (пірамідна недостатність, зміни м'язового тону за типом помірних проявів цервікальної недостатності). Контрольна група включала 24 здорових малюки.

Діти першої групи, порівняно з іншими немовлятами, мали вищі показники розмірів зовнішніх ліквороутримуючих просторів та швидкості кровоплину у вені Галена в тримісячному віці. Немовлята другої групи характеризувались відносно вищими показниками розмірів зовнішніх ліквороутримуючих просторів в одно-, дво- та чотиримісячному віці, прискоренням кровоплину у вені Галена у двомісячному віці. Малюки третьої групи мали ознаки відносного прискорення систолічної швидкості кровоплину базиллярної артерії в місячному віці, відносного зниження індексу резистентності даної

судини в тримісячному, високі значення розмірів зовнішніх ліквороутримуючих просторів в три- та чотиримісячному віці, зміни співвідношення швидкостей систолічного кровоплину передньої та середньої мозкових артерій в чотиримісячному віці. Четверта група також мала ознаки відносного прискорення систолічної швидкості кровоплину базилярної артерії в місячному віці, високі значення показників розмірів зовнішніх ліквороутримуючих просторів в дво-місячному віці. П'ята група характеризувалась відносним розширенням переднього рогу лівого бічного шлуночка та відносно високими значеннями розмірів зовнішніх ліквороутримуючих просторів в дво- та тримісячному віці.

Отже, розбіжності в показниках стану церебральної гемодинаміки при різних варіантах перинатальних уражень ЦНС у дітей з помірними клінічними проявами неврологічної патології можуть зберігатися протягом перших чотирьох місяців життя, причому вони стосуються як артеріальної, так і венозної ланки мозкового кровоплину. Ці особливості мають вікову залежність, характер же розширення зовнішніх ліквороутримуючих просторів, можливо, є наслідком попередніх гемодинамічних порушень. Виявлені особливості транзиторних перебудов мозкового кровоплину повинні враховуватись при складанні індивідуальних реабілітаційних програм для дітей з ознаками перинатально гіпоксичного та травматичного ураження ЦНС.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АЦЕТОНЕМІЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ

А.В. БАЖЕНОВА

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Збереження здоров'я дітей є найважливішою та актуальною проблемою педіатрії. Тож особливу увагу педіатрів привертають такі патологічні стани, які в подальшому призводять до хронічного перебігу того чи іншого захворювання та погіршення якості життя. Останнім часом все частіше у дітей зустрічаються ацетонемічні стани, які супроводжують різноманітні захворювання, протікають з вираженим порушенням загального стану дитини та вимагають невідкладної допомоги.

В дитячій міській клінічній лікарні м. Полтави за 2002 рік було госпіталізовано 264 дитини з ацетонемічним синдромом. Нами відмічено стійкий ріст даної патології за останні 5 років. Так, в 1997 році

спостерігався 31 випадок ацетонемічного синдрому, в 1999 р. – 198, в 2001 р. – 398. Після проведеного аналізу 131 історії хвороб дітей, яких було госпіталізовано до відділення раннього дитинства з ацетонемічним станом, нами отримано такі дані: найчастіше ацетонемічний синдром супроводжував ГРВІ у 52,7% дітей, у 18,8% хворих перебіг ГРВІ був ускладнений гіпертермічним синдромом, а у 6,8% дітей ацетонемічний синдром спостерігався при ГРВІ, ускладненій запальними захворюваннями ЛОР-органів; у 35% дітей даний стан виникав при дискінезії шлунково-кишкового тракту; при дискінезії жовчо-вивідних шляхів – у 15,3% дітей; загострення хронічного гастриту супроводжувалося ацетонемічним станом у 6,8% дітей; у 3% – ацетонемічний синдром був попередником гострих кишкових інфекцій. Поєднання ГРВІ та дискінезії шлунково-кишкового тракту мали 20% госпіталізованих дітей. Супутня патологія у вигляді дефіцитної анемії, нефропатії, панкреатопатії, перинатальних захворювань ЦНС спостерігалася у 18,8% дітей. На диспансерному обліку у спеціалістів знаходилося 51,1% дітей.

Алергологічний анамнез свідчив про наявність харчової алергії у 24,4%, медикаментозної – у 13% дітей, а у 8% хворих спостерігалася полівалентна алергія. Дисбіоз в анамнезі відмічено у 6,8% дітей. 25% дітей протягом року були неодноразово госпіталізовані з даним діагнозом. Найчастіше причиною виникнення ацетонемічного синдрому була вірусна інфекція (48%). Порушення режиму та характеру харчування дитини в 36,6% випадків спричиняло кетоацидоз. Серед інших пускових моментів розвитку ацетонемічного стану слід назвати загострення патології шлунково-кишкового тракту, стрес, голодування, інфекційні хвороби.

Клінічно ацетонемічний синдром протікав з вираженою інтоксикацією, м'язовою слабкістю, адинамією, відмовою від їжі та питва, запахом ацетону з рота, нудотою, частим або безперервним блюванням, болем у животі, гіпоглікемією, порушенням функції печінки та кетонуриєю.

На час госпіталізації 80% дітей були у середньотяжкому стані, 20% – мали тяжкий перебіг кетоацидозу. 17,5% дітей потребували консультації хірурга. За даними ультразвукового дослідження у 79,2% дітей були реактивні зміни печінки. Патологічні зміни на ЕКГ у вигляді аритмій, порушення провідності та зниження процесів реполяризації у міокарді мали 88,3% обстежених дітей.

Таким чином, враховуючи стрімкий ріст частоти даної патології за останні роки, слід більше уваги приділяти даній проблемі. Адже в діагностиці, лікуванні та профілактиці ацетонемічних станів у дітей в сучасних умовах залишається ще багато питань, які вимагають подальшого вирішення.

ПРОГНОЗУВАННЯ ТА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ КРОВОВИЛИВІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ БЕЗ ОЗНАК АСФІКСІЇ

О.О. КАЛЮЖКА

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Проблема перинатального ураження ЦНС протягом багатьох років знаходиться у центрі уваги наукових досліджень і практичних лікарів. Інтерес до цієї проблеми пояснюється високою частою даної патології. Однією з головних причин ураження ЦНС у новонароджених є крововиливи у мозок різної локалізації, частота яких має тенденцію до збільшення в останні роки.

Метою нашого дослідження було вивчення перинатальних факторів ризику виникнення інтракраніальних крововиливів у доношених новонароджених, які народилися без ознак асфіксії, та розрахунок прогностичних коефіцієнтів розвитку даної патології. Для вивчення факторів ризику було проведено аналіз 178 індивідуальних карт перебігу вагітності, історій пологів, карт новонароджених дітей за архівними матеріалами Полтавського міського пологового будинку та історій хвороб відділення патології новонароджених дитячої міської клінічної лікарні за період з 2000 по 2002 роки.

Обстежених дітей було розподілено на дві групи – основну та групу порівняння. Основна група складалася із трьох підгруп: до першої підгрупи увійшли 68 доношених новонароджених без ознак асфіксії, до другої – 22 доношені дитини, які народилися з ознаками асфіксії середнього ступеня тяжкості, до третьої – 51 дитина з недоношеністю I–II ступеня, народжена без асфіксії. Групу порівняння складала 37 здорових новонароджених, яких було відібрано методом випадкового відбору.

У всіх дітей основної групи за даними НСГ було діагностовано інтракраніальні крововиливи різного ступеня тяжкості та локалізації. В клінічній картині у дітей домінували вегето-вісцеральні порушення (дихальні розлади, систоло-діастолічні шуми, лабільність судинного тонуусу, серцеві аритмії), зміни в неврологічному статусі проявлялися м'язовою гіпо- чи гіпертонією, дистонією, ознаками збудження або пригнічення ЦНС.

Аналізуючи репродуктивний анамнез матерів, ми відмітили, що найчастіше обтяжений анамнез спостерігався у матерів дітей першої та третьої підгруп. Аналіз перебігу даної вагітності показав, що

у всіх підгрупах найчастішими ускладненнями вагітності були загроза переривання вагітності, анемія вагітних, ХФПН, гестози вагітних, кольпіт. У більшості матерів пологи ускладнилися передчасним відтіканням навколоплодової рідини, слабкістю або дискоординцією пологової діяльності, що вимагало медикаментозної стимуляції.

Проведений клініко-анамнестичний аналіз дозволив виявити найбільш значущі фактори ризику розвитку церебральних крововиливів у новонароджених. На нашу думку, найбільш інформативними є такі: обтяжений акушерський анамнез (аборти, загроза переривання вагітності, ХФПН, гестози, кольпіт, ГРВІ під час вагітності), недоношеність, асфіксія, відсутність динаміки за шкалою Апгар, затримка внутрішньоутробного розвитку, наявність в ранньому неонатальному періоді вегето-вісцеральних порушень, неврологічної симптоматики.

Ми вважаємо, що наявність даних факторів ризику є підґрунтям для проведення НСГ всім новонародженим, навіть при високій оцінці за шкалою Апгар, для ранньої діагностики інтракраніальних крововиливів.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ СИНДРОМОМ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЇ

Г.М. ТРАВЕРСЕ, С.М. ЦВІРЕНКО, МУХАМЕД НХАЛ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Жовтяниці є поширеними станами у новонароджених, які негативно впливають на постнатальні адаптаційні процеси. Гіпербілірубінемія може бути проявом багатьох патологічних процесів, визначаючи їх перебіг.

Нами проаналізовано 162 історії хвороб дітей, які знаходилися у відділенні патології новонароджених дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави з діагнозом кон'югаційної жовтяниці. Серед них 74 дитини були доношеними, 88 – недоношеними.

Аналіз пренатального розвитку дітей виявив, що вагітність у 90% матерів була ускладненою. У жінок, які мали термінові пологи, серед ускладнень вагітності домінували загроза переривання (у 44%), інфекційні захворювання під час вагітності (у 39%), хронічна фетоплацентарна недостатність (у 38%), анемії (у 26%). Лише у 7% жінок

вагітність була фізіологічною. У матерів, котрі народили передчасно, у 93% визначалися ускладнення під час вагітності: у 40% – загрошення соматичних чи інфекційних захворювань, у 45% – загроза переривання, у 32% – анемії, у 19% – прееклампсія. Аналіз перебігу пологів показав, що у 33% матерів пологи ускладнилися несвоєчасним відтіканням навколоплодових вод, у 20% – слабкістю пологової діяльності, у 18% жінок пологи було проведено шляхом операції кесарева розтину.

У всіх дітей діагноз кон'югаційної жовтяниці був супутнім. Структура перинатально зумовленої патології у доношених немовлят була такою: у 94% – гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС, у 39% – затримка внутрішньоутробного розвитку, у 25% – внутрішньоутробні інфекції. Серед передчасно народжених дітей структура основних нозологій була такою: у 100% – гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС, у 28% – синдром дихальних розладів, у 23% – затримка внутрішньоутробного розвитку, у 11% – анемії, у 11% – внутрішньоутробні інфекції.

Середній рівень загального білірубіну в пуповинній крові у обстежених дітей становив 33,9 ммоль/л. Видима жовтяниця з'являлася на 2-5 добу життя, тривалість її становила від 16 до 25 діб. Максимальний рівень загального білірубіну досягав на момент госпіталізації до відділення (7-9 добу життя) у доношених дітей 176-304 ммоль/л, у недоношених дітей – 163-329 ммоль/л. У всіх новонароджених визначалося переважання непрямой фракції. У жодної дитини ми не виявили ознак ізоімунного чи спадкового гемолізу. При аналізі гемограм нашу увагу привернула висока частота поліцитемії (у 13% немовлят рівень гемоглобіну перевищував 220 г/л).

При аналізі нейросонограм (НСГ) ми виявили у доношених новонароджених такі дані: 10% дітей не мали патологічних змін, у 68,9% дітей визначалися субепендимальні крововиливи, у 28,3% – набряк структур головного мозку, у 14,8% – інтравентрикулярні крововиливи, у 10,8% – поодинокі перивентрикулярні псевдокісти. У недоношених новонароджених на НСГ визначалися: у 77,3% – субепендимальні крововиливи, у 35% – набряк структур головного мозку, у 34% – інтравентрикулярні крововиливи, у 28,4% – незрілість.

Таким чином, проведений нами аналіз клініко-анамнестичних даних дітей із синдромом гіпербілірубінемії показав неоднорідність новонароджених даної групи, що вимагає диференційованого підходу при діагностиці та лікуванні жовтяниць у новонароджених.

ДО ПИТАННЯ ПРО РОЛЬ ДИСПЛАЗІЙ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ФОРМУВАННІ ХРОНІЧНОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, О.А. ОШЛЯНСЬКА, І.В. ДУДКА,
Л.О. ДАЦЕНКО, В.Б. НІКОЛАЄНКО, Л.Б. ПЕТРЕНКО
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Провідні функції сполучної тканини зумовлюють її участь в усіх фізіологічних та патологічних процесах в організмі, тому вивчення проявів її первинних захворювань у дітей залишається актуальним питанням педіатрії. Дисплазії сполучної тканини (ДСТ) розглядаються як системний прогресивний процес, який характеризується наявністю мікроаномалій опорно-рухового апарата та сполучнотканинних структур внутрішніх органів. ДСТ можуть сприйматись як несприятливий фон для виникнення хронічної соматичної патології. Тому привертає увагу структура захворюваності дітей з ДСТ.

У клініко-діагностичному відділенні ІПАГ АМН України у 1996-2003 рр. з різних приводів перебували на стаціонарному лікуванні 378 хворих, у яких вперше було встановлено діагноз ДСТ. Для верифікації цього діагнозу використовували клінічні критерії за Нью-Йоркською асоціацією кардіологів та уніфіковані біохімічні методи дослідження. Найчастіше спостерігалися: MASS-фенотип (162 пацієнти), Елерсо-подібний тип ДСТ (100 хворих) та Марфано-подібний тип ДСТ (51 дитина). У 28,04% пацієнтів з ДСТ виявлено аномалії розвитку внутрішніх органів (пролапс мітрального клапана, природжені вади серця, нирок, легень, кісти яєчників, киля різної локалізації, доліхоколон, спланхноптоз, деформації жовчного міхура) та опорно-рухового апарата (плоскостопість, гіпереластоз шкіри, порушення статури, укорочення кінцівок, екзостози, гіпермобільність та дисплазії суглобів, воронкоподібна деформація грудної клітки, кривошия, скривлення носової перетинки). Імунодефіцитний стан діагностовано в 7,14% випадків (більшість з них мала первинний імунодефіцит у вигляді загальної варіабельної та транзиторної гіпогаммаглобулінемії, селективної недостатності імуноглобуліну А, синдрому Джоба, дефекту фагоцитозу, гіпоплазії тимуса). Клінічні прояви мінорного імунодефіцитного стану спостерігалися у 17,99% хворих на ДСТ у вигляді рецидивних гнійних інфекцій шкіри, слизових оболонок, лімфаденітів, персистенції протозойних інвазій та інфекцій, викликаних сімейством *Herpes viridae*. У 3,52% пацієнтів відмічено наявність алергічної патології (респіраторні алергози, алергічні кон’-

юнктивіти та дерматити, харчова та медикаментозна алергія, анафілактичні стани). Виникнення супутніх хронічних запальних захворювань внутрішніх органів, найчастіше шлунково-кишкового тракту, спостерігалось в усіх хворих на ДСТ дітей (езофагіт, гастродуоденіт, холецистохолангіт, гепатит, коліт, панкреатит). Розвиток їх могли спричиняти ультраструктурні зміни органів. У 16,67% хворих на ДСТ спостерігалися клінічні прояви синдрому вегетативної дисфункції. 12,17% обстежених дітей з ДСТ страждали на хвороби з автоімунним патогенетичним механізмом розвитку (ревматоїдний артрит, ревматизм, системний васкуліт, вузликова еритема, системний та дискоїдний червоний вовчак, дерматофіброз, псоріаз, автоімунний тироїдит).

Велика частота хронічної соматичної патології у дітей з ДСТ свідчить про доцільність урахування наявності останньої при визначенні обсягу терапії для хворих. З іншого боку, призначення повторних багатокомпонентних курсів медикаментозної терапії внутрішніх хвороб найчастіше призводить до обмеження можливостей реабілітації дітей з ДСТ. При наявності полісистемних порушень в організмі необхідним є проведення якомога ранньої діагностики ДСТ з призначенням індивідуальних лікувально-профілактичних заходів, напрямок яких залежить від ступеня вираженості ДСТ, характеру супутньої патології та стану імунної системи хворого.

ПРО РОЛЬ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗА КИШКІВНИКА У ПАТОГЕНЕЗІ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТА

Т.А. ПОЛУК, Т.О. ЛИСЯНА, О.А. ОШЛЯНСЬКА, Л.Б. ПЕТРЕНКО
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

У сучасній ревматології значна увага приділяється ролі інфекційних агентів у розвитку ювенільного ревматоїдного артрити (ЮРА). Обстежено 22 хворих на ЮРА дітей віком від 4 до 15 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініко-діагностичному відділенні ІПАГ АМН України у 2002-2003 рр. У 63,64% дітей спостерігався I ступінь активності запального процесу, у 18,18% – II, у 18,18% – III ступінь активності. Усім хворим, крім ретельного клінічного обстеження, проведено бактеріологічне дослідження стану мікробіоценозу кишечника за стандартними методиками з викорис-

танням диференціально-діагностичних середовищ за допомогою аналізатора “Quantum-2” і системи реагентів фірми “Abbot” та дослідження вмісту основних субпопуляцій лімфоцитів периферичної крові на проточному цитофлюориметрі “FACSscan” з використанням моноклональних антитіл. У попередніх терапевтичних комплексах у обстежених хворих не використовували еубіотичних та пробіотичних засобів. Серед обстежених дітей з ЮРА дисбіоз кишечника I ступеня виявлено у 9,09% хворих, зміни мікробіоценозу, які притаманні II та III ступеням дисбіозу кишечника, – у 90,01% пацієнтів. Випадків ресстрації IV ступеня дисбіозу кишечника серед обстежених пацієнтів з ЮРА не було. В усіх хворих на ЮРА, за нашими даними, відмічено комбінований тип дисбіозу кишечника. Декомпенсована клінічна форма з наявністю проявів колітичного синдрому спостерігалася лише у третини обстежених серед хворих з II та III ступенями дисбіозу кишечника. У 63,64% хворих на ЮРА при бактеріологічному дослідженні виявлено гриби роду *Candida*, гемолізуюча *E. Coli* виявлялась у 27,27%, умовнопатогенна мікрофлора (*Enterobacter cloacae*, *Enterobacter aerogenes*, *Citrobacter*, *Clebsiella pneumoniae*) – у 45,45% пацієнтів, *Staph. aureus* – у 27,27% хворих на ЮРА.

Ступінь порушень мікробіоценозу кишечника відповідав активності запального процесу і змінам у стані імунної системи обстежених хворих. У пацієнтів з дисбіозом кишечника II ступеня відмічено тенденцію до збільшення вмісту $CD_{3+}CD_{4+}$ -лімфоцитів. При наявності дисбіозу кишечника III ступеня у обстежених дітей, на відміну від хворих на ЮРА з відсутністю суттєвих змін у складі мікрофлори кишечника, спостерігалось достовірне ($p < 0,05$) збільшення вмісту $CD_{3+}CD_{4+}$ -лімфоцитів на тлі зменшення вмісту $CD_{3+}CD_{8+}$ - та $CD_{3+}C_{16/56+}$ -лімфоцитів в периферичній крові зі зростанням імунорегуляторного індексу.

Проведені дослідження свідчать про наявність безпосереднього впливу антигенів бактеріальної мікрофлори кишечника на стан місцевого та системного імунітету хворих дітей. Отримані дані узгоджуються з результатами попередніх наших досліджень про збільшення вмісту інтраепітеліальних γ , $d+$ - CD_{3+} -лімфоцитів в периферичній крові хворих на ЮРА. Таким чином, за результатами проведених досліджень у хворих на ЮРА дітей виявлено значні порушення мікробіоценозу кишечника, що вимагає своєчасної діагностики та диференційованої корекції, навіть при відсутності у пацієнтів клінічних проявів.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ НАРУШЕНИЙ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Н.Б. ЕВГРАФОВА, Л.В. КВАШНИНА

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины
Городской детский гастроэнтерологический центр, г. Киев

Диагностика поражений поджелудочной железы (ПЖ) на современном этапе остаётся сложной и нерешенной до конца проблемой. О сложности диагностики ее заболеваний свидетельствует противоречие между числом существующих лабораторных тестов (около 200) и частотой диагностических ошибок. Особенно это касается детей, где диагностика ранних нарушений ПЖ недостаточно разработана. Зачастую диагноз ставится только по данным УЗИ, а известные методы исследований малоинформативны при диагностике донозологических нарушений функции ПЖ, для выявления которых более значимыми являются нагрузочные или провокационные пробы.

На базе отдела проблем здорового ребенка ИПАГ АМН Украины и городского детского гастроэнтерологического центра г. Киева проводятся исследования экзокринной функции ПЖ с использованием нагрузочного теста (стимуляция прозеринум). Прозерин является ингибитором холинэстеразы и приводит к накоплению ацетилхолина в организме, который, в свою очередь, является стимулятором секреции ацинарных и дуктальных клеток. Исследование проводится с определением амилазы крови натощак, до нагрузки и через 1, 2 часа после нее с одновременным УЗИ-контролем диаметра Вирсунгова протока.

Было обследовано 52 ребенка, из них: 12 детей – здоровые, 24 – с функциональными нарушениями ПЖ и 16 – с сочетанной хронической патологией системы пищеварения. В результате полученных данных было выделено несколько вариантов реагирования ПЖ на стимуляцию прозеринум (амилазные кривые) у здоровых и больных детей. Выделено 3 типа амилазных кривых:

I тип – исходные значения не превышают общепринятых нормальных показателей амилазы крови, на первом часу они увеличиваются в 1-1,5 раза и возвращаются к 2-му часу к первоначальным величинам;

II тип – исходные значения не превышают общепринятых нормальных показателей амилазы крови, их величины неуклонно увеличиваются на протяжении 2-х часов, не превышая исходные величины в 2 раза;

III тип – исходные значения не превышают общепринятых нормальных показателей амилазы крови, их величины к первому часу снижаются не более чем на 50% от исходных и ко 2-му часу возвращаются к исходному уровню.

III тип амилазной кривой характерен для детей с донозологическими нарушениями ПЖ и страдающими сочетанной патологией ЖКТ.

УЗИ Вирсунгового протока показало, что в большинстве случаев уже через 1 час после подкожного введения прозерина наблюдается его расширение, и лишь в 11% случаев расширение протока выявлено на 2-ом часу у детей с гипотонией сфинктера Одди (что согласуется с данными УЗИ после желчегонного завтрака). Каких-либо различий и особенностей в реагировании диаметра Вирсунгового протока на нагрузочные пробы у здоровых и больных детей нами установлено не было.

Таким образом, тип амилазной кривой (при проведении прозеринового теста) может служить диагностическим критерием для диагностики ранних нарушений функции поджелудочной железы у детей.

ІМУННІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМЛЮВАНОСТІ НА ФОНІ ЧАСТИХ ГРВІ

Т.В. ПОЧИНОК, Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, В.П. ЧЕРНИШОВ,
Л.І. АПУХОВСЬКА

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

З метою уточнення впливу перинатальних факторів ризику на формування імунітету обстежено 65 дітей віком від 6 до 8 років із синдромом хронічної втомлюваності (СХВ) на фоні частих ГРВІ більше 5-6 разів на рік. Відібрано 23 дитини (12 дівчаток та 11 хлопчиків), котрі народилися від матерів із фізіологічним перебігом вагітності (I група), та 22 дитини (10 дівчаток та 12 хлопчиків) від матерів, які страждали на прееклампсію середнього ступеня (ПЕВ) в періоді вагітності (II група), та 20 здорових дітей (10 дівчаток та 10 хлопчиків) такого ж віку, які епізодично хворіли на ГРВІ (1-2 рази на рік) та були народжені від матерів із фізіологічним перебігом вагітності (ФПВ). У обстежених дітей через 3-4 тижні після перенесення ГРВІ виявлено відхилення в показниках клітинного, гумора-

льного та місцевого імунітету, більш виражені у дітей II групи. Зокрема, у 43,5% дітей I групи та у 81,8% дітей II групи відмічалися прояви вторинної імунологічної недостатності за рахунок зниження відносного та абсолютного рівнів лімфоцитів, CD_{3+} , CD_{4+} , CD_{3+} -клітин у межах (лімфоцитів [27-28%; (1,03-1,32)·10⁹ кл/л]; CD_{3+} [54-66%; (0,56-0,87)·10⁹ кл/л]; CD_{4+} , CD_{3+} [30-32%; (0,31-0,42)·10⁹ кл/л]); та зниження абсолютної кількості CD_{8+} , CD_{3+} [(0,37-0,50) ·10⁹ кл/л] при нормальному рівні CD_{56+} , CD_{16+} , CD_{3+} та CD_{19+} . У 56,3% дітей I групи та у 18,2% дітей II групи показники імунітету не виходили за межі нормальних вікових коливань. У дітей, котрі народилися від матерів із ПЕВ, спостерігалася більш виражене зниження відсотка фагоцитуючих клітин (43,9±0,8%) порівняно з даними дітей I групи (46,6±0,8%) та здорових дітей (62,5±1,5%). У дітей II групи відмічалися також зміни з боку гуморальної ланки імунітету за рахунок зниження рівня IgG, тоді як у дітей I групи, народжених від матерів із ФПВ, рівень імуноглобулінів знаходився в межах вікових коливань. У слині обстежених дітей відмічено знижений вміст IgA та sIgA, показники яких були значно нижчими у дітей, які народилися від матерів із ПЕВ. Відомо, що функціональна активність імуноглобулінів залежить від структури їх білкової молекули та їх ліпідного оточення. Вивчення біохімічного складу фракції імуноглобулінів показало, що у дітей з СХВ відмічаються зміни як в кількості білка імуноглобулінів, так і в їх ліпідному оточенні. Найнижча кількість білка імуноглобулінів спостерігалася в II групі дітей (4,09±0,02 г/л) порівняно з дітьми I групи (4,97±0,22 г/л) та здоровими дітьми контрольної групи (7,7±0,2 г/л), $p < 0,05$. У них також змінювалося і ліпідне оточення імуноглобулінів: підвищувався вміст холестерину (у дітей I групи – 20,2±0,1 ммоль/г білка; у дітей II групи – 26,78±0,15 ммоль/г білка; у здорових дітей – 10,9±0,3 ммоль/г білка; $p < 0,05$ у всіх випадках). Виявлені зміни показників загального (клітинного, гуморального), місцевого імунітету та фагоцитозу в обстежених дітей відображають зниження загальної резистентності їх організму до вірусно-бактеріальних інфекцій. Більш виражені відхилення спостерігалися у дітей з СХВ, що народилися від матерів з перинатальною патологією. Крім того, у дітей з СХВ на фоні ГРВІ має місце біохімічна неповноцінність імуноглобулінового комплексу, більш виражена у дітей, які народилися від матерів із ПЕВ. Це, можливо, впливає на біологічні властивості останнього і знижує захисні сили організму щодо дії чужорідних агентів у процесі імунної відповіді організму на антигенний подразник у реакції антиген-антитіло.

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

О.И. ЛАСИЦА, Е.Н. ОХОТНИКОВА, К.В. МЕЛЛИНА,
Е.И. УСОВА, Н.К. ТИХОМИРОВА, Н.Ю. ЯКОВЛЕВА,
Т.Н. ТКАЧЕВА

Киевская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика

Достижение комплаенса в диагностике и лечении аллергических заболеваний у детей является крайне важным вопросом, поскольку в значительной мере определяет их эффективность. Взаимоотношения врача и больного, которые декларирует хартия больного от 20.09.1974, имеют свои особенности не только в педиатрии вообще и ее областях, но и при лечении отдельных заболеваний. Уважение к личности ребенка, защита его достоинства являются одним из важнейших этических положений деятельности педиатра. Исполнение этих положений лично педиатром не является самым тяжелым в достижении комплаенса. Нередко врач должен помочь ребенку в отстаивании и сохранении своих прав от посягательств на них со стороны родителей и родственников. Право на информацию и знакомство с медицинской документацией должны иметь не только родители, но и сам ребенок. Это требует от врача знания психологии ребенка, учета возраста и особенностей интеллекта, характера, мотиваций поведения. Информацию ребенку и родителям нужно давать отдельно каждому и вместе, что требует не только профессиональных и психологических знаний, но и определенного такта и опыта врача. Следует объяснить сущность атопии, последовательность развития сенсибилизации, клинических проявлений “атопического марша”, обратив особое внимание на разъяснение роли наследственности и внешних факторов в патогенезе болезни, необходимость элиминационных мероприятий и их эффективность в первичной и вторичной профилактике именно этого конкретного заболевания. Обсуждение течения и прогноза острых или хронических проявлений аллергии вызывает повышенный интерес у больных детей и их родных, поэтому нужно всячески способствовать укреплению уверенности ребенка в полном выздоровлении или возможности стойкого контроля за течением хронического заболевания, предупреждению инвалидности, улучшению социальной адаптации. Сеть астма-школ и клубов безусловно способствует лучшей информированности больных и влияет на каче-

ство лечения. Недостатком в их работе является безинициативность самих родителей и больных, которая, на наш взгляд, является негативным результатом длительного существования участковой педиатрической службы. Положение о том, что именно врач отвечает за здоровье ребенка, поддерживалось не только организаторами медицины, но и родителями и обществом в целом. Поэтому внедрение права больного самому решать вопросы, которые касаются начала лечения и его проведения, требуют в Украине определенных усилий и достаточного времени. Наше общество всегда больше требовало от врача, чем давало ему. Этот статус сохраняется и ныне. Кроме того, появление определенных экономических отношений в переходном обществе не могло не повлиять на мировоззрение и поступки врачей. Одной из проблем, которых ранее не было, является оплаченная реклама препаратов или других лечебных мероприятий. Фармако-экономические аспекты диагностики и лечения ребенка нередко выступают на первый план в достижении комплаенса и требуют корректного решения.

С нашей точки зрения, этичными являются те слова и поступки врача, которые направлены на сохранение жизни и здоровья больного. Придерживание врачом норм биоэтики зависит от многих объективных и субъективных факторов – достижений современной медицины, государственных законов и реального отношения общества к своим членам, состояния и возможностей того или другого лечебного учреждения, профессионализма и человеческих качеств врача.

ВПЛИВ ФОРМИ ПЕРЕБУВАННЯ МАТЕРІ І ДИТИНИ У ПОЛОГОВОМУ БУДИНКУ НА КЛІНІЧНУ РЕАЛІЗАЦІЮ АТОПІЇ

Т.М. ТКАЧОВА, О.Л. ЛАСИЦЯ, О.М. ОХОТНИКОВА,
К.В. МЕЛЛІНА, Н.К. ТИХОМИРОВА, Н.Ю. ЯКОВЛЄВА,
О.І. УСОВА

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

В пологових будинках м. Києва існує декілька форм перебування дитини відносно матері: роздільна, при якій дитина лише носить на годування до палати матері; “сумісна відстрокована”, при якій дитина пізніше переводиться до палати матері; “істинна сумісна”,

при якій дитина не відокремлюється від матері взагалі. Вивчався вплив форми перебування новонароджених на формування кишкового мікробіоценозу (КМБЦ) та клінічну реалізацію атопії.

Під спостереженням знаходилося 78 дітей, серед яких 19 – на роздільному перебуванні, 39 – на відстрокованому та 20 – на істинному сумісному перебуванні. Всі діти були народжені від здорових жінок в результаті фізіологічних пологів, мали за шкалою Апгар 8-10 балів і були доношеними. Мікробіоценоз кишечника вивчали на 1-2 добу, 4-5 добу життя та в 1-1,5 місячному віці. Було виявлено, що формування КМБЦ відбувалося більш фізіологічно у дітей з групи істинного сумісного перебування, у яких уже на 4-5-й день життя домінувала біфідофлора і досягала рівня lg 8,6. Співвідношення між представниками облігатної флори – біфідобактеріями (ББ), лактобактеріями (ЛБ) та кишковими паличками (КП) складало 10:1:1. Лише у 26,3% дітей було виявлено умовнопатогенні бактерії (УПБ). В той же час серед дітей із груп з відстрокованим і роздільним перебуванням у КМБЦ домінували аеробні мікрорганізми, зокрема кишкова паличка – lg 8,4, і значно частіше зустрічалися УПБ – 51,3 та 42,1% відповідно.

Встановлено прямий кореляційний зв'язок між проявами токсичної еритеми та наявністю у дитини різноманітних за проявами “порушень” КМБЦ ($r = +0,26$; $p < 0,05$, $n = 113$) в ранньому неонатальному періоді. Нами було виявлено тенденцію до більш частішого спостереження шкірних проявів алергічного діатезу у подальшому житті дітей, які в ранньому неонатальному періоді мали токсичну еритему ($0,1 > p > 0,05$). Рання виписка і переважно грудне вигодовування сприяли вирівнюванню усередненого складу кишкової мікрофлори у дітей місячного віку усіх трьох груп. В динаміці відбулося поліпшення кількісного складу облігатної мікрофлори у всіх немовлят. Незважаючи на достатньо високий рівень ББ (lg9,0-lg9,5) у КМБЦ більшості дітей, частота висівання УПБ від немовлят усіх трьох підгруп була приблизно однаковою і достовірно не відрізнялася (40,0, 53,8 та 52,9% відповідно у групах), але серед дітей, які перебували разом з матір'ю від народження, вони зустрічалися переважно у вигляді монокультур. Лише у двох немовлят (11,7%) було виявлено асоціації УПБ, тоді як у немовлят з відстрокованим та роздільним перебуванням асоціації УПБ зустрічалися майже втричі частіше: 26,7 та 30,8% відповідно ($p < 0,05$).

Ранні й значні “порушення” формування КМБЦ у немовлят із груп з роздільним та відстрокованим сумісним були статистично взаємопов'язані зі значним відсотком дітей у цих підгрупах з шкірними проявами алергічного діатезу (40,0 та 38,5% відповідно). Незважаючи на те, що засівання УПБ в місячному віці серед дітей, які перебували

разом з матір'ю від моменту народження, було таким же високим, що і в перших двох, але більш пізня їх поява у високих рівнях висівання на тлі уже сформованої біфідофлори супроводжувалася більш оптимальним клінічним перебігом неонатального періоду: шкірні прояви алергічного діатезу зустрічалися лише у 5,3% дітей.

СТРАТЕГИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В НЕОНАТОЛОГИИ

Т.М. КЛИМЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Церебральные повреждения у новорожденных остаются актуальной проблемой педиатрии, что обусловлено не только высокой летальностью, но и тяжелыми последствиями. Несмотря на многолетнюю историю изучения нарушений гомеостаза динамических систем мозга плода и новорожденного, остается много неясного и противоречивого. Прежде всего, это касается диагностики церебральных поражений в первые часы и дни жизни. В связи со значительным клинико-патогенетическим полиморфизмом часто имеет место гипердиагностика легких форм и запоздалое распознавание тяжелых форм поражения мозга, особенно у глубоко недоношенных или новорожденных, находящихся в критическом состоянии. Стратегией улучшения качества медицинской помощи населению является разработка новых методов диагностики и лечения заболеваний нервной системы у детей.

Поиск новых подходов по распознаванию основ возникновения неврологических нарушений у новорожденных возможен в нескольких аспектах.

Во-первых, необходим неременный учет степени влияния внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденного. Для этого возможно определение уровня пуриновых нуклеозидов в крови помимо других критериев гипоксии плода.

Во-вторых, ввиду значительной роли нейрогормональной системы в компенсаторно-приспособительных процессах при перинатальной патологии, полезно определение нейроэндокринной реактивности у новорожденных. Моноаминергические системы и эпифиз мозга являются важным звеном нейрогормональной регуляции.

В третьих, в разработке новых путей терапии следует подходить с акцентом на половой диморфизм. Пол новорожденного относят к факторам риска, не поддающимся к исправлению. Роль пола в неонатологии остается не изученной, хотя существует достаточно доказательств о влиянии пола на уровень неонатальной смертности и выживаемости плодов в эмбриогенезе не в пользу мужского. Такие виды акушерской патологии, как перенашивание беременности, токсикозы беременных, аномалии вставления головки, неправильное положение, чаще встречаются у плодов мужского пола. Все изложенное показывает, что проблема полового диморфизма имеет практическое значение для клиники и ее изучение может существенно помочь проблеме.

В-четвертых, необходим учет хронобиологии патологических процессов и хронофармакокинетика препаратов. Главной задачей хрономедицины, официально признанной на Конгрессе в Хьюстоне (1961 г.), является оптимизация лечения с учетом биоритмологии. До настоящего времени принципы хрономедицины в неонатологии практически не использовались.

Изложенные предложения являются результатом научно-исследовательской работы, проводимой на кафедре неонатологии по изучению роли биохимических маркеров развития нервной системы, адаптации и компенсации структурно-функциональных изменений ЦНС у новорожденных с асфиксией, родовой травмой и нейроинфекцией.

ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВЕГЕТО-СУДИННІЙ ФОРМІ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ

В.Б. ТЕСЛЮК, А.П. ЮРЦЕВА

Івано-Франківська державна медична академія

В структурі захворюваності підлітків в останні роки спостерігається збільшення частоти вегетативних дисфункцій (ВД). Для ВД характерними є зміни вегетативного забезпечення і вегетативної реактивності. Дані зміни призводять до розладів обмінних процесів, що зумовлюють судинні дисфункції. Однією з клінічних форм ВД є вегето-судинна дистонія (ВСД). Складність проблеми діагностики та

лікування ВСД полягає в тому, що зміни є поліморфними і неспецифічними.

Метою нашої роботи було вивчення стану вегетативного гомеостазу та мозкового кровообігу у дітей з вегето-судинною формою ВД. Для виконання поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 56 дітей віком від 12 до 15 років, з них 69,6% дівчаток, 20,4% хлопчиків.

Аналіз клінічних симптомів захворювання показав, що основними скаргами у дітей були: головний біль – у 80,4%, лабільність АТ – у 55,4%, порушення сну – у 45,3%, серцебиття – у 41,1 %, запаморочення – у 21,4%. При об'єктивному обстеженні у переважної більшості дітей (73,2%) були ознаки симпатикотонії: “мармуровість” шкіри, кардіалгії, білий дермографізм, відчуття похолодання та виражений гіпергідроз кінцівок. Звертає на себе увагу порушення психоемоційного стану у всіх обстежених дітей. Визначення реактивної та особистісної тривожності проводили за методикою Спілбергера. У половини обстежених дітей спостерігалась висока реактивна тривожність, у 33,9% — помірна, у 10% — низька. Клінічними проявами тривожності є відчуття тривоги і страху, невпевненість в собі. У 44,6% дітей виявлено високу особистісну тривожність, що відображає конституційні особливості.

У всіх обстежених дітей реєструвались зміни на ЕКГ: ознаки гіпоксії міокарда (91,1%), порушення процесів реполяризації (80,4%), екстрасистолія (42,9%), синусова брадикардія (28,6%), порушення внутрішлуночкової провідності (21,4%).

За даними кардіоінтервалографії у більшості дітей (67,9%) спостерігалось переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Ваготонію діагностовано у 19,6% обстежених дітей. І лише у 12,5% дітей виявлялася амфотонія. Отримані дані свідчать про напруження процесів регуляції вегетативної нервової системи у дітей з ВСД.

Аналіз реоенцефалограм показав, що у 55,4% обстежених дітей з вегето-судинною дистонією є ознаки підвищеного судинного тону, у 37,5% — внутрішньочерепна гіпертензія, у 32,1% — ознаки зниження інтенсивності пульсового кровонаповнення мозку, у 12,5% дітей патології не було виявлено.

За даними ультразвукової доплерографії (УЗДГ) судин головного мозку та шиї найбільша частина дітей (69,6%) мала вазоспазм, з них 19 обстежених – легкий спазм судин. У 13 дітей констатовано ангіоспазм основної артерії, у 18 – лівої середньомозкової артерії, у 7 – спазм судин каротидного басейну.

Таким чином, отримані дані свідчать, що у дітей з вегето-судин-

ною формою вегетативних дисфункцій відмічається переважання тону симпатичного відділу нервової системи, що проявляється ангіоспазмом судин головного мозку і вимагає адекватної корекції.

Включення до комплексного лікування седативного препарату Седасен-форте і рослинного препарату Вінпоцетин супроводжується зменшенням інтенсивності та нападів цефалгії, поліпшенням сну та мозкового кровоплину за даними РЕГ і УЗДГ.

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОАРТРОЗУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

І.С. ЛЕБЕЦЬ, Н.О. КОСТЮРІНА, ЛІ. РАК

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

Остеоартроз (ОА) відноситься до найбільш поширених ревматичних захворювань, що суттєво впливають на здоров'я, якість життя великої кількості людей, економіку суспільства. Вважається, що значена патологія характерна для людей зрілого і похилого віку, тому ця проблема активно розробляється протягом декількох десятиліть у дорослих. Основні напрями досліджень переважно стосуються вивчення різних клініко-патогенетичних аспектів та лікування розвинутих стадій захворювання зі значними змінами в суглобах. Разом з тим, в останні роки спостерігається не лише збільшення частоти, але й “омолодження” хвороби, і вона все частіше зустрічається у дітей та підлітків. У цього контингенту діагностика ОА утруднена в зв'язку з відсутністю розробок щодо визначення характерних вікових проявів захворювання.

З метою удосконалення діагностики ОА у дітей шкільного віку вивчено клініку ОА та оцінено рентгенологічні зміни в уражених суглобах у 67 підлітків 10-18 років. Проведені дослідження виявили схожість у клінічних характеристиках суглобового синдрому при ОА і хронічних артритів, що зумовило діагностичні помилки у 2/3 хворих, які найчастіше вступали до клініки з діагнозами “реактивний або ревматоїдний артрит”. Встановлено значну частоту обтяженої спадковості за ОА. При цьому у половини підлітків хворіли на ОА батьки, особливо матері, у яких, за даними анамнезу, захворювання дебютувало у віці до 25 років. Можна припустити, що спричиняли формування дисконгруентності суглобових поверхонь сколіоз, плоскостопість, травма, дисплазія суглоба, запальні процеси в них,

їх гіпермобільність, мікротравматизація суглобів при заняттях спортом. Поєднання зазначених факторів мало місце у 42,5% хворих. Найчастіше дегенеративні зміни розвивалися в колінних (86,9%), зрідка в гомілковостопних суглобах (17,4%), а у 14,8% хворих прояви ОА одночасно мали локалізацію в обох зазначених групах суглобів. У 20,9% підлітків поряд з ОА кінцівок визначалися дегенеративні ураження хребта у вигляді остеохондрозу й артрозу унковертебральних суглобів. Переважали олігоартрози (83,4%), зрідка відмічалися поліартрози (16,6%). Моноартрози були відсутні. Дегенеративні зміни виявлялися переважно в парних суглобах (82,6%).

Клінічні прояви ОА у підлітків характеризувалися малосимптомним суглобовим синдромом у вигляді артралгій та нечастої припухлості ураженого суглоба. В періоді загострення процесу остання зберігалася у 40% обстежених більше двох тижнів, у 12,6% – 1-2 тижні, у решти – близько 7 днів. Основним симптомом ОА був біль у суглобі, який у половини хворих виникав періодично протягом трьох-чотирьох років до встановлення діагнозу і не завжди супроводжувався появою об'єктивних клінічних ознак хвороби. Частота артралгій не залежала від сезонів року. Разом з тим, більшість хворих (73,9%) чітко констатувала метеозалежність, особливо дівчата ($p < 0,01$), та короткочасну тугорухливість у суглобах (65,2%). У 1/3 хворих, як і у дорослих, артралгії виникали надвечір після денного фізичного навантаження. В той же час у решти підлітків біль у суглобах непокоїв вранці або протягом доби. При наявності синовіту біль носив не лише механічний, але й запальний характер. Для ОА у підлітків були притаманні слабко виражені ексудативні прояви та різне за характером хрускотіння у суглобах. Важливе діагностичне значення мали рентгенологічні зміни у суглобах, які переважно проявлялися нерівномірністю та ущільненням суглобових поверхонь кісток, загостренням міжвиросткових підвищень, субхондральним склерозом, звуженням суглобових щілин. Остеосклероз та чітко сформований остеопітоз зустрічалися зрідка.

ОЦЕНКА ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА И КОРРЕКЦИЯ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

В.В. БЕРЕЖНОЙ, М.Н. ОСТРОВЕРХОВА, А.О. РАЩУПКИН,
А.Г. СНЕГИРЬ

Киевская медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика

Донецкий медицинский университет им. М. Горького
Институт неотложной и восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака АМН Украины

В возникновении и развитии метаболических поражений миокарда существенное значение имеет нарушение иннервации, транспорта и утилизации энергии в кардиомиоците, то есть их энергообеспечение. При различных заболеваниях, непосредственно не связанных с патологией кровообращения, на миокард влияет, прежде всего, перестройка нейроэндокринной регуляции сердца. Приспособительные регуляторные изменения и гиперфункция сердца возникают, как правило, раньше, чем при выраженных нарушениях гомеостаза, которые повреждают миокард. И только при прогрессировании изменений гомеостаза возникает нарушение сердечной деятельности, проявляющиеся изменением нервной регуляции, обмена веществ и структуры кардиомиоцитов.

Всё вышесказанное диктует необходимость поиска новых информативных методов диагностики, которые позволяют оценить состояние экстракардиальной и миокардиальной деятельности сердца в условиях лечения различными медикаментозными средствами.

Нами проведено исследование слуховых вызванных потенциалов (ВП), вариабельности сердечного ритма (ВР) и ультразвуковое исследование кровообращения головного мозга. Обследовано 58 детей в возрасте от 12 до 16 лет, у которых была диагностирована метаболическая кардиомиопатия и выявлены существенные нарушения биоэлектрической активности ствола мозга, проявляющиеся достоверной тенденцией к снижению амплитуды I и V компонентов. Данные изменения свидетельствуют о снижении возбудимости нейронов в области проекции слухового нерва (I) и нижних бугров четверохолмия (V). Также отмечено удлинение латентных периодов I, III и V компонентов, что говорит о замедлении скорости проведения возбуждения на уровне оливок и нижних бугров четверохолмия. Кроме

этого, отмечалась высокая обратная корреляционная связь показателей ВР (nHF, SDANN, pNN50, RMSSD) со значениями мозговой гемодинамики (ОСА, НСА, ВСА, СМА). Полученные данные позволяют предположить, что имеющиеся морфологические образования (ядра блуждающего нерва, оливарный комплекс, кохлеарное ядро) находятся в условиях нарушенного кровоснабжения, что является одной из причин нарушения вегетативной регуляции сердца и развития дисметаболических нарушений в миокарде. Все больные были разделены на две группы: 26 ребенка, получавшие только базисную терапию (ЛФК, иглорефлексотерапия, витамины, аспаркам), составили контрольную группу и 32 больных, которые с целью оказания позитивного гемодинамического воздействия на функциональную активность ствольных структур наряду с базисной терапией получали комплексный натуральный препарат Пумпан по 10-15 капель 3 раза в день в течение месяца, – основную.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что использование препарата Пумпан в комплексе терапии детей с метаболической кардиомиопатией приводит к увеличению амплитуды компонентов ВП (I, III, V), что указывает на повышение возбудимости структур ствола мозга вследствие улучшения микроциркуляции.

ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ ТА СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ: ПИТАННЯ ДЕФІНІЦІЇ

Ю.В. БСЛОУСОВ, В.Д. САДЧИКОВ, О.Ю. БСЛОУСОВА
Харківська медична академія післядипломної освіти

Одним із найбільш дискусійних питань теоретичної та практичної гастроентерології є визначення діагнозу хронічного коліту (ХК) та диференціальна діагностика його з синдромом подразненого кишечника (СПК), що виникло та загострилося у зв'язку з введенням в Україні МКХ-10, яка взагалі не визначає ХК як самостійний діагноз, відносячи до запальних хвороб кишечника лише неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона. Це призвело до витиснення діагнозу хронічного коліту з педіатричної практики, що, на наш погляд, зовсім не виправдано.

Під нашим спостереженням у дитячому міському гастроентерологічному центрі знаходилося 47 дітей, які звернулися з клінічними

ознаками ураження товстої кишки, що могли бути характерними як для ХК, так і для СПК. З метою диференціальної діагностики цих захворювань усім дітям, поряд з ретельним клінічним обстеженням, було проведено ректороманоскопічні та морфологічні дослідження товстої кишки.

Проведені морфологічні дослідження показали, що у 80% хворих мають місце морфологічні зміни слизової оболонки товстої кишки, причому у 74% з них процес носить помірно виражений чи виражений атрофічний характер, у 26% – поверхневий катаральний. Лише у 20% хворих ознаки запалення товстої кишки були відсутні. Оскільки наявність атрофічних змін слизової оболонки є безумовним доказом хронічного запалення (коліт), ми змушені були констатувати хронічний коліт у 59% від загального числа обстежених. Хворі з поверхневими катаральними змінами, що ми розцінили як можливі вторинні, та діти з відсутністю гістологічних змін слизової оболонки віднесено до групи СПК, численність якої в такий засіб складала 41% від загального числа обстежених. При цьому варто мати на увазі, що поверхневі катаральні зміни можуть бути розцінені як вторинні лише на даному етапі спостереження: наступне обстеження повинне показати, чи є вони вторинними, схильними до зворотного розвитку, чи прогресуватимуть з розвитком атрофічних змін. Таким чином, морфологічні дослідження хворих з клінічними проявами кишкового синдрому свідчать про те, що, незважаючи на подібність основних клінічних проявів захворювання, вдається виявити дві неоднорідні в патогенетичному відношенні групи дітей – з ХК та СПК.

Проведені паралельно з гістологічними ректороманоскопічні дослідження показали досить високу надійність ендоскопії в плані діагностики наявності запальних змін слизової оболонки товстої кишки (94%), однак характер і ступінь запальних змін ендоскопічно визначаються далеко не завжди: при наявності атрофії, яка підтверджена гістологічними дослідженнями, ендоскопічні зміни нерідко розцінювалися як катаральні чи катарально-фолікулярні. Це підтверджує більш високу діагностичну інформативність гістологічного дослідження; проте і ендоскопія може бути використана для диференціальної діагностики запальних і функціональних змін товстої кишки, особливо за умови динамічного спостереження.

Проведені нами дослідження свідчать про те, що ХК (постінфекційний, спастичний, невиразковий) зустрічається у дітей не рідше, ніж СПК. Диференціальна діагностика цих захворювань уявляється принципово важливою: хворі ХК потребують, поряд з симптоматичною, протизапальною терапією.

ОСОБЛИВОСТІ СУДИННИХ ПОРУШЕНЬ У СИСТЕМІ ПОРТАЛЬНОЇ ВЕНИ ТА ПЕЧІНКОВОЇ АРТЕРІЇ ПРИ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ

С.О. БАБКО, Т.П. КРЕПЧЕНКО, О.Д. ІГОЛКІНА

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

За сучасними поглядами при хронічних гепатитах, поряд з активацією процесу фіброзу, одним із найважливіших патогенетичних механізмів розвитку цирозу печінки є виникнення судинної недостатності в системі портального кровоплину.

Аналіз досліджень периферичного кровоплину в печінці у хворих з ХГВ та ХГС показав, що в міру прогресування захворювання, за даними клінічного спостереження та лабораторного дослідження, величина портального кровоплину знижувалась повільніше, ніж артеріального, тобто показник їх співвідношення збільшувався та свідчив про те, що саме зі зменшенням артеріального кровоплину зростала портальна частка загального печінкового кровоплину.

Незалежно від етіології ХГ в періоді загострення хвороби має місце збільшення об'ємного кровоплину в системі портальної вени та зниження печінкового судинного індексу. В періоді клініко-лабораторної ремісії у дітей обох груп відмічено зниження показників об'ємного кровоплину, однак він хоча і менш значуще (в 2 рази), все ж перевищував аналогічний показник у здорових дітей.

У дітей із ХГВ як у фазі реплікації, так і у фазі інтеграції об'ємний кровоплин у ворітній вені значно прискорений – 23,8 мл/с порівняно зі здоровими дітьми ($8,75 \pm 1,94$ мл/с). Індекс резистентності (ІР), що відображає величину артеріального опору печінки, був збільшений у всіх групах хворих дітей. Печінковий судинний індекс (відношення лінійної швидкості кровоплину у ворітній вені до пульсового індексу в печінковій артерії) значно знижувався у дітей при ХГВ у фазі реплікації, а у фазі інтеграції був близький до норми. Зниження цього індексу нижче 12 см/с, за нашими даними, може свідчити про можливість трансформації в цироз печінки.

Артеріо-портальний коефіцієнт, який відображає співвідношення артеріального і венозного кровоплину печінки, збільшувався у дітей із ХГВ у фазі реплікації порівняно з фазою інтеграції. Цей коефіцієнт був запропонований нами вперше у цій роботі, тому проаналізувати його в зіставленні з даними літератури немає можливості.

Поряд з вивченням системи портального кровоплину ми одержа-

ли дані про зміни в системі селезінкової вени та артерії. Є тенденція до зменшення об'ємного кровоплину в селезінковій вені в міру зниження активності процесу в обох групах хворих. Індекс резистентності підвищений в обох групах хворих. Сплено-портальний індекс (відношення об'ємного кровоплину в селезінковій вені до об'ємного кровоплину у ворітній вені, виражений у відсотках) був підвищений у всіх групах.

Таким чином, аналізуючи результати проведених нами досліджень гемодинаміки в системі ворітної, селезінкової вен та печінкової, селезінкової артеріях у дітей із ХГ залежно від етіології та фази інфекційного процесу порівняно з практично здоровими дітьми, можна зробити висновок про те, що хронічні захворювання печінки у дітей протікають з порушенням гемодинамічних показників периферичного русла, як артеріального, так і венозного; вираженість виявлених змін залежить від фази інфекційного процесу та ступеня активності ХГ. Показники внутрішньопечінкової артеріо-портальної гемодинаміки, особливо сплено-портального індексу, що значно змінюється при цирозах печінки через появу стравохідних колатералей, можуть служити маркерами для виявлення ранніх циротичних змін печінки.

Розділ 4.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТЕФЛАЗИДУ В ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З НЕРЕВМАТИЧНИМИ КАРДИТАМИ

Л.В. ВАЩЕНКО, В.О. КОНДРАТЬЄВ, Г.В. КУЛІКОВА
Дніпропетровська державна медична академія

Метою дослідження було вивчення клінічної ефективності застосування протівірусного препарату протефлазид в етіопатогенетичному лікуванні дітей з неревматичними вірусного генезу.

Під спостереженням перебували 10 хворих віком від 2 до 10 років з легкою та середньотяжкою формами неревматичного кардиту. У всіх хворих кардит мав гострий пребіг, вірусну етіологію, що підтверджувалося анамнестичними даними (ГРВІ, краснуха) та виявленням в крові у 3 хворих віруса Ебштейна-Барра методом полімеразної ланцюгової реакції.

В комплексному лікуванні, що включало нестероїдні протизапальні препарати (діклофенак натрію, німесулід), кардіометаболічні засоби (рибофлавін, ліпоева кислота, кальцію пангамат, мілдронат), хворі на неревматичний кардит отримували протефлазид. Препарат призначався перорально дозою: до 3 років – по 3 краплі тричі на добу, 3-6 років – по 5 крапель тричі на добу, 7-10 років – по 7-8 крапель тричі на добу протягом трьох тижнів. В подальшому хворі отримували підтримуючу дозу (1/2 від початкової) протягом місяця.

До і після 3 тижнів лікування протефлазидом на фоні стандартної протизапальної терапії поряд із традиційними клініко-біохімічними показниками досліджувались показники клітинного імунітету. Оцінка динаміки морфофункціонального стану серця здійснювалася за даними ехокардіографічного обстеження (ЕхоКГ).

На фоні здійснюваної терапії, через 2 тижні у всіх хворих було

відмічено позитивну клінічну динаміку у вигляді нормалізації апетиту, зменшення загальної слабкості, задишки при фізичному навантаженні, зникли скарги на кардіалгії колючого характеру. При об'єктивному обстеженні було відмічено поліпшення гучності тонів серця, зникнення тахікардії та нормалізацію артеріального тиску. За даними ЕхоКГ через 3 тижні у 7 (70%) хворих було відмічено нормалізацію початково збільшеного діастолічного діаметра лівого шлуночка, підвищення показників насосної функції міокарда (фракції вигнання) в середньому на 8-12% від початково зниженого рівня. Через 3 тижні у 8 (80%) із 10 хворих було відмічено нормалізацію рівня серомукоїдів та ШОЕ за даними лабораторних досліджень крові.

На фоні використання протекфлазиду було відмічено імуномодуючий ефект препарату. Так, у всіх хворих, які отримували поряд із базисною терапією протекфлазид, через 4 тижні від початку терапії було відмічено недостовірне підвищення абсолютної кількості Т-лімфоцитів ($p > 0,1$), достовірне підвищення абсолютного вмісту В-лімфоцитів ($p < 0,05$), нормалізацію вмісту Т-хелперів і Т-супресорів.

Таким чином, застосування противірусного препарату протекфлазид в комплексному лікуванні неревматичного кардиту вірусного генезу у дітей сприяло позитивним клінічним і ехокардіографічним змінам в серці, поліпшенню лабораторних показників, активності запального процесу, нормалізації функції клітинного ланцюга імунітету.

НІМЕСУЛІД В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЗАПАЛЕННЯ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

В.Г. БУРЛАЙ, О.В. ШЕВЧУК

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Незважаючи на досягнуті успіхи в лікуванні пневмонії у дітей раннього віку, захворюваність на запалення легень залишається ще досить високою – від 4 до 20 на 1000 дітей, а дитяча смертність від пневмонії посідає третє місце після природжених вад. Серед дітей до року летальність від пневмонії в різних регіонах України складає від 1,5 до 6, а смертність дітей першого року – від 3 до 5 на 10000 дітей. На сьогодні загальновідомо, що основу в лікуванні пневмонії у дітей складають антибіотики, але цифри захворювання та летальності свідчать про недостатність лише антибактеріальної терапії. Тому розробка лікувальних методів є одним із найперспективніших на-

прямів. Одним із таких напрямів терапії запалення легень може бути застосування нестероїдних протизапальних препаратів, які за своєю фармакологічною дією зменшують запальний процес незалежно від його природи. До цієї групи препаратів належить Німесулід, який проявляє пряму антиоксидантну активність відносно різних вільних радикалів, що утворюються при запальному процесі.

Під нашим спостереженням перебувало 105 дітей раннього віку: дітей до 1 року – 29 (27,6%), від 1 до 3-х років – 76 (72,4%).

Діагноз запалення легень було підтверджено рентгенографічним дослідженням органів грудної клітки. Хворих було розподілено на дві групи залежно від методу лікування. Всім дітям призначали базисну традиційну комплексну терапію, а у хворих основної групи, окрім базисної, застосовували Німесулід дозою 5 мг/кг маси тіла в два прийоми через рот.

Спостереження показали, що включення до комплексної терапії пневмонії дітям раннього віку нестероїдного протизапального препарату Німесуліду сприяло швидкій ліквідації загальної симптоматики пневмонії та показників активності запального процесу. В групі хворих, котрі отримували додатково до базисної терапії Німесулід, достовірно раніше нормалізувалась температура тіла, зникали катаральні явища, кашель, перкуторні та аускультативні дані, підвищувався апетит. Крім того, відмічалась більш повна нормалізація рівня кислоти ДНК-ази, серомукоїду, молекул середньої ваги в сироватці крові.

В процесі лікування ми підтвердили такі якості Німесуліда, як пряму антиоксидантну активність, знеболювальну і жарознижуючу дію та виявили дві нові – вітамін С-мобілізує та вітамін С-накопичувальну – функції в зоні запалення.

Отримані дані переконують в доцільності призначення в комплексі лікування пневмонії у дітей раннього віку селективного інгібітора циклооксигенази-2 – Німесуліду дозою 5 мг/кг маси з обов'язковим призначенням вітаміну С від 30 до 45 мг на добу.

ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ “ГАСТРО-НОРМОМ” ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДІТЕЙ

Ю.С. КОРЖИНСЬКИЙ, Т.З. МАРЧЕНКО, Л.П. САКАЛОШ
Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Дослідження останніх років свідчать про неухильне зниження ерадикаційної ефективності антихелікобактерної терапії. Насамперед, це зумовлено виникненням і збільшенням первинної та вторинної резистентності *Helicobacter pylori* (Hр) до антибактеріальних препаратів. Тому вкрай важливим є застосування таких препаратів, які б найбільш ефективно сприяли ерадикації Hр і поряд з тим визначалися безпечністю щодо застосування.

Метою проведеного дослідження була оцінка етіотропної та клінічної ефективності препарату “Гастро-Норм” при лікуванні ерозивно-виразкових гастродуоденітів (ЕВГД) у дітей за даними 3-річного катамнезу.

Під спостереженням перебували 65 дітей віком від 9 до 13 років, у яких діагностовано ЕВГД. Давність захворювання у 22 (33,8%) дітей становила три роки, у 24 (36,9%) – два роки, у 19 (29,3%) – менше року. До комплексу ерадикаційної терапії було включено “Гастро-Норм” (колоїдний субцитрат вісмуту виробництва “Галичфарм”) по 1 табл. 0,12 г тричі на день. Діагностика і контроль ефективності призначеного лікування, крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, включали гастродуоденофіброскопію з прицільною біопсією слизової оболонки антрального відділу тіла шлунка і дванадцятипалої кишки; цитологічне визначення Hр у мазках-відбитках; функціональне дослідження шлунка з вивченням секреторної, кислототвірної та моторно-евакуаторної функцій шлунка. Кожного пацієнта обстежували на предмет виявлення Hр у декілька етапів: під час первинного обстеження, через 4 тижні після курсу ерадикаційної терапії та щороку при проведенні диспансеризації.

У всіх обстежених хворих діагноз було встановлено вперше (ерозивний гастрит, ерозивний гастродуоденіт, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки). Генетично обтяжений анамнез за цією патологією виявлено у 17 (26%) хворих. У всіх обстежених виявлено порушення моторики травного каналу у вигляді гастроезофагального і дуодено-гастрального рефлюксів, які, зазвичай, поєднувалися з підвищеною кислототвірною функцією шлунка.

Вивчення ефективності проведеного лікування показало, що у всіх дітей больовий синдром зникав на $3,0 \pm 0,8$ дня від початку терапії “Гастро-Нормом”, диспептичний синдром – на $6,0 \pm 1,5$ дня. Ендоскопічний контроль свідчив про повну епітелізацію ерозивно-виразкових дефектів ГДЗ на $16,0 \pm 3$ дня у 65 дітей (100%). Гістологічний контроль підтвердив ерадикацію Нр у всіх дітей. Побічної дії препарату “Гастро-Норм” (при застосуванні за рекомендованою схемою) не виявлено.

Після проведеного курсу лікування рецидив захворювання спостерігався лише протягом першому року у 11 (16%) дітей з виразкою дванадцятипалої кишки. Причому у 8 дітей це було пов’язано з недотриманням терапевтичних рекомендацій (порушенням дієти, психоемоційними навантаженнями тощо). Крім цього, у 5 (7,9%) дітей з рецидивом був ускладнений анамнез за виразковою хворобою у сім’ї. Після повторного курсу ерадикаційної терпії протягом наступного року рецидивів не було.

Таким чином, тривалий і стійкий ерадикаційний ефект щодо Нр, повне і швидке відновлення слизової облонки гастродуоденальної зони при застосування “Гастро-Норму” у дітей з ЕВГД довело доцільність і безпечність призначення препарату.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕФЦИТУ ЗАЛІЗА У ДІТЕЙ

Т.З. МАРЧЕНКО

Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Підвищена потреба в залізі під час вагітності зумовлена:

- збільшенням маси циркулюючих еритроцитів для забезпечення еритроцитопоезу, що вимагає 500 мг заліза;
- потребою плода в залізі – до 700 мг заліза;
- формуванням плаценти – до 300 мг заліза;
- крововтратою в пологах – до 150 мг заліза;
- лактацією (1 мг заліза на 1 л молока).

Відсутність місячних не компенсує цих втрат, тому потреба в залізі збільшується в другому триместрі вагітності до 3 мг/добу, а в третьому – до 4 мг/добу. Враховуючи зазначене, а також ріст анемії серед вагітних в Україні у 8 разів за останні 10 років, ми вивчали взаємозв’язок перебігу 263 вагітностей із станом здоров’я дітей,

які народилися у цих жінок. 46 вагітних були здоровими. У 59 вагітних було діагностовано латентний дефіцит заліза (ЛДЗ), а у 158 – залізодефіцитну анемію (ЗДА). Досліджувалися клініко-гематологічні, біохімічні та імунологічні показники (із використанням панелі з 11 моноклональних антитіл) у вагітних та їх дітей раннього віку.

Вже у вагітних із ЛДЗ визначається зниження загальної кількості лімфоцитів, Т-, В-лімфоцитів за даними імунофенотипування до пан-Т- і В-лінійних маркерів та поява клітин-попередників імунопоезу за даними експресії активаційних антигенів. Ці зміни статистично достовірно інші, ніж у вагітних без ДЗ та у донорів, і значно поглиблюються у вагітних із ЗДА. Ми вивчали залежність цих показників від терміну вагітності, віку матерів, інтервалу між пологами, кількості вагітностей, перебігу пологів, наявності обтяженого акушерського анамнезу, супутніх соматичних захворювань, інфекцій. Отримані дані свідчать про відсутність активації імунної системи у жінок із дефіцитом заліза у пізні терміни вагітності (36-38 тижнів), яка має місце у здорових вагітних. Це може свідчити про наявність сприятливих умов для реалізації різноманітної патології в перинатальному періоді. Проведення антенатальної профілактики дефіциту заліза (ДЗ) і лікування ЗДА вагітних, поряд з постнатальною феропротекцією і раціональним харчуванням немовлят, сприяють ліквідації дефіциту заліза у дітей, нормалізації у них показників імунограми і обміну заліза, поліпшенню інтелектуального і мовного розвитку дітей, значному зменшенню кількості інтеркурентних захворювань у дітей раннього віку (респіраторні й кишкові інфекції, алергічні хвороби).

З метою профілактики ДЗ у здорових вагітних раціонально використовувати еліксир ранферону-12 одна чайна ложка на добу із 21 по 30 тижнів вагітності. У вагітних зі схильністю до розвитку ЗДА профілактичне призначення еліксиру ранферону-12 проводиться по 1 чайній ложці двічі на добу курсами з 12 до 15 тижня, з 21 по 25 тижнів та з 31-32 тижня по 37. Для лікування ЗДА вагітних, яка найчастіше розвивається після 20 тижня вагітності, ефективним є високодозний ранферон-12, який містить 305 мг фумарату заліза (що відповідає 100 мг елементарного заліза), фолієву кислоту – 0,75 мг, аскорбінову кислоту, вітамін В₁₂ – 5 мкг, цинку сульфат – 5 мг. У жінок, вагітність яких настала на фоні існуючої ЗДА, лікування рекомендують здійснювати двічі по 8 тижнів. Лікування ЗДА у цієї групи вагітних проводиться високодозним ранфероном-12 поєднано з прийомом антиоксидантів, полівітамінів. Побічних явищ не виявлено при застосуванні ранферону-12, добра переносимість та оптимальний склад комбінованого препарату заліза із вітамінами, особливо з фолієвою кислотою, забезпечує нормальний еритропоез.

ПОКАЗАТЕЛИ ВСКП У ДЕТЕЙ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КИФОСКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

И.А. АФАНАСЬЕВА

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

В клинической педиатрии данных о динамике состояния симпатического отдела вегетативной нервной системы у детей с патологией осанки не выявлено, в связи с этим целью данной работы было изучение и оценка диагностической значимости ВСКП у детей с кифосколиотической болезнью в процессе лечения деформации позвоночника.

Регистрацию ВСКП проводили по модифицированной методике Б.М. Гехта (1990), используя компьютеризированную систему анализа TOENNIES (Германия).

Нами проведено обследование 30 детей в возрасте 13-16 лет с кифосколиотической болезнью 1-2 степени, которые имели различные формы вегетативных дисфункций. 24 ребёнка повторно обследованы через 4-12 месяцев консервативного лечения патологической осанки. Обследование и лечение проводилось в стационарном отделении Киевского городского центра вегетативных дисфункций у детей, продолжение лечения осуществлялось в амбулаторных условиях по месту жительства. Программа лечебных мероприятий включала выполнение лечебных упражнений по методике В.В. Евминова с применением профилактора В.В. Евминова, массаж общий и избирательный, коррекцию и устранение биомеханических нарушений, физиотерапевтическое лечение, препараты кальция, лечение сопутствующих заболеваний.

Согласно полученным данным у детей до лечения латентный период ВСКП с ладонной поверхности рук и подошвенной поверхности стоп был укороченным, особенно значительно уменьшалась латенция со стоп. Достоверных различий показателей латентных периодов сравниваемых групп не выявлено. Однако после лечения у детей отмечается тенденция к увеличению латентных периодов с подошвенной поверхности стоп правой и левой сторон. Нами не было отмечено достоверных различий в амплитуде ВСКП как с поверхностями кистей, так и стоп между сравниваемыми группами. При анализе коэффициентов, которые дополнительно вычисляли на основании параметров ВСКП, обращает внимание асимметрия амплитуды и латентного периода ВСКП с кистей и стоп справа-слева у детей до лечения. Разница в амплитуде и латенции превышала 50%, поэтому она расценена

как патологическая. Асимметричность амплитуды и латентного периода у детей до лечения наиболее выражена с ладонной поверхности кистей. Коэффициент асимметрии росто-каудальной диссоциации значительно превышал нормативные данные и показатели у детей после лечения и составлял $210,5 \pm 43,1\%$. При анализе сравниваемых групп установлено, что у детей после проведенного лечения уменьшился коэффициент асимметрии латентного периода и достоверно значимо коэффициент амплитуды с ладонной поверхности кисти ($p < 0,05$). Отмечается тенденция к уменьшению коэффициента асимметрии латентного периода со стоп. На $32,1\%$ по отношению к показателю до лечения уменьшился коэффициент асимметрии росто-каудальной диссоциации у детей после лечения и составлял $143,7 \pm 34,8\%$.

Выявленные изменения свидетельствуют, что деформация позвоночника усугубляет течение и проявление вегетативной дисфункции, вследствие раздражения рецепторных полей сегментарного вегетативного аппарата.

ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ КОМПЛЕКСОВ НА СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ

Н.Н. КАЛАДЗЕ, Л.Ш. ДУДЧЕНКО, М.Л. БАБАК
Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Необходимость долгосрочной реабилитации детей из регионов антропогенного загрязнения обуславливает поиск новых методов, повышающих эффективность санаторно-курортного лечения (СКЛ) для больных с хронической и рецидивирующей патологией органов дыхания.

Под наблюдением находилось 187 детей в возрасте 7-15 лет, больных рецидивирующим бронхитом, поступивших из зон антропогенного загрязнения на СКЛ в международный детский медицинский центр "Евпатория", г. Евпатория.

При иммунологическом обследовании выявлены изменения как клеточного: снижение Т-лимфоцитов, Тх, ИРИ, так и гуморального звена иммунитета: дисиммуноглобулинемия – снижение IgA, IgM, IgG и повышение IgE. Кроме того, зафиксировано незначительное повышение уровня медиатора апоптоза лимфоцитов CD_{95} и фактора

антигенного презентирования лимфоцитов МНС-II при нормальных значениях противопоптотического фактора МНС-I.

После первичного обследования дети были разделены на 4 группы: 1 – 48 человек, контрольная группа – дети, получавшие традиционное СКЛ, 2 группа – 49 человек, получавшие СКЛ+БРВС, 3 группа – 45 человек (СКЛ+Мукоза-композитум), 4 группа – 45 человек (СКЛ+Мукоза-композитум+БРВС).

Проведенное лечение привело к благоприятным сдвигам в состоянии иммунной системы: у детей 2 группы (под влиянием БРВС) достоверно возросли показатели клеточного иммунитета – Т-лимфоцитов ($p=0,03$), Тх ($p=0,03$) и гуморального – IgM ($p=0,01$); у детей 3 группы (под влиянием препарата Мукоза-композитум) с большей степенью достоверности возросли показатели клеточного звена – Т-лимфоцитов ($p=0,002$), Тх ($p=0,001$), ИРИ ($p=0,003$), В-лимфоцитов ($p=0,009$). У детей 4 группы (комбинированное применение Мукоза-композитум и БРВС) отмечена наиболее существенная динамика иммунологических показателей – возросли Т-лимфоцитов ($p=0,0001$), Тх ($p=0,0001$), ИРИ ($p=0,0001$); и гуморального – IgA ($p<0,03$), IgG ($p=0,003$), достоверно снизился уровень IgE ($p=0,001$). Положительная динамика отмечена и среди факторов системы апоптоза. Под влиянием терапии во всех группах, особенно в 4 группе, произошло снижение уровней медиатора апоптоза лимфоцитов CD_{95} ($p<0,05$) и фактора антигенного презентирования МНС-II на фоне неизмененных значений противопоптотического фактора МНС-I.

Изучение взаимосвязей между показателями резистентности, проведенный с помощью корреляционного и факторного анализа, показал, что к концу наблюдения сформировалось более благоприятное функциональное состояние защитных систем организма, что и нашло подтверждение при изучении отдаленных результатов.

Детям 4 группы проведено повторное иммунологическое исследование через 6 и 12 месяцев после лечения. Уровень Т-лимфоцитов в целом, Тх и ИРИ через 6 и 12 месяцев продолжал достоверно увеличиваться. Уровень В-лимфоцитов достиг статистически значимого результата к 6-му месяцу наблюдения. Заключительное исследование уровня В-лимфоцитов свидетельствовало не только о сохранении достигнутого эффекта, но и о продолжающемся увеличении содержания В-лимфоцитов. Из продуцируемых В-лимфоцитов иммуноглобулинов достоверное увеличение исходно сниженных показателей сразу после лечения произошло по IgA и IgG, причем уровень IgG продолжал увеличиваться через 6 и 12 месяцев. Следует отметить и положительную динамику по снижению уровня IgE, что свидетельствует о снижении аллергизации у обследованных детей.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Н.М. КОРЕНЕВ, Л.Ф. БОГМАТ, И.Д. САВВО, Л.В. ДАВИДКО,
В.В. НИКОНОВА, Е.М. НОСОВА

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины,
м. Харьков

Установлено, что у части больных артериальной гипертензией (АГ) возникает в детском и подростковом возрасте. Выявленные у подростков с первичной АГ признаки поражения органов-мишеней (сердца, церебральных сосудов и сосудов глазного дна), а также наличие факторов риска предрасполагают к развитию ее осложненного течения. Это явилось основанием для разработки новых подходов в реабилитации подростков с ПАГ с целью предупреждения формирования ее осложнений.

Под наблюдением находилось 175 юношей-подростков с ПАГ в возрасте от 12 до 17 лет: с ПАГ I стадии (без признаков поражения органов-мишеней) – 46 (26,3%), с ПАГ II стадии – 129 (73,7%). У подростков с ПАГ II стадии были выявлены следующие признаки поражения органов-мишеней. Со стороны сердца у 94 (53,7%) исследуемых установлены 4 морфофункциональные типа: 1 тип – нормальная геометрия левого желудочка с признаками нарушения диастолической функции; 2 тип – локальная гипертрофия левого желудочка; 3 тип – дилатация левого желудочка; 4 тип – сочетание гипертрофии и дилатации левого желудочка. Со стороны церебральных сосудов у 102 (58,3%) подростков с ПАГ выявлены 4 типа изменений: 1 – нормотонический; 2 – спастический; 3 – гипотонический; 4 – смешанный тип. Со стороны органа зрения у 154 (88%) исследуемых была выявлена ангиопатия сетчатки, проявляющаяся выраженным сужением просвета артерий и артериол, умеренным утолщением их стенок, сдавлением вен уплотненными артериолами, расширением вен.

При анализе факторов риска у 46,8% подростков установлена отягощенная наследственность, причем более чем у половины из них – по линии матери; избыточная масса тела – у 7,4% больных ПАГ, повышение уровня общего холестерина в сыворотке крови – у 1,1%, триглицеридов – у 5,2%, снижение уровня липопротеидов высокой плотности – у 8,6% исследуемых.

На основании наличия или отсутствия у каждого исследуемого признаков поражения органов-мишеней и факторов риска осуще-

ствлена стратифікація больных (подростков) ПАГ на 4 ступені ризику ускладненого її течення. I ступінь – подростки з ПАГ I стадії, які не мають ознак ураження органів-мішеней і факторів ризику (5,7%). II ступінь – подростки з ПАГ I стадії також без ознак ураження органів-мішеней, але у яких є хоча б один фактор ризику (20,6%). III ступінь – подростки з ПАГ II стадії з ознаками ураження органів-мішеней без факторів ризику (7,4%). IV ступінь – ПАГ II стадії з наявністю ознак ураження органів-мішеней і факторів ризику (66,3%).

З урахуванням проведеної стратифікації больных ПАГ за ступенем ризику розроблені диференційовані комплекси лікування.

Таким чином, призначення лікування подросткам з ПАГ, як і у дорослих, повинно проводитися індивідуально, з урахуванням ступеня стратифікації за ступенем ризику: при I і II (низької і середньої) показане використання всіх доступних методів немедикаментозної терапії з рекомендаціями модифікації образу життя; при III і IV (високої і дуже високої) ступенях ризику – існує необхідність призначення медикаментозного лікування антигіпертензивними препаратами в поєднанні з немедикаментозними засобами і модифікацією образу життя.

ЛІКУВАННЯ ГІПОВІТАМІНОЗУ І ДИСБІОЗУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПІД ЧАС САНАТОРНОГО ОЗДОРОВЛЕННЯ

Н.Ф. ГУДЗАН, С.Л. НЯНЬКОВСЬКИЙ

Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Адекватна корекція гіповітамінозу та дисбіозу кишківника у дітей з хронічною гастроудоденальною патологією, які оздоровлюються в санаторіях України, є важливим завданням курортної реабілітації та вимагає проведення відповідних досліджень.

Під нашим спостереженням знаходилися 120 дітей віком від 10 до 16 років із хронічними гастроентерологічними захворюваннями, які знаходилися на оздоровленні в санаторіях “Янтар” та “Берізка” ЗАТ “Трускавецькурорт”. Всі діти мали хронічні гастроудоденальні захворювання, знаходилися на диспансерному обліку з більше 2-х років. Дітей

було розподілено на 6 груп: 1 група – 20 дітей, які знаходились на звичному санаторно-курортному оздоровленні, 2 група – 20 дітей, які додатково отримували Хілак-форте, 3 група – 20 дітей, які отримували Біфілакт-Екстра, 4 група – 20 дітей, які отримували Біфі-форм, 5 група – 20 дітей, які отримували Біфі-форм і Мульти табс, 6 група – 20 дітей, які додатково отримували Сімбітер-концентрований.

Дослідження, які були проведені нами при вступі дітей на оздоровлення, довели, що вже на початку реабілітаційної терапії вони мають різного ступеня дефіцит водорозчинних вітамінів С, В₁, В₂, В₆, РР та різноманітні порушення біоценозу кишок.

Звичайне санаторно-курортне лікування і відповідна дієтотерапія сприяють поліпшенню загального стану дітей, проте не дозволяють повністю нормалізувати вітамінний баланс і біоценоз кишок. Концентрація вітамінів у сироватці крові та їх екскреція з сечею при контрольному дослідженні наприкінці реабілітаційної терапії була нижчою, ніж у здорових дітей, що можна пояснити порушенням у цих дітей всмоктування вітамінів із шлунково-кишкового тракту внаслідок основного захворювання, діуретичним ефектом мінеральної води (що призводить до посилення екскреції вітамінів з сечею), супутніми розладами гомеостазу і дисбактеріозом кишок. Незважаючи на клінічне поліпшення стану дітей цієї групи, у більшості дітей зберігались дисбіотичні порушення. Додаткове застосування окремих біопрепаратів (Біфі-форм, Хілак-форте, Біфілакт-екстра, Сімбітер) різною мірою поліпшувало біоценоз кишок і ефективність курортної реабілітації. Найкращий ефект було відмічено в групах дітей, які отримували Біфі-форм і Сімбітер. Комбіноване застосування полівітамінів (Мульти табс) і пробіотика (Біфі-Форм) дозволило у дітей 5 групи достовірно збільшити концентрацію вітамінів у сироватці крові й нормалізувати їх добову екскрецію з сечею (що свідчить про адекватне насичення організму дитини вітамінами), зменшити клінічні, копрологічні й бактеріологічні ознаки дисбактеріозу кишок, поліпшити показники місцевого імунітету. Так, при закінченні курортної реабілітації середній рівень вітаміну С в сироватці крові дітей 5 групи був в межах $39,2 \pm 0,6$ мкмоль/л (екскреція з сечею – $83,9$ мкмоль/добу), вітаміну В₁ в крові – $109,59 \pm 3,47$ нмоль/л (екскреція з сечею – $1460 \pm 232,07$ нмоль/добу), вітаміну В₂ – $114,33 \pm 3,29$ нмоль/л (екскреція з сечею – $2315,6 \pm 316,7$ нмоль/добу), вітаміну В₆ – $225,51 \pm 12,07$ нмоль/л (екскреція з сечею – $11,88 \pm 1,3$ мкмоль/добу), вітаміну РР – $50,81 \pm 2,20$ мкмоль/л (екскреція з сечею – $56,5 \pm 4,92$ мкмоль/добу), що істотно краще за показники інших груп.

Для дітей з хронічною гастроентерологічною патологією, які знаходяться на санаторно-курортному оздоровленні, характерним є стан

певної вітамінної недостатності та дисбіозу кишок, що зумовлює необхідність включення до комплексу оздоровчої терапії пробіотиків та вітамінних препаратів.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕФЛАЗИДУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

Н.М. ПЕТРЕНКО

Луганський державний медичний університет

Важливою проблемою дитячої нефрології залишається гломерулонефрит (ГН). На даний час актуальними є дослідження як патогенетичних механізмів, так і удосконалення методів лікування. Одним із клінічних проявів ГН є нефротичний синдром з мінімальними змінами (НСМЗ). Головне місце в лікуванні НСМЗ належить імуносупресивній терапії.

Гіпоімунні стани у хворих на НСМЗ спостерігаються часто і зумовлені як первинною дисфункцією імунної системи, так і вторинними порушеннями, пов'язаними з втратою протеїнів, інтоксикацією, імуносупресивною терапією. Іноді у дітей, хворих на ГН, виявляється персистенція вірусної інфекції (герпетичної, цитомегаловірусної, гепатиту В, С), що пригнічує Т-клітини. В наш час знайшли позитивний відгук у лікуванні ГН препарати із рекомбінантних альфа-інтерферонів (реколін, ліпінт, віферон та ін.). Однак їх коштовність висока і вони не позбавлені побічних ефектів.

Метою нашого дослідження було вивчення терапевтичної ефективності нового вітчизняного противірусного лікарського препарату рослинного походження Протефлазиду, індуктора β - і γ -інтерферону.

Під спостереженням перебували 30 дітей віком від 2 до 14 років з НС гострого ГН, яких було порівну розподілено на дві групи. Діти мали в анамнезі перенесену ГРВІ (21 особа), решта були носіями HBsAg. В першій групі в комплексній терапії ГН було призначено протефлазид за схемою, групу контролю склали хворі відповідного віку, які не приймали протефлазиду. Термін лікування складав 4 тижні.

Для оцінки стану імунної системи проводили імунологічне обстеження з використанням моноклональних антитіл (МКА) і визначенням вмісту $CD3^+$ (загальні лімфоцити), $CD4^+$ (Т-хелпери), $CD8^+$ (Т-супресори), $CD22^+$ (В-лімфоцити), рівень сироваткових імуноглобу-

лінів (IgA, IgM, IgG, IgE), показники фагоцитарної активності моноцитів — ФАМ (фагоцитарний індекс, фагоцитарне число, індекс перетравлення), а також загальний рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК).

Аналіз проведених досліджень показав, що у хворих на ГН до лікування спостерігалось підвищення ЦІК в 1,5-2 рази порівняно з нормою ($1,88 \pm 0,05$ г/л), пригнічення Т-ланки лімфоцитів, порушення співвідношення імунорегуляторних клітин (T_x/T_c), зниження IgA, IgG і ФАМ.

Після лікування проведений імунологічний моніторинг показав, що у дітей першої групи рівень ЦІК наближався до показників здорових дітей, підвищилась кількість загальних Т-лімфоцитів в 1,7 раза, ФАМ — в 2,1 раза, переважно їх перетравлюючої здатності, а також IgA і IgG, хоча й не досягали контрольних значень. У дітей другої групи, які не отримували протекфлазиду, рівень ЦІК залишався підвищеним в 1,3 раза, незначно збільшилися показники IgG, загальних Т-лімфоцитів, ФАМ майже не змінилася. Зникнення основних клінічних проявів ГН у дітей першої групи спостерігалось раніше порівняно з контрольною групою на $2,2 \pm 0,7$ дня. ГРВІ протягом 6 місяців у дітей першої групи не виявлено, в той час як у хворих другої групи приєднання інтеркурентних захворювань спостерігалось у 4 (26,7%).

Таким чином, отримані дані доводять доцільність диференційованого призначення протекфлазиду в комплексній терапії ГН у дітей. Однак невелика кількість спостережень вимагає подальшого вивчення цього питання.

НОВЫЙ ИММУНОМОДУЛЯТОР “АНАФЕРОН ДЕТСКИЙ” С ПРОТИВОВИРУСНЫМ ДЕЙСТВИЕМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.Е. КОСТИНСКАЯ

ООО “Материя Медика – Украина”

Препарат “Анаферон детский” принадлежит к новому классу лекарственных средств, изготавливаемых методом потенцирования (гомеопатическая фармация) на основе моноклональных антител к биологически активным веществам организма. Препарат содержит антитела к гамма-интерферону в сверхмалых дозах и обладает широким

спектром фармакологічного діяння. В рандомизованих плацебо-контрольованих дослідженнях, проведених на базах Російського Державного Медичного Університету в Москві (В.Ф. Учайкин) і НІІ грипу РАМН в Санкт-Петербурзі (В.П. Дриневський, Л.В. Осідак, Л.М. Цымбалова), прийняло участь 404 дитина в віці від 1 місяця до 14 років з грипом, парагрипом, аденовірусною або риносинциціальною інфекціями, підтвердженими імунофлюоресцентним аналізом. У 40% дітей вірусна інфекція була ускладнена ларинготрахеобронхітом. Одночасно з клінічними спостереженнями здійснювався аналіз імунологічних показників: вміст різних субпопуляцій лімфоцитів в периферическій крові, вміст інтерферона.

Результати дослідження показали, що “Анаферон” є високоефективним препаратом, який може застосовуватися як профілактично, так і з лікувальною метою. Профілактичне застосування препарату привело до того, що в досліджуваній групі ні разу не захворіло 24% дітей (в групі з прийомом Плацебо кількість незхворілих - 3%). При цьому препарат зберігає ефективність профілактичного діяння впродовж місяця після припинення прийому. У решті спостережуваних дітей кількість випадків гострих респіраторних захворювань у дітей знизилася більше ніж вдвічі. Стійке зниження інфікованості дітей відмічено при герпетических і аденовірусних захворюваннях. При лікуванні дітей з респіраторними вірусними і вірусно-бактеріальними захворюваннями клінічеська ефективність препарату виражалася в достовірному зменшенні тяжкості і тривалості захворювання (зниження лихоманки, катаральних симптомів, синдрому інтоксикації, явищ стенозу гортани, скорочення термінів появи продуктивного кашлю). В період реконвалесценції лікування “Анафероном” запобігає розвитку у дітей вторинного імунодефіциту і супутюючих йому станів: адинамії, зниження апетиту, отита. Терапевтичне діяння препарату обумовлено підвищенням функціональної активності інтерферонів (альфа, бета, гамма), нормалізацією їх загальної активності в сировотці крові, а також стимуляцією системи макрофагів і НК-кліток. Препарат володіє протівірусною і імуномодулюючою активністю. Отримані результати свідчать про ефективність застосування препарату “Анаферон дитячий” з профілактичною і лікувальною метою у дітей від 1 місяця до 14 років як у окремих осіб, так і в організованих колективах.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ “БИОВИТАЛЬ ГЕЛЯ” У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

С.В. ВОДЯНИЦКАЯ

Харьковская медицинская академия
последипломного образования

Специфическая профилактика рахита у недоношенных детей является не решенной проблемой, хотя нарушение фосфорно-кальциевого обмена — частое состояние, особенно у глубоко недоношенных и новорожденных с синдромом задержки внутриутробного развития. Причиной такого нарушения метаболизма является интенсивное поступление кальция и фосфора от матери к плоду в последние месяцы беременности, которому способствует незрелость ферментативных систем печени, почек, кожи, кишечника недоношенного ребенка.

Целью настоящего исследования было определение состояния кальций-фосфорного обмена у недоношенных новорожденных с перинатальной патологией на втором этапе выхаживания в городском перинатальном Центре. Обследовано 28 новорожденных со сроком гестации 30-36 недель. Помимо общеклинического, лабораторного и инструментального методов обследования, у больных исследовались кальций, неорганический фосфор, щелочная фосфатаза сыворотки крови в возрасте 10 дней и 25-30 дней жизни.

Выраженность и длительность гипофосфатемии, гипокальциемии, повышение щелочной фосфатазы в возрасте 10 дней жизни определялись степенью тяжести перенесенной внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденного, респираторных нарушений в раннем неонатальном периоде и, соответственно, тяжестью гипоксического поражения центральной нервной системы.

Анализ полученных данных по исследованию кальций-фосфорного обмена свидетельствовал о необходимости контроля данных показателей у недоношенных с 10 дней жизни с последующей коррекцией. Для нормализации кальций-фосфорных нарушений у недоношенных новорожденных был использован поливитаминный препарат “Киндер биовиталь гель” с лецитином и кальцием (фармацевтическая фирма “Роше”, Германия) в дозе 5 г в сутки на протяжении 20-25 дней. Поскольку симптомы раннего рахита у недоношенных новорожденных (явления гипертоничности, потливости, расширение апертур грудной клетки книзу, увеличение лобных и заты-

лочных бугров, размягчение костей черепа) не могут считаться специфическими в периоде новорожденных из-за превалирования неврологических и кардио-респираторных нарушений на фоне общих признаков недоношенности, критерием оценки эффективности коррегирующих лечебных мероприятий были показатели кальция и фосфора в крови, определяемые на 25-30-й день жизни.

У детей, получавших “Биовиталь гель”, лечебно-профилактическая эффективность подтверждалась более высокими показателями кальция и фосфора в крови в месячном возрасте, отсутствием проявлений поздней железодефицитной анемии недоношенных, либо легкой степенью их тяжести.

Таким образом, тяжесть и степень биохимического синдрома (гипофосфатемия, гипокальциемия, повышение щелочной фосфатазы) определяется степенью недоношенности и тяжестью перинатальной патологии. Применение “Киндер биовиталь геля” с лецитином и кальцием целесообразно и эффективно. Вопрос о длительности профилактики ранних кальций-фосфорных нарушений у недоношенных новорожденных и доз коррегирующих препаратов требует дальнейшего изучения и обсуждения.

ТРУДНОЦІ В ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Л.В. БЕШ, С.К. ТКАЧЕНКО, Л.Ю. ОЛІЯРНИК

Львівський державний медичний університет

ім. Данила Галицького Львівський міський дитячий

алергологічний центр

Протягом останніх років розроблені єдині підходи щодо трактування, діагностики та лікування бронхіальної астми (БА). Багаторічний досвід застосування цих рекомендацій дозволив значно поліпшити ефективність лікування БА у дітей. Однак запропоновані підходи не розв'язали всіх складностей у практичному лікуванні конкретних пацієнтів.

Серед проблем, з якими стикається педіатр, лікуючи БА, слід у першу чергу виділити такі: варіант тяжкої астми, яка погано піддається терапії; складності у трактуванні тяжкості перебігу БА у окремих пацієнтів, які спричиняють труднощі у виборі лікування; обмежений вибір ліків; труднощі у проведенні інгаляційної терапії, осо-

бливо у дітей раннього віку; неоднозначне відношення до застосування антибактеріальної терапії; проблеми, пов'язані з високою частотою ГРВІ у дітей, хворих на БА; проблеми співпраці між усіма учасниками лікувального процесу, що впливає на дотримання лікарських рекомендацій; проблема безпечності лікування.

Особливо складна ситуація виникає у разі розвитку так званої тяжкої астми у дитини. Відомо, що у більшості пацієнтів застосування класичних схем терапії дозволяє досягти контролю над хворобою. Однак існує група дітей, які не реагують на типові лікування, перебіг хвороби у них є непередбачуваним, існує ризик швидкого й іноді фатального розвитку астматичного стану. Саме такі випадки прийнято трактувати як тяжка астма.

Відомо, що у разі важкого перебігу хвороби обов'язковим елементом базисної терапії є застосування інгаляційних стероїдів (ІГКС). Іноді лікар, призначивши середні дози ІГКС, не може добитися ефекту. Виникає проблема: Що робити? Можливості є дві: або підвищити дозу ІГКС, або додати до ІГКС інші ліки (або β_2 -агоністи тривалої дії, або антилейкотрієнові препарати, або теофіліни). Наш досвід показав, що найкращою з точки зору безпечність /ефективність є комбінація ІГКС і β_2 -агоністів тривалої дії.

Протягом останніх років учені й практики вели активну дискусію про те, з яких доз ІГКС слід починати терапію астми: високих, спускаючись до малих (step down), чи, навпаки, з нижчих до вищих (step up). Нині доведено, що кращим вирішенням у педіатрії є призначення менших доз ІГКС, але їх слід поєднати з β_2 -агоністами тривалої дії.

Серйозною проблемою для дітей, хворих на БА, є повторні респіраторні інфекції, приєднання яких дуже часто призводить до загострення астми. Наші дослідження довели доцільність застосування у таких дітей імуностимуляційних препаратів (зокрема Рибомунілу), що містять субстрати основних збудників респіраторних інфекцій. Це дозволяє сподіватися на специфічний вакцинальний ефект, який проявляється зниженням частоти ГРВІ, суттєвим зменшенням частоти загострень астми, що дозволяє знизити інтенсивність базисної терапії.

Астма – це хвороба, перебіг якої є мінливим. Самопочуття може змінюватися мало не щодня. Лікар не може передбачити всіх ситуацій, саме тому пацієнт і його найближча родина повинні навчитися контролювати перебіг хвороби та лікування. Наш досвід доводить, що ці питання успішно вирішує розроблена нами освітня програма, яка включає заняття в астма-школі, астма-клубі та індивідуальну роботу під час кожного візиту до лікаря.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ХОЛАТОУТВОРЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

В.Д. ЛУКАШУК, С.І. ЄСИПОВА, Л.М. ГОЛОВАТЮК,
С.П. ХОДАКІВСЬКА, Н.В. АЛЕКСЄЄНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДК) у дітей часто поєднується з ураженням інших органів травлення, зокрема із захворюваннями жовчовивідних шляхів, що впливає на перебіг основного захворювання та ефективність лікування.

Для лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (дуоденальної виразки) використовують антисекреторні препарати різних груп – Н₂-блокатори гістаміну та антихолінергічний препарат – гастроцепін. Як відомо, препаратам групи Н₂-блокаторів гістаміну властивий несприятливий вплив на секрецію жовчі – сприяють згущенню її та гальмують синтез жовчних кислот. Останній ефект реалізується гальмуванням системи цитохрому Р-450 в гепатоцитах.

Метою роботи було обґрунтування оптимального способу лікування ВХДК антисекреторними препаратами на підставі поглибленого вивчення холатоутворюючої функції печінки (ХФП). Обстежено 49 хворих на ДВ віком 11–18 років та 18 здорових дітей. Фактори агресії оцінювали за показниками: дебіт-година шлункової кислоти в базальній та стимульованій фазах, рівень пепсиногену-1 (ПГ-1) сироватки крові, інвазія *Helicobacter pylori* за уреазним тестом. В якості стимулятора секреції використовували м'ясний відвар. Визначали також рівень гастрину сироватки крові. Стан ХФП характеризували за показниками загальних жовчних кислот (ЗЖК) печінкової жовчі в динаміці спостереження. При аналізі ХФП в динаміці за показниками ЖК печінкової порції жовчі виділено три типи: у 26,5% – підвищена, у 30,6% – збережена, у 42,9% – знижена. Вивчення клінічних проявів показало, що у хворих з підвищеною ХФП біль в животі мав гострий, колькоподібний, інтенсивний характер, локалізувався в епігастрії та навколoupквовій ділянці, поєднуються з нудотою, печією, інколи проносом, у переважної більшості спостерігали незначне збільшення печінки; при зниженій ХФП біль локалізувався в правому підребер'ї, був неінтенсивним, тупим, спостерігалась схильність до закрепи. При збереженій ХФП біль, як правило, локалізувався у власне епігастрії та пілородуоденальній зоні. Хворим проводили 5 варіантів лікування: 1 група – гастроцепін (3 тижні), 2 група – ранітидин коротким курсом

(7-10 днів) з переходом на підтримуючу дозу 1 раз на ніч, 3 група – ранітидин класичним курсом, 3 тижні з переходом на підтримуючу терапію 1 раз на ніч, 4 група – антигелікобактерний потрійний комплекс, 5 група – антациди (група порівняння). В роботі наведено результати лікування в кожній групі за основними критеріями та детально відображено динаміку ХФП на етапах спостереження: в стадії загострення, після курсового лікування та в стадії повної ремісії. Оптимальну динаміку рівня ЗЖК спостерігали в 2 групі, при лікуванні ранітидином коротким курсом: у хворих зі зниженою ХФП підвищувався її рівень, а при підвищеній ХФП – знижувався, в той час як при збереженій ХФП суттєвих змін не спостерігали. Позитивні зрушення спостерігали у 70%, а нормалізацію – у 60% хворих. Короткий курс ранітидину забезпечив нормалізацію ХФП як при високому, так і при низькому вихідному рівні. У хворих на ВХДК зі зниженою ХФП не рекомендується використовувати 3 варіант лікування – ранітидин класичним пролонгованим курсом, оскільки після лікування виявляється значна гіпергастринемія і різко поглиблюється порушення холатоутворюючої функції печінки. Сприятлива динаміка ХФП спостерігалась також в 1 та 5 групах спостереження, про що свідчать дані катамнезу щодо рецидивів хвороби через 6 місяців та 1 рік. Найбільш стійкі позитивні результати спостерігали у дітей 2 групи, а найгірші – в 3 та 5 групах: в 3 групі найбільшою була частота ранніх рецидивів, а в 5 – найвищою була частота рецидивів через 1 рік.

КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

В.Д. ОТТ, В.П. МИСНИК

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины

Целью настоящего исследования было изучение влияния кисломолочного продукта Actimel (фирма “Danone”) на состояние микробиоценоза кишечника у 35 практически здоровых детей 3-6 лет жизни. В анамнезе взятых под наблюдение детей периодически отмечались резко выраженные симптомы кишечного дискомфорта – вздутие и боли в животе, неустойчивый стул (запоры – у 8 детей, диарея – у 5). В динамике наблюдения, наряду с общеклиническими данными, исследовали показатели гемограммы, копрограммы, рН кала, состояние

биоценоза кишечника. Бактериологический анализ кала на дисбактериоз проводили дважды – до введения в рацион питания кисломолочного продукта Actimel и через 14 дней после окончания его приема.

Actimel содержит традиционные йогуртовые культуры *Lactobacillus bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus*, а также особую пробиотическую культуру *Lactobacillus casei* DN-114 001 (коммерческое название *L. casei* DEFENSIS). Особенностью этой культуры является то, что она выживает во время прохождения через желудочно-кишечный тракт, обнаруживаясь в большом количестве в содержимом толстой кишки. В одном миллилитре Actimel содержится 10^8 КОЕ *L. casei* DEFENSIS, а в одной бутылочке продукта емкостью 100 мл – 10^{10} КОЕ. В таком количестве *L. casei* DEFENSIS сохраняется в течение всего срока годности продукта при нормальных условиях его хранения (в холодильнике при температуре $+2-6^{\circ}$ C). Actimel содержит *Lactobacillus bulgaricus* в концентрации 10^7 КОЕ/мл и *Streptococcus thermophilus* в концентрации 10^8 КОЕ/мл.

Пищевая ценность 100 г кисломолочного продукта Actimel составляет: белка – 2,8 г, жира – 1,6 г, углеводов – 14,3 г (сахарозы – 9,7 г). Энергетическая ценность – 83 ккал/350 кДж. Продукт содержит 104 мг кальция /100 мл.

Продолжительность наблюдения составила 25-30 дней. В течение этого времени дети ежедневно получали по 100 мл Actimel два раза в день на второй завтрак и в 20 часов. Других кисломолочных продуктов (кефир, биокефир, йогурт и др.), биопрепаратов в этот период дети не получали.

На фоне приема Actimel состояние детей улучшилось. Болевой синдром полностью купировался у 11 детей, уменьшился – у 3; небольшое вздутие живота сохранялось лишь у 2 детей. Среди детей с запорами стул нормализовался у 6, в группе детей с неустойчивым стулом – у 4. Отмечено положительное влияние продукта на состав кишечной микрофлоры – стабилизация оптимального уровня бифидо- и лактофлоры и уменьшение концентрации условнопатогенных бактерий. Отмечено также улучшение данных копрограммы и pH кала.

Полученные результаты свидетельствуют, что кисломолочный продукт Actimel является достаточно эффективным продуктом функционального питания. Он оказывает выраженный положительный эффект на состояние микрофлоры кишечника и устранение симптомов кишечного дискомфорта. Включение Actimel в рационы питания детей, начиная с 3-х лет, может стать эффективным способом коррекции и профилактики латентно протекающих дисбиозов, а также у детей с функциональными расстройствами пищеварения, ассоциированными с дисбактериозом кишечника.

ДО ПРОФІЛАКТИКИ АТОПІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМ ДІАТЕЗОМ

О.В. ТЯЖКА, Ю.С. П'ЯТНИЦЬКИЙ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

У переважної більшості обстежених нами дітей з atopічними захворюваннями, починаючи вже з антенатального періоду, прослідковувався вплив несприятливих екзогенних та ендогенних чинників на організм з atopічним генотипом. Зокрема, вплив гіпоксії в антенатальному, перинатальному та постнатальному періодах був важливим тригерним фактором маніфестації atopічного діатезу у дітей.

Одним із важливих етіопатогенетичних факторів формування atopічних захворювань різних локусів у спостережуваних дітей була харчова інтолерантність. Введення коригуючих добавок та прикормів проводилося без дотримання принципів гіпоалергенної дієти, а при грудному вигодовуванні дітей матері не дотримувалися цього в своєму харчуванні.

В числі суттєвих тригерних факторів маніфестації atopічних захворювань були також часті ГРВІ, вакцинопрофілактика без відповідної підготовки, хронічні вогнища інфекції носоглотки, дисбіоз слизових оболонок ротоглотки, кишечника, функціональні та органічні порушення гепатобіліарної системи, недостатність зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози.

На відміну від дітей із фоновим донозологічним станом – atopічним діатезом, у обстежених нами пацієнтів із atopічними захворюваннями мали місце більш глибокі порушення місцевого імунітету, що сприяло поступовому розширенню спектру сенсibilізації, рецидивуючому, часто інфекційно-ускладненому перебігу різних atopічних захворювань. Вираженість клінічних проявів алергодерматозів у обстежених нами дітей раннього віку прямо корелювала з глибиною порушень місцевого гуморального імунітету, які були тісно пов'язані з наявністю хронічно-тонзиліту, аденоїдиту, аденотонзиліту та аденоїдних вегетацій.

У дітей з алергічним діатезом і atopічним дерматитом виявлено однотипні зміни і в показниках системного імунітету, однак більш значні при atopічному дерматиті.

Спектр сенсibilізації у дітей з алергічними захворюваннями був ширшим, ніж у пацієнтів з проявами atopічного діатезу, що підкреслює значення профілактичних заходів в плані запобігання маніфестації діатезу в захворювання.

Отже, оптимальний перебіг вагітності, гіпоалергенне харчування дітей раннього віку з atopічним генотипом, запобігання розвитку вогнищ хронічної інфекції в носоглотці (а в разі їх виникнення активна рання терапія), своєчасне усунення розладів гепатобіліарної системи та нормалізація зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози, корекція імунних відхилень у дітей з алергічним діатезом можуть бути реальними шляхами запобігання розвитку atopічних захворювань у них.

КАРДИОМЕТАБОЛИТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

С.С. КАЗАК, О.С. ТРЕТЬЯКОВА

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Методы защиты миокарда при его гипоксическом повреждении продолжают активно изучаться. Но при проведении интенсивной терапии основное внимание врача направлено на ликвидацию жизнеугрожающих осложнений гипоксии. На втором плане остаются препараты, влияющие на базисные процессы поддержки выживаемости ишемизированного миокарда. Хотелось бы подчеркнуть, что ликвидация гипоксемии не всегда сопровождается восстановлением уровня окислительно-восстановительных процессов в кардиомиоцитах, чему способствует нарушение активности энергетических энзимов в условиях гипоксии и невозможность клетки усваивать кислород крови. Поэтому традиционная интенсивная инфузионная и оксигенотерапия не позволяет значительно повысить энергообразование миокардиальной клетки и восстановить инотропную функцию сердца.

Уменьшением гипоксического повреждения миокарда обладают препараты, снижающие сосудистое сопротивление, антагонисты Ca^{2+} , β -адреноблокаторы, β -адреномиметики. Однако последние не оказывают положительного эффекта на энергопродукцию клеток, расстройства которой являются ключевым звеном в патогенезе ишемических и реперфузионных повреждений, а антагонисты Ca^{2+} устраняют лишь вторичные звенья нарушения окислительного фосфорилирования в митохондриях.

Основной задачей при ишемии является поддержание гликолитической энергопродукции, обеспечивающей пролонгацию обратимых изменений гомеостаза поврежденных кардиомиоцитов. Представляется целесообразным одновременная мембранопротекция и защита митохондрий с мобилизацией их энергообразования в миокарде, пограничном с зоной ишемии. Это достигается с помощью нескольких групп метаболитных препаратов. К I относят средства, улучшающие энергетическое состояние клеток; ко II – повышающие резистентность клеточных мембран к ишемии и к III – усиливающие репаративные процессы в клетке.

Наименее изученными являются лекарственные препараты, отнесенные ко II группе, так называемые экпротекторы. К ним, в частности, относят мембраностабилизатор липин и биофлавоноид кверцетин. Нами изучено влияние липина, кверцетина и их комбинаций как в условиях эксперимента, так и в клинике у новорожденных с гипоксическим повреждением сердца. Разработаны дозы и методики применения. Доказана клиническая эффективность препаратов. Полученные эффекты восстановления проницаемости мембран кардиомиоцитов и их органелл связаны со способностью липина встраиваться в мембраны клеток сердца, тормозить процессы ПОЛ, накапливаться в ишемизированных тканях. Кверцетин, в свою очередь, ингибирует активность 5-липоксигеназы, тормозит метаболизм арахидоновой кислоты и образование свободных радикалов.

Полученные данные являются обоснованием для использования липина, кверцетина, а также их комбинаций в качестве базисной патогенетической терапии, при гипоксически-ишемическом поражении сердца. Обеспечивая мембрано-, энзимо- и энергостабилизирующий эффект, данные средства повышают резистентность кардиомиоцитов, нормализуют электрофизиологию и инотропизм сердечной мышцы, предотвращают и устраняют нарушения кровообращения.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА ВЕГЕТО-СУДИННУ ДИСТОНІЮ, ГОМЕОПАТИЧНИМ МЕТОДОМ

Т.В. КУЛЕМЗІНА, С.С. ТАРАН

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Підлітковий вік характеризується інтенсивним зростанням, завершенням морфологічного та функціонального розвитку організму. У цьому періоді фізіологічні процеси рухливі, й відбувається адаптація дитини до нових психічних і фізичних навантажень.

Важливо зазначити, що шкільна програма, яка має тенденцію до постійного ускладнення, також впливає на стан здоров'я дітей. Від дитини потрібні додаткові зусилля для підтримки необхідного рівня підготовки. Уся сукупність перерахованих вище факторів може створювати передумови для розвитку несприятливих зрушень функціонування різних систем організму. Насамперед, це позначатиметься на стані серцево-судинної і нервової систем.

При порушенні адаптивно-компенсаторних механізмів до умов середовища, що змінюються, у дитини розвивається вегето-судинна дистонія (ВСД), що може клінічно проявлятися головним болем, запамороченням, загальною слабкістю, підвищеною стомлюваністю, порушеннями сну. Також можливо стійке зниження показників артеріального тиску (АТ).

Враховуючи, що лікування хвороби звичайно є симптоматичним, а синтетичні препарати часто мають побічні ефекти, виникає можливість використання гомеопатичних препаратів.

Мета дослідження: запропонувати гомеопатичний метод у якості альтернативного в лікуванні дітей шкільного віку, хворих на вегето-судинну дистонію.

Підлітків обох статей віком від 10 до 15 років із артеріальною гіпотензією (показники АТ нижче 90/50 мм рт. ст.) на фоні ВСД було розподілено на дві групи (по 7 хворих у кожній), в одній з яких використано традиційну медикаментозну терапію (адаптогени, полівітаміни), а у другій – гомеопатичні монопрепарати, яких добирали за принципами класичної гомеопатії, враховуючи конституцію пацієнта, психічні, загальні та фізичні симптоми: Аргентум нітрикум, Арсенікум альбум, Натріум муріатікум, Пульсатілу, Сульфур, Фосфорус у потенції 200 СН, 2-3 рази на тиждень. Контроль АТ проводився кожного тижня.

Через 2 місяці в першій групі показники АТ стабілізувалися (вище 100/60 мм рт. ст.) та поліпшилося загальне самопочуття у 57% хво-

рих, а у другій – у 86%. Таким чином, гомеопатичне лікування виявилось децю ефективнішим.

Ймовірно, що позитивний ефект гомеопатичного лікування пов'язаний з тим, що гомеопатичний препарат впливає на центральні процеси регуляції в організмі, в першу чергу, на психіку, нервову, ендокринну та імунну системи, й вже потім на локальні органи, тому його дія виявляється більш комплексною.

Варто зазначити значну адаптивну роль гомеопатичного лікування. Великими перевагами гомеопатичних медикаментів у лікуванні підлітків є також їх природне походження, практична відсутність побічних ефектів та можливість призначення на ранніх стадіях захворювання.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ЩО БУЛИ ПРООПЕРОВАНІ З ПРИВОДУ ПРИРОДЖЕНОЇ ВАДИ СЕРЦЯ

Г.С. СЕНАТОРОВА, В.С. ПРИХОДЬКО, М.О. ГОНЧАРЬ,
А.І. СТРАШОК, М.А. ХАІН, А.Д. БОЙЧЕНКО
Харківський державний медичний університет

У дитячому кардіологічному центрі зареєстровано 1232 дитини з природженою вадю серця. Оперативну корекцію вади проведено у 283 (23%) пацієнтів.

Мета дослідження: вивчення стану серцево-судинної системи у дітей, що були прооперовані з приводу природженої вади серця (ПВС).

Обстежено 178 дітей (97 хлопчиків та 81 дівчинка) віком від 1-го до 15 років, що були прооперовані з приводу ПВС (септальних дефектів, відкритої артеріальної протоки, коарктації аорти, тетради Фало, транспозиції магістральних судин). Катамнез складав від 1-го до 12 років. Проведено вивчення анамнезу, клінічне обстеження, ЕКГ, холтеровське моніторування, доплерехокардіографію (ДЕХОКГ).

Скарги на стомлюваність, слабкість, кардіалгії, серцебиття, задишку мали місце у 33,8% пацієнтів. Виявлено такі клінічні симптоми, як затримка фізичного розвитку (30,9%), серцеві шуми (67,4%), ознаки серцевої недостатності (15,7%). За даними ЕКГ гіпертрофія шлуночків та передсердь визначалась у 53,4%, порушення процесів реполяризації міокарда — у 25,3%. Після оперативного втручання частота аритмій серцевої діяльності зростала з 22,5 до 42,1%. Порушення

функції автоматизму відмічалось у 70 (39,3%) дітей: міграція водія ритму від синусного вузла до передсердного (2,2%), синусна тахікардія (4,5%), синусна брадикардія (8,9%). Порушення функції збудливості зареєстровано у 2 (1%) дітей, синдром передзбудження шлуночків з нападами рецидивуючої пароксизмальної тахікардії — у 10 (5,6%). Найчастіше виявлялись порушення функції провідності: блокада правої ніжки пучка Гіса (30,9%), передсердно-шлуночкова блокада (5,6%). У 10,7% дітей зареєстровано складні порушення ритму і проведення імпульсу (політопна екстрасистолія, миготлива аритмія, заміщуючі ритми, синдром Фридеріка).

За даними ДЕХОКГ дилатація серцевих камер (53,4%) і гіпертрофія стінок шлуночків (47,7%) зберігались протягом декількох років після операції. Реканалізацію септальних дефектів виявлено у 5,6%. Регургітація на атріовентрикулярних клапанах (13,5%), клапанах легеневої артерії (ЛА) (16,8%) супроводжувались дилатацією ЛА і резидуальною легеневою гіпертензією у частини хворих (16,8%). Перикардіальний випіт мав місце у 2,2%. У віддаленому катамнезі у 3 дітей розвинувся інфекційний ендокардит, у 2 – перикардит. Одна дитина померла через 10 міс після операції.

Отже, поліпшення стану хворих після оперативної корекції ПВС не є ознакою повної нормалізації здоров'я дитини. Група обстежених пацієнтів неоднорідна щодо клінічного стану, морфофункціональної характеристики серцево-судинної системи, розвитку ускладнень. Отримані результати є обґрунтуванням необхідності проведення реабілітаційних заходів дітям, що були прооперовані з приводу ПВС, та диспансерного спостереження таких хворих.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ АПФ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

Ю.В. ОДИНЕЦЬ, Л.В. ЛАРІЧЕВА, К.К. ЯРОВА,
В.О. СОКОЛОВА, О.М. СИВИХ
Харківський державний медичний університет

Останнім часом велика увага приділяється вивченню неімунних механізмів розвитку та прогресуванню гломерулорнефриту (ГН), до яких відносять гемодинамічні та метаболічні. В цьому зв'язку становить ін-

терес вивчення процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), фосфоліпідного обміну, а також стану обміну фосфатидилінозитолів (ФІ).

Програма обстеження включала: проведення загальноклінічних та лабораторно-інструментальних методів обстеження; вивчення фосфоліпідного спектру плазми крові за методом Фолча в модифікації Кейтса, складу інозитолфосфатів (ІФ) в лейкоцитах крові методом колоночної хроматографії, рівнів малонового діальдегіду (МДА), дієнових кон'югат (ДК) та SH-груп спектрофотометрично. Обстеження проводилось в періоді розгорнутих проявів захворювання (1 період) та при нормалізації основних клініко-лабораторних показників (2 період). Обстежено 71 дитину віком від 2 до 15 років з гострим ГН. Групу контролю склали 12 здорових дітей аналогічного віку. Гострий ГН з нефротичним синдромом, гематурією та гіпертензією було діагностовано у 8,5% хворих, з нефротичним – у 9,9%, з нефритичним (Нис) – у 69%, з ізольованим сечовим синдромом – у 12,6% дітей.

Результати дослідження показали, що при гострому ГН у дітей в 1 періоді визначаються зміни в обміні ФІ (ступінь яких залежить від віку хворих та варіанту перебігу ГН), активація ПОЛ при недостатності системи антиоксидантного захисту, які зберігаються і в 2 періоді. Все це з урахуванням даних літератури про роль обміну ФІ в опосередкуванні впливу вазоактивних речовин на судинну стінку стало підставою для дослідження динаміки вивчуваних показників на тлі включення до терапії інгібіторів АПФ.

15 дітей з Нис гострого ГН на фоні базисного лікування в якості антигіпертензивних препаратів отримували один із інгібіторів АПФ (ІАПФ) – капотен дозою 0,3-2 мг/кг/добу протягом 1- 4 тижнів; з них 8 дітей – також приймали вітамін Е (5-10 мг/кг), 7 дітей – димефосфон (70-100 мг/кг). 20 дітей з аналогічним варіантом та ступенем активності захворювання, які не отримували ІАПФ, склали групу контролю. В динаміці на фоні лікування капотеном відмічено більш суттєве (але недостовірне) зниження рівнів інозитолдифосфатів, інозитолтрифосфатів, сумарного вмісту ІФ, ніж у хворих групи контролю. У хворих, які отримували одночасно з капотеном вітамін Е, зниження рівнів інозитолтрифосфату та сумарного вмісту ІФ лейкоцитів досягало достовірного рівня, а при застосуванні капотену та димефосфону зареєстровано достовірне зниження рівня інозитолтрифосфату порівняно з групою хворих, які не отримували капотену. Одночасне призначення ІАПФ та димефосфону більшою мірою, ніж ІАПФ та вітаміну Е, знижувало рівень ДК та МДА, однак це зниження було статистично недостовірним. Призначення ж вітаміну Е в комплексі з капотеном в більш значній мірі сприяло відновленню рівня тіолових сполук.

Таким чином, проведений аналіз результатів дослідження дозволив зробити висновки про те, що зміни обміну ФІ зумовлюють особливості розвитку та перебігу ГН у дітей; позитивний вплив ІАПФ на обмін ФІ підтверджує наявність тісного зв'язку останнього з реалізацією вазоактивних впливів на стінку судин; застосування ІАПФ, поліпшуючи ниркову геодинаміку і зменшуючи гіпоксію, сприяє суттєвому зниженню показників ПОЛ та активації антиоксидантної системи, стабілізації клітинних мембран. Результати дослідження дозволяють рекомендувати застосування ІАПФ не тільки в якості антигіпертензивної, але й патогенетичної терапії гломерулонефриту.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

С.М. МАКСИМОВА, Е.И. ЮЛИЦ, И.С. САМОЙЛЕНКО,
Э.В. БУХТИЯРОВ, Ю.Н. БЕЛОУС, В.А. КУЗЬМЕНКО
Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

Одна из главных задач здравоохранения – обеспечение высокого качества жизни детей с хроническими заболеваниями, в частности, с бронхиальной астмой (БА). Поэтому ранняя диагностика БА с учетом поливалентности триггерных факторов бронхоспазма является залогом эффективной терапии заболевания.

Целью данной работы было изучение особенностей современного течения БА у детей, определение путей достижения контроля над астмой и улучшения качества жизни детей при адекватном лечении.

Под нашим наблюдением в ЦГКБ № 3 г. Донецка в пульмонологическом отделении находились 68 больных с бронхиальной астмой в возрасте от 9 месяцев до 15 лет, с преимущественно атопической формой разной степени тяжести в периоде обострения и в отдельных случаях – в периоде ремиссии. Неблагополучный семейный анамнез с отягощенной аллергологической наследственностью наблюдался у 80,6% детей. Отягощенная наследственность по БА в 2-3 поколениях зарегистрирована у 35% обследуемых. Патологическое течение беременности у матерей, перинатальная патология, пищевая аллергия у детей наблюдались в 2/3 случаях. У большинства детей раннего возраста (70%) проявления БА при обострении протекали в виде рецидивирующего бронхообструктивного синдрома, эпизодов сухого на-

вязчивого или коклюшеподобного кашля, свистящего дыхания, псевдокрупа, одышки чаще смешанного характера и у отдельных детей в виде типичных приступов удушья. Триггеры БА у большинства обследованных детей (67,8%) представлены бытовыми, пищевыми и внешними аллергенами, у 30,2% — инфекционными (респираторные вирусы, хламидиоз, цитомегаловирус, вирус краснухи), в отдельных случаях — вакцинальными препаратами. Маркеры атопии и аллергии немедленного типа (IgE, гистамин) были зарегистрированы высокими у половины детей. Показатели пикфлоуметрии у большинства обследованных детей старшего возраста с БА служили функциональным подтверждением диагноза астмы.

Лечение пациентов проводилось с учетом возраста и тяжести заболевания методом ступенчатого подхода к базисной терапии, с включением противовоспалительных и бронхолитических препаратов длительным непрерывным курсом не менее 6 месяцев — 1 года, с использованием бекхалера и небулайзера.

Применение комбинации ингаляционного стероида и пролонгированного β_2 -агониста в одной лекарственной форме (серетид) у детей с астмой средней тяжести и тяжелым течением позволило получить выраженный противовоспалительный и пролонгированный бронходилатирующий эффект, благодаря чему сократилось количество и тяжесть обострений заболевания и заметно улучшилось качество жизни у данных пациентов.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ю.В. ОДИНЕЦ, Г.И. СУКАЧЕВА, Е.А. ПАНФИЛОВА,
Н.П. АЛЕКСЕЕВА, В.Я. КАЗАНОВ

Харьковский государственный медицинский университет

Нами проведена оценка кардиореспираторной заболеваемости детей, проживающих в промышленном Орджоникидзевском районе г. Харькова, за последние 5 лет. За этот период заболеваемость пневмониями среди них выросла в 2 раза, хроническими и рецидивирующими бронхитами — в 1,5 раза, бронхиальной астмой — почти в 5 раз! Наметилась тенденция к снижению заболеваемости кардиопатиями, что связано с улучшением качества диагностики и расшиф-

ровкой этих состояний, а заболеваемость вегето-сосудистыми дистониями выросла в 2 раза! В этом аспекте представляются весьма важными вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения за детьми этих групп, что и является объектом исследований нашего коллектива.

Обследовано 112 детей в возрасте 8-15 лет, которые направлялись в стационар ГДКБ № 16 г. Харькова с диагнозом “функциональная кардиопатия”. В процессе углубленного клинико-инструментального обследования установлена неоднородность этой группы. Так, у 84% детей выявлена вегетативная дисфункция различных типов, у 70% – малые структурные аномалии сердца, что сопровождалось у 57% изменениями сократительной функции миокарда (по данным ЭхоКГ), у 59% – метаболическими нарушениями в сердечной мышце (по данным ЭКГ) и у 86% – снижением толерантности к физической нагрузке (по результатам ВЭМ). При этом обнаруженные изменения расценивались у 26% как скрытые начальные проявления сердечной недостаточности, а у 30% – как транзиторные признаки ишемии миокарда левого желудочка.

По результатам полученных исследований, с учетом анамнестических и генеалогических данных, нами разработан алгоритм выделения групп риска по развитию различных вариантов сердечно-сосудистой патологии среди этой категории детей. Создана программа их реабилитации, предусматривающая лечение фоновой патологии, а также мероприятия по сбалансированию системы нейровегетативной регуляции деятельности органов кровообращения и нормализации метаболических процессов в миокарде.

Нами также обследовано 113 детей в возрасте от 5 до 15 лет с неспецифическими заболеваниями органов дыхания, среди которых у 20% имел место рецидивирующий бронхит, у 24% – хронических бронхит и у 56% – бронхиальная астма (БА) различной степени тяжести. Учитывая, что у практических врачей зачастую возникают трудности дифференциальной диагностики между БА эпизодического течения, хроническим и рецидивирующим бронхитом, нами разработан и внедрен алгоритм диагностики, а также программа реабилитации этих групп детей, которая включает, наряду с другими мероприятиями, выявление и лечение этиологического фактора, иммуномодулирующую терапию. Руководствуясь рекомендациями Международного консенсуса по проблемам диагностики и лечения БА, на базе ГДКБ № 16 г. Харькова была организована астма-школа, функционирующая с мая 2001 г. и за этот короткий срок подтвердившая свою эффективность. Благодаря применению информационно-обучающих программ, у 75% детей изменилось отноше-

ние к болезни, частота обострений уменьшилась в 3 раза, а эффективность восстановительного лечения повысилась в 2 раза.

Таким образом, рост кардиореспираторной заболеваемости и изменение ее структуры среди детей промышленного региона во многом связаны с формированием состояния хронического стресса, что приводит к напряжению и дальнейшему срыву адаптационных возможностей у них. Это требует разработки новых эффективных методов диагностики, профилактики и реабилитации с использованием новейших технологий, в том числе и информационных.

КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОКІНЕТИКІВ ДЛЯ УСУНЕННЯ ДИСПЕПТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ

Л.С. ОВЧАРЕНКО, І.В. САМОХІН, В.П. МЕДВЕДЕВ,
А.Б. БОРОДІН, Т.Г. АНДРІЄНКО

Запорізький державний інститут удосконалення лікарів

Серед хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей велику питому вагу складають функціональні захворювання системи травлення, які супроводжуються болем та диспепсичними розладами. З урахуванням зазначеного, метою даної роботи було вивчення можливостей використання в клінічній практиці лікарських речовин, які спроможні усувати або значно зменшувати інтенсивність болю та диспепсичних розладів: мотиліуму (домперидон) або координаксу (цисаприд) фірми “Янссен-Сілаг” з групи прокінетиків другої та третьої генерації, можливості яких недостатньо вивчено, особливо в педіатричній практиці. Мотиліум використовувався за наявності дуоденогастрального рефлюксу за 20 хвилин до їди по 5 мг тричі на добу. Координакс застосовувався за наявності гастроєзофагеального рефлюксу за 20 хвилин до їди по 5 мг 4 рази на день, 4-й прийом перед сном. Тривалість лікування: при функціональних диспепсіях – 7-10 днів, при органічних диспепсіях – 10-18 днів, при виразковій хворобі шлунка – 21-28 днів.

Обстежено 190 дітей віком від 7 до 12 років, хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД), виразкову хворобу шлунка, функціональні захворювання органів травлення, з яких було сформовано дві групи залежно від характеру моторних порушень: І – діти з дуоденогаст-

ральним рефлюксом (128), II – діти з гастроезофагеальним рефлюксом (33). Крім загальноклінічних методів дослідження, було проведено: фіброезофагогастродуоденоскопію, рН-метрію, УЗД органів травлення, вивчення вихідного вегетативного тону, вегетативної реактивності та вегетативного забезпечення діяльності. Контрольну групу складали 30 дітей із ХГД, які одержували традиційну терапію без включення прокінетиків.

У результаті проведеного диференційованого лікування та аналізу динаміки клінічних проявів основного захворювання встановлено, що у дітей обох груп, порівняно з групою контролю, диспепсичні явища (нудота, блювота, відчуття переповнення, больовий синдром), ліквідувалися на 7-8-му добу від моменту початку лікування. У дітей контрольної групи дана симптоматика спостерігалася до 12-14-го дня. Позитивна динаміка основних клінічних проявів була більш вираженою у дітей, які одержували мотиліум або координакс, порівняно з групою контролю ($p < 0,05$). Також досягнуто нормалізації ендоскопічної картини слизової оболонки шлунка, відновлення вегетативних зрушень із подальшим позитивним впливом на регресію вісцеральної симптоматики.

Результати спостереження показали високу ефективність препаратів мотиліум та координакс у комплексному лікуванні дітей з диспепсичними розладами при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, особливо у випадках порушення його моторики, що дозволяє рекомендувати дані препарати для використання в педіатричній практиці.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУМАМЕДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л.С. ОВЧАРЕНКО, И.И. РЕДЬКО

Запорожский государственный институт усовершенствования
врачей

Хламидийная инфекция (ХИ) приобретает все большее значение в патологии новорожденных (НР) и детей раннего возраста в связи с ростом частоты уrogenитальных хламидиозов у беременных женщин.

Однако до сих пор ХИ у НР и детей раннего возраста диагностируется поздно, а отсутствие ранней специфической терапии ведет к

персистированию инфекции, способствует развитию вторичного иммунодефицита и хронических форм заболевания.

Успешное лечение больных с ХИ невозможно без выявления и индикации этиологического фактора. В связи с необходимостью разработки методов ранней диагностики, эффективного лечения ХИ и реабилитации мы провели проспективное клиническое и микробиологическое обследование 40 доношенных детей с периода новорожденности до 3-х лет жизни.

Диагноз ХИ ставили при наличии клинической картины заболевания в виде бронхолегочной патологии (пневмония, обструктивный бронхит) в сочетании с конъюнктивитами, а также на основании параклинических методов обследования (прямой и непрямой иммунофлюоресцентный методы, цитологический метод, гистология плаценты).

Программа лечения ХИ у НР была комплексной, в условиях стационара, с применением антибиотиков, иммунокорректирующей терапии, антиоксидантов, цитопротекторов, пребиотиков, ферментов.

Антибиотиками выбора при ХИ являются только макролиды. Проведенная нами сравнительная характеристика эффективности антибактериальной терапии макролидами II и III поколений по результатам контрольного лабораторного обследования показала, что наиболее эффективным курсом санации организма является лечение сумамедом (азитромицин). Препарат применяли в дозе 10 мг/кг в первые сутки и дальше по 5 мг/кг в последующие 7-9 дней. Эффективность лечения оценивали при катamnестическом наблюдении детей до 3-х лет, проводя контрольные микробиологические обследования.

Преимуществом применения сумамеда является относительно широкий спектр активности в отношении не только хламидий, но и микоплазм, стафилококков, стрептококков, инфицирование которыми наблюдалось в наших исследованиях в 55% случаев, отсутствие побочных влияний препарата, а также высокий процент (75%) этиологической санации на протяжении первого года жизни. Выявление персистенции возбудителя требовало назначения повторных курсов этиотропной терапии.

Таким образом, опыт применения сумамеда как препарата для этиологической санации при ХИ у детей раннего возраста можно признать положительным. Препарат удобен по своей фармакологической форме выпуска (сироп) и выгоден по экономическим подсчетам на курс лечения, что позволяет широко внедрять его в клиническую практику.

СПОСОБИ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГОСТРИМ РЕСПІРАТОРНИМ ДИСТРЕС-СИНДРОМОМ

Ю.Б. ЯЩЕНКО, Л.В. ЯЩЕНКО

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Дихальні розлади нині є однією з основних причин перинатальної патології та смертності. В 1994 р. Американсько-Європейська конференція прийняла консенсус з питань ARDS (гострого респіраторного дистрес-синдрому) та визначила його діагностичні критерії. Але питання діагностики та лікування даного симптомокомплексу залишаються ще досить дискусійними та не вирішеними, в зв'язку з чим лікування його носить емпіричний та підтримуючий характер.

Основним методом лікування ARDS є оксигенотерапія. На ранніх етапах ARDS досягти підвищення PaO_2 можливо інгаляцією киснем в режимі самостійного дихання при постійному позитивному тиску (ПТКВ) з фракційним вмістом O_2 в дихальній суміші 0,4-0,5. Дана респіраторна підтримка сприяє розправленню легень та підвищенню їх функціональної залишкової ємкості, що підвищує розтяжність легень та зменшує внутрішньолегеве шунтування крові. Але, на жаль, профілактичне застосування ПТКВ не запобігає розвитку ARDS, а використання підвищеного позитивного тиску в кінці видиху, з одного боку, запобігає альвеолярному колапсу, але зменшує серцевий викид та збільшує середній торакальний тиск.

Штучна вентиляція легень є найбільш потужною та найчастіше використовується для корекції гіпоксемії. Загальноприйнятою вважається штучна вентиляція легень (ШВЛ) в режимі "щадіння" – не допускати перевищення величин позитивного тиску в кінці інспіраторної паузи більше 30 см вод. ст. Для цього замість встановлення фіксованого дихального об'єму використовують режим з регулюючим тиском. Але при даному режимі дихальний об'єм має тенденцію до постійної зміни і в умовах зниженого комплайнсу, який має місце при гострому пошкодженні легень, дихальний об'єм знижується.

Важливим завданням при лікуванні гострого респіраторного дистрес-синдрому є розкриття колабірованих альвеол. Але, незважаючи навіть на проведення вентиляції легень в режимі ПТКВ, вентиляційно-перфузійні відношення в уражених ділянках легень зберігаються порушеними. Підвищити розподіл газової суміші в легенях можна шляхом подовження фази вдиху в межах дихального циклу, тобто збільшенням співвідношення вдих/видих до 2/1-3/1. Дану

методику – ШВЛ з керованим тиском та інверсивним відношенням вдих/видих – можна вважати альтернативним методом вентиляції при респіраторному дистресі. Вона забезпечує більш рівномірну вентиляцію легень та є найбільш порівнюваною із вентиляцією здорових легень, але теж має ряд недоліків – погана адаптація до респіратора, підвищення мертвого простору та ризик гіповентиляції альвеол з перевищенням рівня допустимої гіперкапнії.

Іншим способом поліпшення оксигенації є інгаляції оксиду азоту, який застосовують з метою вазодилатації та зменшення легеневого судинного опору. Ефективність NO може бути підвищена при одночасному призначенні селективних легеневих вазоконстрикторів, які збільшують вазоконстрикцію ділянок, що погано вентилюються, але не мають даного ефекту в зонах, які вентилюються нормально.

Таким чином, обгрунтування методики та техніки штучної вентиляції легень при лікуванні респіраторного дистрес-синдрому залишається найскладнішим ланцюгом комплексної терапії. Це зумовлено, перш за все, тим, що інші пріоритетні напрями інтенсивної терапії синдрому проводяться за схемами, а підбір режимів ШВЛ більш індивідуальний.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРАПІЇ БРОНХО-МУНАЛОМ ТА ЦИКЛОФЕРОНОМ У ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ ДІТЕЙ

О.Є. АБАТУРОВ, І.Л. ВИСОЧИНА

Дніпропетровська державна медична академія

Проблема реабілітації стану здоров'я часто хворіючих дітей є актуальною за рахунок високої питомої ваги контингенту повторно та тривало хворіючих на гострі респіраторні інфекції дітей. Особливо актуальним є питання щодо необхідності та обгрунтування використання імунних препаратів в схемі реабілітації часто хворіючих дітей з урахуванням їх клініко-імунологічних особливостей.

Нами було вивчено клініко-імунологічну ефективність терапії бронхо-муналом, який призначався трьома послідовними курсами по 3,5 мг вранці, натще, протягом 10 днів, та циклофероном, який призначався одноразово з розрахунку 6-8 мг/кг маси тіла внутрішньом'язово за схемою 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16 та 18 дні терапії у часто хворіючих дітей. Бронхо-мунал було використано у 87 часто

хворіючих дітей, а циклоферон – у 23 дітей віком від 3 до 14 років. Необхідність призначення терапії бактеріальним імуномодулятором (bronхо-мунал) або індуктором інтерферону (циклоферон) була обґрунтована клініко-імунологічними особливостями часто хворіючих дітей в інтеркурентному періоді.

Клінічна ефективність як терапії бронхо-муналом, так і циклофероном, незалежно від віку дитини, була представлена зменшенням кратності гострих респіраторних епізодів в 1,2 раза у середньому (при вихідній кратності $5,6 \pm 0,7$ епізодів протягом року) та зменшенням тривалості одного респіраторного епізоду на 2,2 дня у середньому (при вихідних даних $13 \pm 1,2$ дня для одного респіраторного епізоду).

В імунному статусі часто хворіючих дітей віком від 3 до 6 років після терапії бронхо-муналом було зареєстровано підвищення вмісту CD_{3+} від $15,6 \pm 1,6$ до $33,5 \pm 3,4\%$, CD_{4+} від $16,4 \pm 1,4$ до $25,6 \pm 2,1\%$, CD_{22+} від $20,2 \pm 1,8$ до $30,0 \pm 3,1\%$ (показники після терапії достовірно не відрізнялись від таких у здорових дітей, порівняних за віком) поєднано з підвищенням та нормалізацією імунорегуляторного індексу, підвищенням концентрації сироваткового IgG до $13,4 \pm 0,9$ г/л за рахунок значного підвищення субкласу IgG₁ ($6,91 \pm 0,4$ г/л).

У часто хворіючих дітей шкільного віку (від 7 до 14 років) в імунному статусі після терапії бронхо-муналом відмічалось лише зниження концентрації сироваткового IgA до $1,59 \pm 0,16$ г/л та достовірне підвищення вмісту IL-1?, що відбувалось на фоні перерозподілу вмісту субкласів IgG у сироватці крові за рахунок значного підвищення вмісту субкласу G₂ та зниження вмісту G₄.

Терапія циклофероном, незадежно від віку дитини, сприяла більш значним змінам показників імунного статусу у вигляді підвищення як загальної кількості Т-лімфоцитів, так і їх субпопуляцій та В-лімфоцитів у середньому в 1,5-2 рази, що достовірно перевищувало показники здорових дітей аналогічного віку, що відбувалось поєднано з достовірним підвищенням концентрації сироваткового IgG за рахунок субкласу IgG₂.

Показані зміни імунного статусу після терапії бронхо-муналом свідчать про наявність неспецифічної стимуляції бактеріальними антигенами імунної системи часто хворіючих дітей. Ймовірно, зміни вмісту Т-клітин та їх субпопуляцій після терапії циклофероном у часто хворіючих дітей пов'язані з впливом інтерферону на процеси проліферації та диференціювання імунокомпетентних клітин.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОАНТИБИОТИКА УМКАЛОР В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Е.В. ПРОХОРОВ, Ю.А. СОРОКА, Л.Л. ЧЕЛПАН, Т.В. ЛЕНАРТ,
А.В. ПЕДЕНКО, О.Ю. СОРОКА
Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

Целью работы явилась оценка эффективности фитопланктона умкалор в комплексной терапии острых бронхитов у детей.

Под наблюдением находилось 35 детей (17 девочек и 18 мальчиков) в возрасте от 4 до 15 лет с острым бронхитом. Примерно половину обследованных составили дети из группы часто и длительно болеющих. У 9 пациентов выявлены очаги инфекции в виде хронического тонзиллита, аденоидита, кариеса зубов. С первых дней заболевания наряду с десенсибилизирующими средствами, витаминами, оральной гидратацией пациенты получали умкалор в дозе 10-20 капель (в зависимости от возраста) три раза в день на протяжении 10 дней. Группу сравнения составили 30 больных, в состав терапии которых умкалор не включали.

Динамика патологического процесса оценивалась по признакам регрессии основных клинических симптомов (кашель, лихорадка, интоксикация, хрипы в легких), субъективным данным, показателям гемо- и иммунограммы.

В основной группе такие клинические симптомы, как лихорадка, интоксикация исчезли к 4-му дню заболевания. Влажный кашель, начиная регрессировать с первых дней заболевания, полностью исчезал к концу первой недели у 85% больных (29 человек), у остальных – в виде малопродуктивного сохранялся еще в течение 7-10 дней. Следует заметить, что кашель при этом удерживался у детей с проявлениями атопии. Влажные, преимущественно среднепузырчатые хрипы полностью ликвидировались к 6-7-му дню начатой терапии, а единичные сухие – сохранялись до 10-го дня болезни у 4 детей. Показатели гемо- и иммунограммы достоверно нормализовались к 8-9-му дню лечения. В то же время в группе сравнения обратное развитие симптомов основного заболевания задерживались на $3,3 \pm 0,7$ дня дольше, а у ряда больных (8-22,8%) наблюдались осложнения в виде синусита, отита, аденоидита.

Таким образом, включение умкалора в комплексную терапию способствует более благоприятному, в т.ч. без осложнений течению острого бронхита у детей. Переносимость препарата хорошая.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ

Е.В. ПРОХОРОВ, Л.Л. ЧЕЛПАН, Ю.А. СОРОКА,
И.Е. ПРОХОРОВ, А.В. ПЕДЕНКО

Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

В лечении артритов любой этиологии и всех форм ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) применяют нестероидные противовоспалительные средства (НПВП), основным механизмом терапевтического действия которых является подавление синтеза простагландинов в различных тканях за счет торможения активности фермента циклооксигеназы (ЦОГ). Учитывая вероятность развития НПВП-гастропатии, в последнее время предпочтение отдается ингибиторам ЦОГ-2, в частности нимесулиду (Найз). Преимуществом последнего следует считать безопасность, высокую эффективность для устранения болевого синдрома и воспалительных явлений, а также лучшую переносимость ввиду меньшей токсичности.

На базе кардиоревматологического отделения областной детской клинической больницы г. Донецка проведено изучение эффективности Найза в терапии 23 больных (13 детей с преимущественно суставной формой ЮРА и 10 детей с реактивным артритом). Найз назначали из расчета 1,5 мг/кг массы тела 2 раза в день. Группу сравнения составили 25 пациентов с упомянутыми заболеваниями, которые получали НПВП. Наряду с клиническими проявлениями эффективность лечения заболевания оценивали по динамике иммунологических показателей (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО, CD₄, CD₈, Т-клетки, С3а комплемента и др.).

До начала лечения НПВП ни в одной группе пациентов не отмечалось каких-либо жалоб гастроэнтерологического характера. Суставной синдром у большинства больных основной группы был представлен олиго- или моноартритом, преобладала I-III степень активности процесса. Динамика выраженности суставного синдрома и показателей, характеризующих иммунологический статус, на фоне приема Найза происходила достаточно быстро: спустя 10 дней уменьшался индекс припухлости и индекс болезненности суставов, нормализация иммунологических показателей на второй неделе заболевания.

В контрольной группе динамика суставного синдрома и иммунных характеристик оказалась близкой с основной, однако примерно у половины больных на третьей неделе приема НПВП отмечены

жалоби на боли в животі тощакового характеру, а при фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) у 7 із них виявлені ознаки ерозивного гастриту. В основній групі хворих відсутні були скарги на боли в животі. В половині випадків виконана діагностична ФГДС. При цьому ендоскопічна картина слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки відповідає нормі. Проведені дослідження свідчать про високу ефективність і відсутність побічних впливів в випадках застосування Найза при захворюваннях суглобів у дітей.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОАКТИВНИХ ЗАСОБІВ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АНГІНУ

З.М. ТРЕТЬЯКЕВИЧ, Г.М. ДАВИДЧУК, Т.А. РИЧКОВА,
Г.О. ЗУБОВА
Луганський державний медичний університет

Схильність до повторних захворювань на ангіну, тяжкість перебігу і вихід хвороби у дітей раннього віку нерідко зумовлені станом їх імунної системи. Екологічно несприятливі умови промислового регіону негативно впливають на стан імунної системи дитячого організму. Тому метою даної роботи було дослідження імунних порушень у хворих на ангіну дітей раннього віку, мешканців м. Луганська, та розробка раціональних заходів для лікування даного контингенту дітей.

Під нашим спостереженням в умовах стаціонару знаходилося 60 дітей віком 1-3 роки, які хворіли на ангіну з середньотяжким і тяжким перебігом (хлопчиків 37 – 61,7%, дівчаток 23 – 49,3%). При імунологічному дослідженні хворих дітей встановлено суттєві імунні порушення, ступінь яких залежав від особливостей клінічної картини і тяжкості перебігу захворювання. Ці зміни характеризувалися значною Т-лімфопенією, достовірним зниженням кількості клітин з фенотипом CD₄ (Т-хелперів/індукторів), що зумовило зменшення співвідношення CD₄/CD₈ до 1,52±0,06 (в нормі 2,12±0,08, p<0,01). Відносна кількість В-лімфоцитів (CD₁₉) була також достовірно зниженою. У 48,3% хворих, серед яких переважали діти з тяжким перебігом ангіни, відмічено зниження рівня сироваткових ІgА до 0,78±0,18 г/л (в нормі 1,2±0,12 г/л, p<0,01). У всіх дітей, які хворіли на ангіну вперше,

в гострому періоді захворювання рівень IgM був достовірно підвищеним до $1,82 \pm 0,13$ г/л при середньотяжкому перебігу хвороби і $2,41 \pm 0,33$ г/л – при тяжкому перебігу. У періоді реконвалесценції у 81,7% дітей рівень IgM зменшувався до $1,05 \pm 0,09$ г/л (при нормі $0,83 \pm 0,05$ г/л, $p < 0,05$). Рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові хворих дітей перевищував вікову норму в 2,3 рази. Це відбувалося переважно за рахунок збільшення вмісту найбільш патогенних середньо- і дрібномолекулярних імунних комплексів. Крім того, у хворих на ангіну дітей відмічено підвищення в крові концентрації природного інгібіруючого фактора (ПІФ) до $2,15 \pm 0,32$ (в нормі $0,88 \pm 0,21$, $p < 0,001$). Ці дані свідчать про циркуляцію ПІФ в організмі дітей, що призводила до формування вторинної імунної недостатності за відносьним супресиорним варіантом.

При вивченні фагоцитарної активності моноцитів периферичної крові встановлено зменшення фагоцитарного індексу, що складав при середньотяжкому й тяжкому перебігу ангіни відповідно $11,30 \pm 1,81$ і $8,04 \pm 2,01\%$ ($p < 0,01$). Індекс аттракції також достовірно знижувався і за середніми даними складав відповідно за формами перебігу $7,20 \pm 0,81$ і $6,03 \pm 0,55\%$ при нормі $11,49 \pm 0,67\%$ ($p < 0,001$). Цей показник досягав найнижчих значень при тяжкому перебігу захворювання, а також під час розвитку гнійно-запальних ускладнень. Індекс переварювання як при тяжкому, так і при середньотяжкому перебігу ангіни зменшувався відповідно до $7,25 \pm 0,69$ і $8,43 \pm 0,53\%$ (в нормі $11,55 \pm 0,79\%$, $p < 0,001$).

Одержані результати підтверджують наявність у хворих на ангіну дітей раннього віку, які постійно проживають в екологічно несприятливих умовах промислового регіону, виражених імунних порушень, що охоплюють всі ланки імунної системи. З метою корекції імунних змін і підвищення ефективності терапії 32 дітям, які перебували під спостереженням, ми призначали гропрінозин, який включали до комплексу традиційних лікувальних заходів, дозою 50 мг/кг/добу протягом 5-7 днів. Групою порівняння були 28 хворих, які одержували лише традиційну (базисну) терапію. У дітей основної групи відмічено скорочення тривалості захворювання на ангіну в середньому на $2,8 \pm 0,4$ дня, більш сприятливий перебіг хвороби, зменшення частоти ускладнень, позитивний вплив на імунний гомеостаз. Це свідчить про доцільність застосування імуноактивних препаратів у складі комплексної терапії хворих на ангіну дітей.

СУЧАСНЕ ТА МАЙБУТНЄ КЛІНІЧНОЇ ТРОФОЛОГІЇ В ПЕДІАТРІЇ

Ж.П. ГУДЗЕНКО, О.В. КОРОТКА.

Український інститут екології людини

Науково-виробничий центр “ЛОГОС”

Прорив знань, що відбудується протягом останніх десятиріч в різних галузях фундаментальної науки – в біології, біохімії, генетиці, біофізиці, морфологічній та функціональній цитології, фізіології травного гідролізу та інших, дав могутній поштовх формуванню нових інтегративно-синтезуючих наук, таких як медична екологія, медична кібернетика, біосиметрика, синергетика, біотехнологія, трофологія тощо. Відповідно знаковим для медицини нашого часу є переосмислення ролі біофізичних та біохімічних процесів в здійсненні високо досконалих фізіологічних технологій живих систем – механізмів самоорганізації, гомеостазу, інтеграції та резервування функцій, перерозподілу компенсаторно-захисних резервів внаслідок адаптивної системної перебудови на засадах мультифункціональності та поліпотентності.

Метаболізм, що складає основу життєдіяльності організму людини, реалізується завдяки трофічним зв'язкам, спрямованим на субстратне забезпечення функціонуючих елементів живих систем, які є біотрофними; біосфера за своєю суттю все більше постає як трофосфера зі складовими трофічними ланками та універсальними функціональними блоками.

Трофологія охоплює асиміляторні аспекти фундаментальних і прикладних наук – фізіологічні механізми тканинної трофіки, біохімію метаболічних процесів, фізіологію травлення, науку про харчування, гастроентерологію, певні розділи мікробіології, екології і т.і. Фундаментальні дослідження в галузі трофології відіграли значну роль у поглибленні розуміння системно-інтегративної основи адаптаційно-трофічних механізмів і процесів структурно-функціонального відновлення пошкоджених тканин організму людини в умовах патології та стали фізіологічним обґрунтуванням на шляху формування клінічної трофології.

Трофологічний підхід в педіатричній практиці передбачає сприйняття функціонування організму дитини через призму трофічних ланок і зв'язків біологічної системи з навколишнім середовищем і вимагає урахування джерел і шляхів адекватного забезпечення систем організму енергетичним та пластичним субстратами та відтворення умов оптимального використання останніх. З огляду на фун-

кціональну єдність метаболізму з шляхами його забезпечення – процесами тканинної трофіки, трофологічний підхід має, передусім, трофометаболічну спрямованість.

На підставі клініко-функціонально-біохімічного обстеження 720 дітей та підлітків віком від 5 до 18 років з різними хронічними захворюваннями мультифакторної природи та катамнестичного спостереження частини з них протягом 5-15 років ми дійшли висновку відносно доцільності вирішення терапевтичних проблем на підставі трофологічного підходу. Це дозволило розробити нові лікувально-реабілітаційні медичні технології, висока ефективність яких в межах 92-97% у хворих на хронічну суміжну патологію травної системи, алергодерматози, дисхромії, дисбіоз, екзогенно-конституційне ожиріння та інші зумовлена трофологічними засадами.

Трофометаболічна спрямованість терапевтичних впливів особливо важлива в педіатричній практиці. В стані захворювання виникає необхідність в додаткових витратах субстрату на процеси репаративної регенерації. Це створює певне напруження в організмі дитини, що розвивається в умовах позитивного азотного балансу, інтенсифікації обміну речовин та активації механізмів регуляторної перебудови. Системно-інтегративна основа клінічної трофології дає певні підстави для зв'язку саме з трофологічним підходом майбутніх можливостей, надій та успіхів в подоланні хронічної патології, яка визначається як міжгалузєва проблема.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НЕФРОПРОТЕКЦІЇ У ДИТЯЧІЙ НЕФРОЛОГІЇ

Д.Д. ІВАНОВ, С.В. КУШНІРЕНКО, В.Б. ФУРМАНОВА
Київська медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика

Медична значущість проблеми прогресування хронічних захворювань нирок зумовила актуальність даної роботи. Провідними чинниками прогресування хвороб нирок є протеїнурія та гіпертензія. Саме рівнем протеїнурії визначається швидкість прогресування нефрологічних захворювань, тому методи корекції протеїнурії є однією з найважливіших проблем у терапії цих захворювань.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування селективних інгібіторів циклооксигенази-2, інгібіторів АПФ, ан-

тагоністів до рецепторів ангіотензину II та їх комбінації у 102 дітей з гломерулонефритом. Ми вивчали вплив німесулідіду на рівень протеїнурії у дітей з ізольованим сечовим та нефритичним синдромом гострого гломерулонефриту. Встановлено, що нормалізація рівня протеїнурії у хворих, які отримували німесулід добовою дозою 5 мг/кг протягом 14 днів, відбулась на 2,5 доби раніше, ніж у пацієнтів контрольної групи ($p < 0,5$). Побічні ефекти у вигляді порушення ниркової гемодинаміки, підвищення рівня креатиніну та зниження швидкості клубочкової фільтрації, підвищення артеріального тиску, які були притамані неселективним інгібіторам циклооксигенази, у наших хворих не зареєструвано. Також встановлено, що селективні інгібітори циклооксигенази-2 не відмінняють гіпотензивного ефекту інгібіторів АПФ.

Ми вивчали вплив еналаприлу, фозіноприлу, лозартану, ірбезартану та їх комбінації на рівень артеріального тиску, ступінь протеїнурії та концентраційну функцію нирок у дітей з гострим та хронічним гломерулонефритом. Добова доза еналаприлу та фозіноприлу складала 0,3-1 мг/кг, лозартану та ірбезартану – 0,8-1,5 мг/кг. Середній термін лікування – $4 \pm 0,6$ року. Комбінована терапія (інгібітор АПФ + антагоніст до рецепторів ангіотензину II) використовували у пацієнтів з порушенням концентраційної функції нирок. Встановлено, що застосування інгібіторів АПФ, антагоністів рецепторів ангіотензину II та їх комбінації у дітей з гломерулонефритом сприяє нормалізації артеріального тиску, зменшенню ступеня протеїнурії та поліпшує концентраційну функцію нирок.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В.Ф. ЛАПШИН, Л.С. СТЕПАНОВА, А.Б. СЕМИНОГ,
Т.Р. УМАНЕЦЬ, Т.А. ЛЮДВІК, А.Н. ЛИПОВЕЦЬКИЙ*,
Л.П. ГОРА*

Інститут педіатрії акушерства та гінекології АМН України
*Санаторій “Україна”, м. Ворзель

Проблема захворювань органів дихання в останнє десятиріччя стала медичною і соціальною, що зумовлено високою поширеністю

та трансформацією в хронічні форми. Це вимагає створення програм адекватного відновлювального лікування, що містить в собі конкретні рекомендації щодо тривалості терапії, особливостей використання природних та фізичних чинників та їх інтеграції в умовах місцевого санаторію.

Метою дослідження було підвищення ефективності використання програм відновлювального лікування дітей з хронічними захворюваннями органів дихання на санаторному етапі реабілітації шляхом інтегрованого використання природних та фізичних чинників.

Програма етапного лікування передбачала безпосереднє переведення дітей із відділень ІПАГ до регіонального місцевого санаторію "Україна" (м. Ворзель). Після клініко-параклінічного обстеження, визначення морфофункціонального стану, клінічного діагнозу та проведення стаціонарного етапу лікування 56 дітей віком від 7 до 14 років (19 з бронхіальною астмою, 37 з рецидивним бронхітом) було переведено до санаторію. Із цих дітей 73,2% знаходились в стадії клінічної ремісії, 26,8% – в стадії неповної клінічної ремісії захворювання.

Програми відновлювального лікування, які діти отримували у санаторії, склалися з дієтотерапії, кліматотерапії (в кімнаті штучного мікроклімату), рухових режимів (ранкова гімнастика, лікувальні фізкультура, теренкур), масажу (класичний мануальний та вібровакуумний), проводилась групова психотерапевтична корекція, бальнеолікування. Діти з бронхіальною астмою отримували спелеотерапію. За показаннями діти отримували фізіотерапевтичні процедури (інгаляції, електрофорез з лікарськими розчинами, індуктотерапію, озокеритотерапію).

Ефективність санаторного лікування оцінювалась з урахуванням суб'єктивних, об'єктивних даних та клініко-лабораторних показників. У всіх дітей нами відмічено зменшення проявів хронічної неспецифічної інтоксикації. У трьох дітей спостерігалось загострення основного захворювання, що було зумовлено приєднанням гострої респіраторної вірусної інфекції.

Таким чином, відновлювальне лікування в місцевому санаторії дітей з хронічними захворюваннями органів дихання є важливою ланкою реабілітації та має переваги: відбувається протягом року, легко перебігає період адаптації, відбувається в тісному зв'язку з лікарями стаціонару, а також з дотриманням принципів послідовності, безперервності та етапності терапії.

КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

С.С. КАЗАК, Г.В. БЕКЕТОВА, И.Г. ПРОКОПЕНКО

Киевская медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика

Использование ферментных препаратов довольно широко распространено. В настоящее время врачи имеют большой выбор средств этой группы. Однако нередко ферменты используются как вариант самолечения, без учёта их состава, активности составляющих компонентов, сроков применения и индивидуальной дозировки.

Хорошо известно, что в детском возрасте чаще наблюдается вторичная экзокринная недостаточность поджелудочной железы, вызывающая не блокаду её секреции, а депрессию активности панкреатических ферментов в двенадцатиперстной кишке. Как правило, эти процессы эфемерны и манифестируются гастрогенными, холегенными, энтерогенными и сосудистыми факторами.

При наличии вторичной ферментной недостаточности в педиатрии применяют разные группы ферментных средств, в том числе содержащие экстракты слизистой оболочки желудка, препараты панкреатина, комбинации последнего с желчными кислотами, гемицеллюлозой, диметиконом, пепсином, аминокислотами, соляной и холевой кислотой, а также препараты на основе растительных или фунгальных ферментов как моно- или комбинации с панкреатином, средства на основе лактазы.

Выбор препарата определяется его составом, формой выпуска, уровнем рН желудка и двенадцатиперстной кишки, моторно-эвакуаторной функцией гастродуоденальной зоны, адекватностью дозы и продолжительностью терапии.

Основой большинства ферментных препаратов являются энзимы поджелудочной железы животного происхождения. Однако при наличии вторичной панкреатической недостаточности целесообразно применять ферменты, содержащие растительные компоненты для создания оптимальных условий активации собственных ферментов поджелудочной железы в двенадцатиперстной кишке. Представителем таковых есть полиферментный препарат нового поколения дигестин. В его состав входит папаин – 80 мг, пепсин – 40 мг и мультиэнзимный (протеаза, амилаза, липаза и целлюлоза и др.) ком-

плекс санзим-2000 – 10 мг. Особенности дигестина является “безоболочечная” жидкая форма, приятный вкус, эффективность при купировании болевого и диспепсического синдромов у детей.

Препарат был использован нами у 35 детей 7-15-летнего возраста с хронической сочетанной патологией органов пищеварительной системы в индивидуально разработанных дозах.

Полученные положительные эффекты подтверждены клинико-инструментально-лабораторными данными. Вероятно, они обусловлены способностью папаина и пепсина оказывать протеолитическое действие, целлюлозой – амилоцеллюлолитического эффекта, а также нормализацией избыточной микробной контаминации пищеварительного канала.

Толерантность к препарату была хорошей, побочные эффекты не зарегистрированы.

Таким образом, полиферментный препарат нового поколения дигестин может быть применён в качестве терапии по “требованию” для коррекции вторичной ферментной недостаточности на фоне сочетанной патологии пищеварительной системы у детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ALFNAEA OFFICINALIS ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Ю.Г. АНТИПКИН, Н.А. РАДЧЕНКО, Е.А. СМИРНОВА.

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины

Наряду с растущим ассортиментом химически-синтезированных препаратов, действующих муколитически, влияющих на функцию мерцательного эпителия, по-прежнему, находит широкое применение фитотерапия. Среди фитопрепаратов, как преимущество, следует выделить те препараты, которые не требуют дополнительного приготовления в домашних условиях. В настоящее время отечественная фармацевтическая промышленность из алтея лекарственного изготавливает в форме таблеток и гранул муколитическое средство, действующим началом которого является сухой экстракт травы алтея в количестве 0,05, дополненный вспомогательными веществами, которые несколько разнятся у различных производителей. Нами у 60 детей в возрасте от 3 до 14 лет с затяжными, рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания в комплекс лече-

ния был включен сухой экстракт травы алтея в гранулах курсом 14 дней в возрастной дозировке, из них у 30 в форме гранул.

Эффективность лечения оценена по динамике интенсивности и характера кашля, отделению мокроты и аускультативной картине в легких. Уже через 7 дней лечения экстрактом травы алтея в гранулах уменьшилось количество детей, страдающих сухим кашлем (с 43,3 до 6,7%) за счет увеличения детей с влажным кашлем (с 56,7 до 93,3%), что отражает положительный эффект препарата сухого экстракта травы алтея.

Максимальное увеличение отхождение мокроты у детей наблюдалось на 7 день лечения (с 63,3 больных до 93,3%) и существенное уменьшение мокротоотделения через 2 недели от начала лечения. Клиническое улучшение подтверждало изменение аускультативной картины в легких. До начала лечения хрипы выслушались у 96,7% больных, на 7 день терапии – у 50,0%, через 2 недели лечения – у 10,0%. Необходимо отметить хорошую переносимость препарата сухого экстракта травы алтея в гранулах у наблюдаемых детей. Побочных явлений при использовании этого препарата нами не выявлено. Проведенное клиническое исследование сухого экстракта травы алтея в гранулах свидетельствует о его хорошей муколитической эффективности.

Динамика клинических симптомов при лечении больных сухим экстрактом травы алтея в форме таблеток, выпускаемых фармацевтической промышленностью ранее, была аналогичной, с небольшими вариациями, но статистически значимых различий в течении заболеваний не выявлено.

ПРОТИКАШЛЬОВИЙ ТА МУКОЛІТИЧНИЙ ПРЕПАРАТ “ТОС-МАЙ” ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ

Ю.Г. АНТИПКІН, Н.О. РАДЧЕНКО, О.А. СМІРНОВА
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Стабільно велика поширеність захворювань органів дихання у дітей вимагає удосконалення методів їх лікування. А вірусні респіраторні захворювання часто супроводжуються нав'язливим кашлем. Тому привертають увагу комбіновані препарати, які поряд з муколітичною і відхаркуючою дією мають і протикашльовий ефект.

До таких препаратів відносяться препарат Тос-Май (таблетки виробництва АТ “Лабораторіос Едиген”, Іспанія), до складу якого входять: декстрометорфан гідробромід, бензокаїн, гуайяколсульфонат калію, бензоат натрію.

Декстрометорфан гідробромід впливає на центральну ланку кашльового рефлексу, підвищуючи кашльовий поріг, не має наркотичних і анальгезуючих якостей.

Бензокаїн зменшує больові відчуття, що виникають при сухому кашлю.

Гуайяколсульфонат зменшує поверхневий натяг і адгезивні якості харкотиння, зменшує її в'язкість і полегшує евакуацію з дихальних шляхів.

Бензонат натрію збільшує секрецію бронхіальних залоз, розріджує харкотиння і полегшує його евакуацію з дихальних шляхів.

У 30 хворих віком 3-14 років із захворюваннями на ГРВІ і гострий бронхіт (7), загострення рецидивуючого бронхіту (8), затяжний перебіг пневмонії (9), хронічний бронхіт (6) протягом від 7 до 14 днів призначався препарат Тос-Май.

Позитивний ефект терапії проявився зниженням сильного кашлю до 7-го дня лікування, зменшенням кількості хворих з помірним кашлем (від 70 до 23,3%), який перейшов у незначний (у 76,7%). Через 14 днів від початку лікування кашель був відсутнім у 83,3% хворих, у 16,7% характеризувався як незначний. Кількість хворих з сухим характером кашлю через 7 днів лікування зменшилась від 46,7 до 16,7% ($p_{\text{тмф}} < 0,05$), а через 14 днів від початку лікування сухий кашель відмічався лише у одного хворого (3,3%).

Проведене дослідження препарату Тос-Май свідчить про добру ефективність, відсутність побічних реакцій та добру стерпність.

ВТОРИННИЙ ОСТЕОПОРОЗ У ДИТЯЧОМУ ВІСІ, ПАТОГЕНЕЗ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

О.М. ЛУК'ЯНОВА, Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Проблема остеопорозу у дітей останнім часом набуває все більшої актуальності та гостроти і привертає постійну увагу з боку значного кола науковців та практикуючих дитячих лікарів. В дитинстві відбувається формування та досягнення піку кісткової маси, і навіть не-

значні відхилення в цих процесах можуть суттєво погіршувати стан кісткової системи і здоров'я в дорослому віці. У дітей частіше спостерігається вторинний остеопороз, розвиток якого тісно пов'язаний з порушенням харчування, наявністю хронічної соматичної патології, недостатньою фізичною активністю дитини та прийомом окремих груп медикаментозних препаратів. І хоча провідні ризик-фактори розвитку вторинного остеопорозу відомі, вони є неоднаковими за характером та силою впливу на процеси ремоделювання кісткової тканини у дітей з конкретними хворобами внутрішніх органів.

Дослідженнями, які проводились протягом декількох десятиріч в нашому Інституті, доведено, що недостатність вітаміну D₃, зміни гомеостазу кальцію, дисфункція залоз, які продукують кальціотропні гормони, спричиняють порушення в системі резорбції та ремоделювання кісткової тканини у напрямку активації процесів резорбції, демінералізації та розвитку остеопорозу. Негативним чином на стан кісткової тканини у дітей впливає дисбаланс про- та протизапальних цитокінів в організмі, зокрема, при автоімунному запаленні, коли збільшення в біологічних рідинах вмісту фактора некрозу пухлин (ФНП) може стати пусковим чинником розвитку остеопорозу, як це має місце при ювенільному ревматоїдному артриті (ЮРА). Прозапальні цитокіни, в тому числі ФНП, впливають на апоптоз остеоцитів, які відіграють суттєву роль у підтримці гомеостазу кісткової тканини. У дітей, хворих на ЮРА, нами виявлено ознаки посилення апоптозу клітин біоптату шкіри. Можна припустити, що це стосується і кісткової тканини та сприяє загибелі остеоцитів внаслідок активації у дітей з хронічною автоімунною патологією процесів програмованої клітинної смерті. Важливу роль у розвитку вторинного остеопорозу відіграють метаболічні порушення в організмі внаслідок хронічної соматичної патології, зокрема, порушення ліпідів, як це має місце при хворобах шлунково-кишкового тракту, нирок, ЮРА.

Серед причин ятрогенного вторинного остеопорозу у дітей з автоімунною та алергічною патологією на одному з перших місць знаходиться застосування у лікувальному процесі глюкокортикоїдів. До патогенетичних факторів системного остеопорозу у дітей з ревматоїдним артритом та імунокомплексними васкулітами можуть бути віднесені порушення гомеостазу та гемодинаміки у хворих, що супроводжується погіршенням мікроциркуляції в організмі та гіпоксією кісткової та хрящової тканин, з наступною їх дегенерацією і розвитком остеопорозу. Сприяють вторинному остеопорозу недостатність фізичного навантаження у дітей, нераціональне їх харчування та певна генетична схильність до патології сполучної тканини.

В лікувально-профілактичних програмах вторинного остеопорозу

передбачається проведення терапії основного захворювання, а також використання препаратів, що позитивно впливають на формування кісткової тканини та процеси її мінералізації: вітаміни групи D, препарати кальцію, анаболічні та антирезорбційні препарати. Перспективними є препарати омега-3-поліненасичених жирних кислот та поліферментні препарати, яким притаманні властивості нормалізувати метаболічні процеси в організмі та стан мікроциркуляції, системи гемостазу та імунної системи.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ, СИСТЕМНОЇ ЕНЗИМОТЕРАПІЇ ТА ПРЕПАРАТІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ДІЇ

Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, І.В. ДУДКА, В.В. НІКОЛАЄНКО,
О.А. ОЩЛЯНСЬКА, Л.О. ДАЦЕНКО, Т.А. ЛЮДВІК,
Л.І. АПУХОВСЬКА, Т.М. НИКИФОРОВА, Л.В. АНТОНЕНКО
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології МН України

У процесі розвитку ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) в організмі хворих має місце активація макрофагально-моноцитарної системи, спостерігається дисбаланс про- та протизапальних цитокинів, ініціюється Т-клітинна відповідь за T_1 -хелперним типом з активацією В-лімфоцитів та підвищеною продукцією циркулюючих імунних комплексів (ЦІК). Паралельно з автоімунним запаленням у хворих відмічаються значні, різного характеру метаболічні порушення, які обтяжують клінічний перебіг та прогноз основного захворювання. У зв'язку з цим, ефективність базисної та протизапальної терапії може бути посилена за рахунок додаткового використання препаратів дезінтоксикуючої, ферментативної та метаболічної дії.

Згідно з результатами досліджень, проведених у клініко-діагностичному відділенні дитячих клінік ПАГ у 2000-2003 рр., у хворих на ЮРА в активній фазі хвороби спостерігається достовірне збільшення в крові рівня прозапального цитокину – фактора некрозу пухлин і його розчинних рецепторів, кількості активованих Т-лімфоцитів та вмісту ЦІК. Водночас у хворих виявляються порушення ліпідного обміну у вигляді збільшення в сироватці крові вмісту загального холестерину та зменшення сумарних фосфоліпідів. Відміче-

но серед останніх збільшення відсотка вмісту фосфатидилетаноламіну та кількості лізоформ фосфоліпідів. Також виявлено зростання кількості холестерину та зменшення вмісту сумарних фосфоліпідів в ліпідному спектрі мембран еритроцитів та ліпідному оточенні фібриногену. У всіх спостережуваних хворих виявлено зміни мінерального обміну, які проявлялись гіпокальціємією, зменшенням внутрішньоклітинного (внутрішньоеритроцитарного) пулу кальцію. У хворих дітей мало місце зменшення в крові концентрації вітаміну D₃ та підвищення рівня кальцій-регулюючих гормонів – паратгормону та кальцитоніну.

Встановлені зміни в показниках імунного статусу, системи гемокоагуляції, метаболізмі ліпідів та кальцієвому гомеостазі були найбільш вираженими у пацієнтів з суглобово-вісцеральною формою та високим ступенем активності хвороби.

З урахуванням отриманих результатів хворим на ЮРА одночасно з протизапальною та базисною терапією призначали ентеросорбенти (ентеросгель) протягом 5-7 днів, з повтором курсів через 10-14 днів при зберіганні активності паталогічного процесу в організмі. Крім цього, до комплексної терапії включали препарати СЕТ (вобезним) протягом 1,5-3 місяців. Частина хворих, особливо при лабораторних ознаках значного порушення ліпідного обміну, отримувала теком (препарат омега-3-поліненасичених жирних кислот) протягом місяця. Для медикаментозної корекції остеопорозу у дітей використовували препарати кальцію і вітаміну D₃. Динамічне клінічне спостереження хворих протягом 3-6 місяців показало, що використання зазначених препаратів сприяє зменшенню у них інтоксикаційного синдрому, ступеня запального ураження суглобів, супроводжується поліпшенням показників клітинного імунітету, системи гемокоагуляції та сприяє стабілізації ліпідного і кальцієвого обміну речовин, зменшенню явищ остеопорозу, поліпшує прогноз захворювання.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ТЕЛФАСТ В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ

О.И. ЛАСИЦА, К.В. МЕЛЛИНА, Е.Н. ОХОТНИКОВА,
Е.И. УSOBA, Н.Ю. ЯКОВЛЕВА, Н.К. ТИХОМИРОВА,
Т.Н. ТКАЧОВА

Киевская медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика

Аллергический ринит представляет собой все более и более важную проблему в педиатрии. Аллергический ринит принадлежит к числу наиболее распространенных аллергических заболеваний у детей. Современные подходы к фармакотерапии аллергического ринита базируются на применении препаратов антимаediatorного и противовоспалительного действия. Для снятия его обострений наиболее часто используются антигистаминные препараты.

Собственные исследования, посвященные изучению эффективности применения препарата Телфаст (фексофенадин) в терапии 27 детей с аллергическим ринитом в возрасте 12-15 лет, показали его высокую эффективность у большинства пациентов (77,8%). Препарат назначали в дозе 120 мг 1 раз в сутки на протяжении 14 дней. Клиническая эффективность при использовании препарата проявлялась у большинства детей уже с 3-5 дня лечения, наиболее четко к 10 дню. У детей восстанавливалось носовое дыхание, исчезал зуд в носу, чихание, уменьшалась ринорея. На фоне лечения также существенно уменьшались глазные симптомы (гиперемия конъюнктивы, зуд, слезотечение). Переносимость препарата Телфаст была хорошей. Побочных явлений при использовании препарата не зарегистрировано.

ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОЛИВИТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

К.В. МЕЛЛИНА, О.И. ЛАСИЦА, Е.Н. ОХОТНИКОВА,
Е.И. УSOBA, Н.К. ТИХОМИРОВА, Н.Ю. ЯКОВЛЕВА,
Т.Н. ТКАЧЕВА

Киевская медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика

Бронхиальная астма (БА) является одной из распространенных заболеваний детского возраста, что делает ее социально значимой проблемой. Разработка методов лечения и профилактики обострений БА у детей до настоящего времени сложны и остаются на этапе изучения. Витаминотерапия как необходимая часть комплексной противоастматической терапии является также и вариантом специфической иммунопрофилактики. Однако отношение практических врачей к методике и длительности назначения витаминотерапии у детей неоднозначно.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности поливитаминно-минерального комплекса с включением лецитина “Киндер Биовиталь гель” производства “Ф. Хоффманн – Ля Рош” (Германия), примененного в схеме базисной противоастматической терапии у детей.

Под наблюдением находилось 25 детей в возрасте от 2 до 5 лет, больных БА, получавших препарат в рекомендованных возрастных дозах в течение 1 месяца. Из них 10 человек были в периоде нестойкой медикаментозной ремиссии, с частыми провокациями ОРЗ, 15 детей находились в стационаре по поводу обострения БА. В группе контроля было 10 детей, не получавших лечение данным препаратом.

В результате комплексного лечения отмечено более быстрое, по сравнению с контрольной группой, купирование бронхообструкции у детей основной группы и исчезновение постприступного бронхита (6,4 дня против 12,4 дня соответственно), что было подтверждено данными пневмотахометрии. Нормализовались показатели гемограммы: достоверно по сравнению с контролем уменьшалось количество лейкоцитов, эозинофилов, что опережало купирование постприступного бронхита.

Катамнестическое наблюдение в течение 6 месяцев показало заметное снижение (в 1,8 против 3,6 раза) соответственно частоты

ОРЗ у дітей, леченных с применением исследуемого препарата, повышение толерантности к действию провоцирующих факторов и удлинению периода ремиссии, улучшение качества жизни.

Отмечена хорошая переносимость препарата у детей с аллергической реактивностью, без ухудшения течения болезни.

Анализ клинических наблюдений свидетельствует о необходимости включения витаминных препаратов, особенно обогащенных минералами и аминокислотами, не только с лечебной, но и с профилактической целью при бронхиальной астме у детей.

РОЛЬ ХЛАМИДИОЗА В ФОРМИРОВАНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Е.И. ЮЛИШ, С.Г. ГАДЕЦКАЯ, А.Г. СТЕПАНОВА,
Б.И. КРИВУЩЕВ, Л.С. КОРИНЕВА

Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк.

Целью работы явилось изучение роли хламидийной инфекции (ХИ) в развитии бронхообструктивного синдрома у детей.

Под нашим наблюдением находилось 95 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с бронхообструктивным синдромом (59 человек с легким и среднетяжелым течением атопической формы бронхиальной астмы (БА) и 36 - с повторными обструктивными бронхитами (ОБ)). Проведено обследование на антитела (АТ) к *Chlamydia pneumoniae* методом иммуноферментного анализа коммерческими тест-системами "ХламиБест IgG- стрип", "ХламиБест IgM - стрип" и определение уровня иммуноглобулина Е (IgE). Инфицированность ХИ была выявлена у 62 (65,3%) пациентов (38 детей с БА и 24 с ОБ). Острое течение ХИ было диагностировано в 15% случаев (38% -БА, 62% -ОБ), хроническое - 68% (73,3%-БА, 26,7%-ОБ) и в 17% выявлялись низкие титры противохламидийных АТ при отсутствии их нарастания в динамике. Контрольную группу составили 33 ребенка с отрицательными серологическими тестами. Повышенное содержание IgE чаще отмечалось у больных с сочетанием синдрома бронхиальной обструкции и ХИ - 63% (при БА-69,2%, ОБ-30,8% (p<0,05)). В контрольной группе повышение данного показателя отмечалось в 51% случаев. При анализе клинико-anamnestических и лаборатор-

ных данных выявлено, что отягощенный наследственный анамнез и внелегочные проявления аллергии в 1,5-2 раза чаще отмечались в контрольной группе пациентов. Для детей с сочетанием бронхообструктивного синдрома и ХИ было более характерным наличие влажных разнокалиберных хрипов в легких (49%), гипертрофия небных и глоточной миндалин (51,2%), тенденция к лейкопении (41,5%) в гемограмме. Характерным клиническим признаком бронхиальной обструкции на фоне ХИ было длительность бронхоспазма, постепенное развитие симптомов и малая эффективность при лечении бронхолитическими средствами. В связи с чем, традиционная терапия бронхообструктивного синдрома на фоне острого и хронического течения хламидиоза дополнялась препаратами, направленными на эрадикацию возбудителя: антибиотик из группы макролидов (сумамед) в сочетании с индукторами эндогенного интерферона (циклоферон, виферон). Контроль уровней противохламидийных АТ проводился через 2-3 месяца после окончания этиотропного лечения. В 75% случаев отмечено значительное снижение уровня противохламидийных Ig или их отсутствие, а также нормализация содержания IgE в сыворотке крови. Более чем у половины детей в течение 6 месяцев не было эпизодов бронхоспазма.

Таким образом, результаты исследований показали, что ХИ часто играет роль триггерного фактора в развитии бронхообструктивного синдрома, а эрадикация возбудителя способствует ремиссии заболевания.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ

Н.В. БАНАДИГА, І.О. РОГАЛЬСЬКИЙ, А.О. ЛУЦУК
Тернопільська державна медична академія
ім. І.Я. Горбачевського

Велика низка соматичних захворювань може призвести до інвалідності в дитячому віці, що має негативні медико-соціальні наслідки для майбутнього. На сучасному етапі існують до кінця не вирішені проблеми медичної, педагогічної, соціальної реабілітації таких хворих. Завдання полягає у тому, щоб максимально адаптувати дитину до життя у суспільстві, збагатити роки дитинства позитивними емоціями, підвищити якість життя. Тобто, дитина-інвалід не пови-

нна відчувати себе “гіршою” за ровесників, а мета її життя має бути конкретною і здійсненою. За таких обставин, в яких знаходиться сучасна педіатрія, відмічається суттєвий дефіцит психологів, спеціально підготованих для роботи з інвалідами педагогів, волонтерів з рядів студентства, котрі в цілому покликані допомогти хворому. Статистика свідчить, що у двадцять першому столітті в структурі інвалідності лідерство належить природженим вадам розвитку та хромосомним порушенням (по м. Тернополю за 2000-2002 рр.), на другому місці – хвороби нервової системи, на третьому – розлади психіки та поведінки. В цілому ці стани складають 58,7-60,7% в загальній кількості інвалідів. Слід відмітити, що число дітей-інвалідів має тенденцію до зниження: 2000 р. – 720, 2001 р. – 697, 2002 р. – 626 осіб.

Однак інвалідність з приводу тяжких соматичних захворювань утримується практично сталою. Наприклад, хвороби органів дихання, що спричинили інвалідність дітей, складали: 2000 р. – 49 хворих, 2001 р. – 38 хворих, 2002 р. — 33 пацієнти; тоді як основна патологія серед них – бронхіальна астма зустрічалася з частотою: 2000 р. – 85,7%, 2001 р. – 84,2%, 2002 р. – 81,8% випадків. Дітям-інвалідам, що страждають на бронхіальну астму, згідно з консенсусом необхідно отримувати практично постійно базисну протизапальну терапію та адекватну тяжкості астми терапію загострення. За умов такого лікування потрібні пікфлоуметри, спейсери, дозовані інгалятори тощо, але насправді ними користуються лише окремі пацієнти. Наступне: дітям-інвалідам потрібне дозоване фізичне навантаження, яке б стимулювало розвиток скелетної та дихальної мускулатури; натомість вони всі просто звільнені від занять фізкультурою. Клінічний досвід показує, що існує потреба профілактики ускладнень астми та застосованої терапії, зокрема, вторинної остеопенії. Це набуває особливої ваги, оскільки кожний четвертий хворий пубертатного віку, що створює небезпеку сповільнення темпів формування піку кісткової маси, від якої залежить і прогноз в дорослому віці. За власними даними у 57,1% хворих із бронхіальною астмою діагностовано остеодефіцитні стани різної глибини. Причому, більшість серед згаданих дітей не отримували стероїдів системної чи місцевої дії, а лише тривалий час метилксантини. За таких обставин існує об’єктивна потреба у корекції депокальцію в кістках при даній патології. Проте зіставивши кошти, зусилля медиків, затрачені на лікування дітей із астмою, з витратами на створення клубів, надання психологічної підтримки профорієнтаційної допомоги, то в декілька разів переважають перші. В буденних проблемах забуваємо, що маленька хвора людина прагне реалізувати себе, слід допомогти вибрати “небезпечну” для життя професію, а також необхідний мінімум інформації про власну хворобу, першу до-

помогу при погіршенні самопочуття. Таким чином, сьогодні є потреба у створенні єдинних протоколів медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів із різними нозологічними формами.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В ДИТЯЧІЙ КАРДІОЛОГІЇ

С.П. КРИВОПУСТОВ, А.А. ЧАЩЕВА, С.В. ЮРДАНОВА,
Ю.О. МАРЦЕНЮК
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Обговорено питання доцільності та високої ефективності на тлі гального профілю переносимості таких антигомотоксичних препаратів (-Neel), як Ангін-Хеел С, Лімфоміозот, Еуфорбіум композитум С, при лікуванні тонзилогенної вторинної кардіоміопатії, препаратів Кралонін та Ангіо-Ін'єль в терапії вегетативних розладів з синдромом кардіалгій, нейрофункціональної стадії вторинної кардіоміопатії.

Дослідження включало ретельне клінічне обстеження, ЕКГ, ехокардіографію, доплерехокардіографію (PW, CW, 2D), 24-годинний холтеровський моніторинг серцевого ритму, статистичні методи обробки отриманого масиву даних. Обґрунтуванням застосування Ангін-Хеелю С (Hydrargirum bicyanatatum D8, Phytolacca D4, Apis mellifica D4, Arnica D4 по 30 мг, Hepar sulphuris D6, Dulcamara D4, Belladonna D4 по 60 мг у 1 таблетці) є його протизапальна, опосередкована антибактеріальна, імуномодулююча, дезінтоксикаційна та дренажна дія у дітей з хронічним тонзилітом, що сприятиме зникненню ознак тонзилогенної інтоксикації. Призначався Ангін-Хеель С у дітей від 6 до 14 років по 1 таблетці сублінгвально 3 рази на добу через 1 годину після приймання їжі. Курс – 1 місяць.

Лімфоміозот (Myosotis arvensis D3, Veronica D3, Teucrium scorodonia D3, Pinus silvestris D4, Gentiana lutea D5, Equisetum hiemale D4, Sarsaparilla D6, Scrophularia nodosa D3, Juglans D3, Calcium phosphoricum D12, Natrium sulfuricum D4, Fumaria officinalis D4, Thyroxin D12, Aranea diadema D6 по 10 мл у 100 мл розчину) є важливим засобом лікування лімфоаденопатій, пов'язаних з перебігом хронічного тонзиліту. Застосовувався препарат у дітей від 6 до 14 років по 15 крапель 3 рази на добу за 30 хвилин до приймання їжі (перед проковтуванням слід трохи затримати розчин в порожнині рота). Курс – 1 місяць.

Кралонін (Crataegus Ø 70 мл; Spigelia anthelmia D2, Kalium carbonicum D3 по 1 мл) використовувався у підлітків по 10 крапель 3 рази на добу сублінгвально як препарат при кардіалгіях, що нормалізує метаболізм міокарда та артеріальний тиск. Курс – 1 місяць.

Ангіо-Ін'ель (1,1 мл розчину для ін'єкцій має Ac. formicicum D10, Ac. formicicum D30, Ac. formicicum D200, Asclepias tuberosa D10, Asclepias tuberosa D30, Asclepias tuberosa D200, Cactus D10, Cactus D30, Cactus D200, Castoreus sibiricum D10, Castoreus sibiricum D30, Castoreus sibiricum D200, Crataegus D10, Crataegus D30, Crataegus D200, Plumbum jodatum D10, Plumbum jodatum D30, Plumbum jodatum D200 по 1,1 мкл, Glonoinum D10, Glonoinum D30, Glonoinum D200, Spigelia D10, Spigelia D30, Spigelia D200 по 2,2 мкл) у дітей з 6 років – по 1 ампулі 1 раз на добу внутрішньом'язово як комплексний препарат, зокрема, при порушеннях субендокардіального кровоплину. Курс - 10 днів.

Показано позитивну динаміку контрактильної здатності міокарда лівого шлуночка (за даними фракцій вигнання та скорочення), діастолічної функції серця (за доплерівськими даними трансмітрального аналізу кровоплину), реполяризаційних змін за даними електрокардіограми на тлі поліпшення клінічного загального стану дітей та картини орофарингоскопії при застосуванні препаратів Ангін-Хеел С, Еуфорбіум композитум С, Лімфоміозот у дітей з тонзилитною кардіоміопатією. Виявлено позитивну динаміку клініки, ЕКГ, даних холтеровського моніторингу (“ST-T”) та ехографії на тлі Кралоніна, Ангіо-Ін'еля.

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

А.П. ВОЛОСОВЕЦ, С.П. КРИВОПУСТОВ

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

Основной задачей в лечении детей с инфекцией мочевой системы является ликвидация или уменьшение микробно-воспалительного процесса в почечной ткани и мочевыводящих путях, при этом успех лечения во многом определяется рациональной антимикробной терапией.

Противомикробное лечение острого уретрита (острого уретрального синдрома) проводится такими препаратами, как уроантисепти-

ки или антибиотики длительностью до 5 суток на фоне местной терапии.

В стартовой антимикробной терапии острого цистита предпочтительным является применение пероральных препаратов. При этом необходимо учитывать фармакокинетику антибиотика и использовать препараты, позволяющие обеспечить высокие (выше МПК возбудителя) концентрации в моче при приеме 1-2 раза в сутки. Хорошо зарекомендовал себя пероральный полусинтетический цефалоспорин Дурацеф (цефадроксил). Оправданным является применение “защищенных пенициллинов”, фосфомицина. Наиболее рациональным является 3-5-дневный курс уроантисептика или антибиотика, возможно применение 7-дневного лечения, особенно оно показано при цистите на фоне осложненного преморбидного фона или в случае рецидива цистита. По окончании лечения цистита при наличии факторов риска, а также девочкам до 5 лет назначают уроантисептики в профилактической дозе – 1/3-1/4 от обычной суточной дозы, однократно на ночь в течение 1-6 месяцев.

Антимикробная терапия у детей с пиелонефритом предусматривает применение антибиотиков, вводимых парентерально или перорально, в зависимости от остроты и тяжести течения микробно-воспалительного процесса в почечной ткани. Возможно парентеральное введение цефалоспоринов, затем – Дурацеф (“ступенчатая терапия”). Оправданными в качестве эмпирической терапии являются “защищенные” пенициллины или цефалоспорины. Препараты резерва – цефепим (Максипим), карбапенемы. В тяжелых случаях возможна комбинация с аминогликозидами: амикацином (Амикином), нетилмицином и др.

Одно из центральных мест среди всех антимикробных препаратов занимают цефалоспорины, в частности, Дурацеф, имеющий широкий спектр действия. Он быстро усваивается после приема внутрь, более 90% препарата выводится из организма с мочой в неизменном виде. Концентрация антибиотика в моче после приема 1 г в течение 20-22 ч стабильно превышала МПК для чувствительных микроорганизмов. Обычная доза для детей составляет 25-50 мг/кг/день в два приема равными дозами. Эффективность и безопасность Дурацефа в лечении детей с инфекцией мочевой системы доказана в многочисленных исследованиях и хорошо известна в практике современной педиатрии как в Украине, так и за рубежом.

Минимальный курс антибактериальной терапии при пиелонефрите – 14 суток, а при рецидивирующем пиелонефрите или при отсутствии эффекта через 14 сут. этот курс должен быть не менее 6 недель.

У девочек после окончания основного курса антибиотикотерапии назначают 1/3-1/4 дозы уросептика однократно на ночь в течение 1 месяца. При значительном пузырно-мочеточниковом рефлюксе назначают профилактические дозы антимикробных препаратов (уроантисептики) до тех пор, пока рефлюкс не исчезнет или будет устранен хирургически. Предложена следующая профилактическая схема с использованием Дурасафа – 15 мг/кг 1 раз в сутки на ночь.

ВИКОРИСТАННЯ ОРАЛЬНИХ ЦЕФАЛОСПОРИНІВ В ЛІКУВАННІ РЕСПІРАТОРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Найбільш поширеними захворюваннями дитячого віку на сьогоднішній день залишаються гострі захворювання респіраторного тракту, на їх частку припадає близько 70% усіх патологій в педіатрії. Звідси витікає необхідність подальшого пошуку раціональних схем терапії зазначеної патології.

Вибір раціонального антимікробного препарату при лікуванні пневмоній залежить від мікробного спектру можливого збудника, чутливості респіраторних патогенів до різних груп антибіотиків, віку дитини, розподілу і проникнення препарату у мокротиння, слизову оболонку бронхів і паренхіму легень, клінічної картини пневмонії та особливостей преморбідного фону.

На жаль, в широкій педіатричній практиці в Україні поки що нешироко застосовується антимікробна пероральна терапія нетяжких інфекцій респіраторного тракту, що має бути стандартом. Ми не часто використовуємо схеми ступінчастої терапії “step-down therapy”, яка починається з парентерального (внутрішньовенного введення) антибіотика, а потім, при поліпшенні стану пацієнта, переходять на пероральний шлях введення антибіотика.

Для емпіричної стартової терапії, яку при можливості, слід змінити на цілеспрямовану, важливо знати переважаючу етіологію тієї чи іншої пневмонії. Так, при позалікарняних пневмоніях у дітей 1-12 місяців життя переважають: *E. coli*, віруси, *Staph. aur. et epid.*, *Str. pn.*, *Chlamidia tr. et pn.*, *Mycoplasma pn.*, у дітей 1-6 років: *Str. pn.*, віруси, *Nemoph. infl.*, *Chlamidia tr. et pn.*, *Mycoplasma pn.*, 7-15

років: *Str. pn.*, *Nemoph. infl.*, *Mycoplasma pn.*, *Chlamidia pn.* Важливо виділяти типові позалікарняні пневмонії, викликані класичними патогенами, та атипові.

Центральне місце в антимікробному лікуванні займають цефалоспоринові антибіотики, а серед оральних препаратів – Дурацеф (цефадроксил, “Bristol-Myers Squibb”). Показанням до його застосування в педіатрії є, зокрема, лікування інфекцій верхніх і нижніх дихальних шляхів, лікування ЛОР-патології та ін. Антимікробний спектр Дурацефу налічує низку найбільш важливих патогенів, що відповідають за виникнення найпоширеніших інфекцій дитячого віку: стафілококи, включаючи коагулазопозитивні, коагулазонегативні й штами, що виробляють пеніциліназу, бета-гемолітичні стрептококи, пневмококи, *Haemophilus influenzae*, *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Moraxella catarrhalis*, види *Bacteroides* (крім *B. fragilis*), види *Klebsiella*, *Salmonella*, *Shigella* тощо.

Форма випуску препарату Дурацеф: таблетки по 1 г, капсули по 250 мг та 500 мг, суспензії: 125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл, 500 мг/5 мл. Доза Дурацефу у дітей складає 25-50 мг/кг на добу, кратність приймання – 1-2 рази на добу.

Численні дослідження та власний досвід свідчать про високу терапевтичну ефективність застосування препарату Дурацеф у дітей при доброму профілі його переносимості. Ефективність лікування бронхопневмоній за допомогою Дурацефу складає 88%.

Враховуючи високу ефективність та тлі доведеної безпечності використання Дурацефу в педіатрії, його доцільно широко використовувати при стартовому емпіричному і цілеспрямованому лікуванні інфекцій респіраторного тракту.

СТАН ГОМЕОСТАЗУ ПРИ СЕПСИСІ НЕМОВЛЯТ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ БІОЕНЕРГЕТИЧНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Г.С. ЧАЙКОВСЬКА, А.С. БОМК*, І.С. ВОЛК**, О.В. БОРОВА*
Інститут спадкової патології АМН України, м. Львів
Медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів*
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Львів**

В боротьбі з інфекцією і в загальному підтриманні генетичного гомеостазу при гнійно-септичних захворюваннях (ГСЗ) велика роль

належить імунокомпетентним клітинам, дія яких неможлива без вивчення активності нейтрофільних полінуклеарів, як провідної ефекторної ланки в розвитку ГСЗ. Неадекватне довготривале лікування антибіотиками ГСЗ у новонароджених та дітей першого року життя веде до імунодепресії та генералізації процесу, що супроводжується порушенням загального гомеостазу. Велика роль при генералізації інфекції належить імунокомпетентним клітинам.

Мета роботи - вивчити динаміку функціональної активності нейтрофілів крові при використанні в комплексі лікування ГСЗ немовлят аспаркаму та цитратної суміші.

Під спостереженням знаходилося 15 новонароджених та 45 - першого року життя. Проводили дослідження показників НСТ - тесту, лужної фосфатази (ЛФ), лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), рівня ЦІК та середніх молекул (СМ) сироватки крові у хворих сепсисом, та II гр. - 30 дітей, які в динаміці лікування не отримували аспаркам та цитратну суміш.

В гострому періоді сепсису у новонароджених дітей відсоток формазан-позитивних клітин крові та ЛФ перевищував рівень здорових дітей у два рази ($P < 0,001$) ЛІІ різко падав, антигенне навантаження ЦІК та СМ статистично вірогідно нарастало ($P < 0,001$).

В періоді клінічного виздоровлення досліджувані показники суттєво змінювались у групі дітей, які отримували в комплексі лікування аспаркам та цитратну суміш. Концентрація ЦІК та СМ сироватки крові знизилась ($P < 0,001$), нормалізувались показники НСТ - тесту, ЛФ в порівнянні з II групою, ЛІІ нормалізувався, перебування в стаціонарі новонароджених скоротилось на 4,6 днів в порівнянні з групою дітей, які не отримували аспаркам та цитратну суміш.

Таким чином, позитивна дія аспаркаму та цитратної суміші на процес виздоровлення, нормалізацію функціональної активності нейтрофілів, склад циркулюючих імунних комплексів в сироватці крові дає основу рекомендувати включення цих препаратів у комплекс лікування ГСЗ у новонароджених та дітей першого року життя.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ: СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

В.Г. МАЙДАННИК, Л.П. ГЛЕБОВА, И.В. ПИЛИПЕЦЬ
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

В настоящее время железодефицитные анемии являются одной из самой распространенной патологий среди населения различных стран. По данным ВОЗ, в мире у 46% детей в возрасте 5-14 лет наблюдается анемия, связанная с дефицитом железа (ЖДА). Причем эта ситуация характерна как для развивающихся стран, так и для стран благополучной Европы и Америки. Актуальна эта проблема для Украины и России. Причем если по данным официальной статистики Минздрава России распространенность ЖДА среди детского населения составляет от 24 до 41,5%, то в Украине, по данным Министерства здравоохранения, распространенность анемии у детей до 14 лет составляет только 3,13%, в том числе железодефицитной – 2,74%, что, безусловно, указывает на недостаточную диагностику ЖДА в нашей стране. Кроме того, это свидетельствует также о недопонимании врачами-педиатрами значения данной проблемы. Вместе с тем, ЖДА оказывает существенное влияние на формирования здоровья детей. Так, у детей с ЖДА существует риск развития инфекционных, кардиоваскулярных и опухолевых заболеваний. Кроме того, в настоящее время уже не подвергается сомнению связь ЖДА в раннем возрасте с замедлением интеллектуального и психомоторного развития. Имеются убедительные данные, что ЖДА сопровождается снижением активности супероксиддисмутазы, увеличением продукции оксида азота и повышением концентрации нитратов и нитритов в сыворотке крови, а также увеличением количества лимфоцитов, продуцирующих интерлейкин-6 (IL-6) и гамма-интерферон. При этом было отмечено, что количество CD8-позитивных T-лимфоцитов, спонтанно продуцирующих IL-6, гамма-интерферон и фактор некроза опухоли, тесно коррелирует с уровнем дефицита железа. Следовательно, железо является важным составным элементом детского организма, играя главную роль в окислительно-восстановительных процессах и клеточных функциях, которые существенно повреждаются при его дефиците.

Для лечения и профилактики ЖДА у детей рекомендуют использовать ионные (солевые) препараты железа, которые обладают некоторыми преимуществами: резорбция железа из ионных (солевых)

соединений происходит в двухвалентной форме (Fe^{2+}), поскольку трехвалентное железо в верхних отделах тонкой кишки образует трудно растворимые гидроксиды; ионные лекарственные формы железа обладают хорошей растворимостью и высокой диссоциацией в растворах, что позволяет поступившему в организм железу быстро соединяться с апотрансферрином, который тем самым превращается в насыщенный железом трансферрин; процент всасывания железа из солевых соединений наиболее высок (более 10%) по сравнению с другими препаратами железа; они обладают наименьшей токсичностью из всех соединений железа; при их использовании наблюдается наименьшее число побочных эффектов. Что касается неионных препаратов железа (Fe^{3+}) на основе гидроксид-полимальтозного комплекса, то они эффективны только при ЖДА легкой степени, требуют длительного применения и их фармакоэкономическая эффективность в 6-10 раз выше, чем у ионных (солевых) препаратов.

Из имеющихся на отечественном рынке растворимых форм ферропрепаратов вызывает интерес препарат тотема, который является комбинированным препаратом, в состав которого наряду с двухвалентным глюконатом железа входят такие микроэлементы как марганец и медь, являющиеся важной составной частью ферментативных систем, участвующих в основных окислительно-восстановительных процессах в организме. Было показано, что медь играет важную роль в метаболизме железа, активно участвуя в процессе гемопоза. При использовании препарата тотема содержимое ампул растворяют в воде (с сахаром или без) или в любой другой питьевой жидкости, не содержащей спирт. Желательно принимать препарат натощак. Детям, начиная с месячного возраста, назначают по 5-10 мг элементарного железа в сутки на кг массы тела, а подросткам – по 150 мг/сутки. Обычно продолжительность лечения препаратом составляет 1-6 мес, но при необходимости препарат может применяться более длительное время. Как правило, тотема применяется в терапевтической дозе до нормализации уровня гемоглобина, а в поддерживающей (2-3 мг/кг/сутки) – в течение последующих 2 мес. Обычно на фоне приема тотемы при легкой ЖДА выраженность клинических симптомов уменьшается довольно быстро – в первые 3-5 дней. При этом уровень гемоглобина и цветовой показатель восстанавливаются до нормы уже к 7-8-му дню лечения, что сочетается с повышением количества ретикулоцитов в крови. К концу 2-й недели основные проявления ЖДА полностью исчезают, что сопровождается повышением аппетита, купированием диспепсических явлений, повышением эмоционального тонуса. Практически в эти

же строки наблюдается нормализация показателей периферической крови, свидетельствуя о восстановлении транспортного фонда железа. Указанные позитивные сдвиги сохраняются также при проведении поддерживающей терапии. Ликвидация ЖДА подтверждается при контрольных исследованиях обмена сывороточного железа. При ЖДА средней степени тяжести клинические проявления сидеропении уменьшаются к концу 1-й либо началу 2-й, реже – к середине 3-й недели лечения. Уровень гемоглобина повышается отчетливо к 7-8-му дню терапии (в среднем на 37%), а восстанавливается до нормы к 20-21-му дню лечения. Сохраняются нормальными эти показатели и в период проведения поддерживающей терапии тотемой. Побочные реакции при применении тотемы наблюдаются редко и проявляются в виде аллергической незначительной сыпи на коже (у 1% детей) и кишечной диспепсии (у 2%). Последняя была связана с нарушением режима приема препарата (до еды), поскольку при коррекции его (назначение препарата в перерыве между приемом пищи) диспепсические явления быстро ликвидировались.

Таким образом, диагностика ЖДА у детей требует большего внимания со стороны врачей-педиатров, которая в детском возрасте встречается довольно часто, но разработанные современные подходы к лечению и профилактике позволяют обеспечить высокую терапевтическую эффективность препаратами железа. Растворимый железосодержащий препарат тотема является эффективным лекарственным средством для лечения ЖДА легкой и средней степени тяжести у детей раннего и подросткового возраста.

РАЦІОНАЛЬНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ БІСЕПТОЛОМ ВИРОБНИЦТВА ПАБ'ЯНИЦЬКОГО ФАРМЗАВОДУ: ОСНОВНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ З ІНШИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

С.Ю. БІЛИЙ

На українському ринку група комбінованих сульфаніламідів представлена в основному БІСЕПТОЛОМ виробництва Паб'яницького ФЗ Польфа АТ. До Бісептолу (далі за текстом Б.) чутливі більшість грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів (близько 75% штамів). Б. здатен до фармакологічної взаємодії з іншими лікарськими засобами, що слід враховувати при його призначенні.

У відношенні багатьох комбінацій препаратів з Б. ще не вирішено до кінця питання, до якого саме типу взаємодії призводить застосування – до адитивного чи потенційованого синергізму.

Раціональним є застосування Б. в комбінації з антибіотиками пеніцилінової групи з ряду причин. Передусім, Б. розширює спектр дії пеніцилінів, які активні лише у відношенні грампозитивних мікроорганізмів. В цих випадках слід призначати лікування, не очікуючи результату аналізу на чутливість висіяних мікроорганізмів до хіміотерапевтичних препаратів. Пеніцилін та Б. при комбінованому застосуванні витісняють одне одного із зв'язку з білками плазми, внаслідок чого підвищується концентрація пеніциліну та Б. Одночасно зростає концентрація в крові сульфаметоксазолу за рахунок того, що пеніцилін зменшує ступінь його ацетилювання.

Потенційований синергізм спостерігається при комбінації Б. з тетрациклінами. Найраціональніше застосовувати комбінації для лікування дизентерії, кишечного ієрсиніозу, сибірської виразки, орнітозу.

Відмічено, що поліміксини активні *in vitro* у відношенні грамнегативних бактерій, проте не діють на *Proteus* та *Serratia*. Б. також є неефективним у відношенні цих збудників. При комбінованому застосуванні Б. і поліміксину виявляється їх синергічна дія у відношенні *Proteus*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Providencia*, *Klebsiella*. Ця комбінація препаратів дає добрий ефект при хронічному бронхіті, інфекціях сечових шляхів, дизентерії, носінні сальмонел.

Встановлено також, що в комбінації з рифампіцином Б. або повністю попереджує розвиток резистентності мікобактерій туберкульозу до рифампіцину, або знижує кількість утворюваних резистентних форм та ступінь рифампіциностійкості.

Включення Б. в комплексну терапію хронічного ентероколіту сприяє покращенню клінічної динаміки, зменшенню чи зникненню мікроорганізмів в дуоденальному вмісті, зменшенню в жовчі концентрації вільних жовчних кислот та підвищенню – кон'югованих. Застосування Б. в комплексній терапії сприяє покращенню процесів травлення за рахунок нормалізації хімічного складу жовчі.

Рекомендується призначати Б. у поєднанні з хлоридом при токсоплазмозі, у комбінації з іншими протималарійними засобами – при резистентних формах малярії.

Недоцільно поєднувати Б. з етоксидом внаслідок зростання цитотоксичної дії.

Добрий ефект дає комбіноване застосування Б. з антибіотиками широкого спектру дії за схемою: спочатку протягом 2-3 діб лікування проводять одночасно антибіотиками і Б., а потім – тільки Б. При

такому методі ефективність лікування гострої дизентерії, пневмонії та пієлонефриту зростає до 92,3%.

Особливого значення набуває стимуляція імунних механізмів (левамізол, метилурацилом, продігіозаном) при застосуванні антибіотиків та Б.

Б. підсилює дію пероральних антикоагулянтів (неодікумарину, синкумару, феніліну), дифеніну, пероральних гіпоклікемізуючих засобів – похідних сульфонілсечовини, метотрексату, тіопентал-натрію. Препарати, що мають окислювальні властивості (наприклад, високі дози кислоти аскорбінової), гексамін, нестероїдні протизапальні препарати (індометацин, фенілобутазон, саліцилати, сульфінпіразон) підсилюють дію Б. Одночасне застосування циклоспорину знижує в крові концентрацію Б., підвищуючи ризик ушкодження нирок. Паралдегід прискорює метаболізм Б., а параамінобензойна кислота та її ефіри (бензокаїн, прокаїн, тетракаїн) виявляють по відношенню до нього антагоністичну дію. Піриметайн у випадку застосування в дозі більше за 25 мг на тиждень, підвищує ризик прояву мегалобластичної анемії.

Парааміносаліцилова кислота, барбітурати підсилюють токсичну дію Б.

Метенамін та мигдальна кислота підвищують ризик кристалурії, а салол викликає осадження сечової кислоти.

Б. знижує дію меркаптопурину. Застосування Б. з сечогінними засобами, особливо з групи тіазидів, підвищує ризик проявів тромбозитопенії та пурпури. Б. може підсилювати дефіцит фолієвої кислоти, зумовлений іншими лікарськими засобами, такими, як фенітоїн, метотрексат, барбітурати, парааміносаліцилова кислота.

Триметоприм може конкурувати з амантодіном на шляху уретральної секреції.

Препарат не входить у взаємодію з циметидіном, ніфедіпіном, теофіліном.

В педіатричній практиці можливе поєднання Б. з препаратами різних груп в специфічній терапії гострого лімфобластозного лейкозу з метою профілактики бактеріальних ускладнень.

РОЛЬ АЛЛЕРТЕКА В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Л.С. ОСИПОВА

Киевская медицинская академия последипломного образования
им. П.Л.Шупика

Давно известно, что гистамин является мощным химическим медиатором, который дает широкий спектр эффектов при различных воспалительных и иммунологических заболеваниях. Через H1 рецепторы опосредовано участие гистамина в реакциях воспаления, в немедленных аллергических IgE реакциях, изменениях при травме, стрессе, ишемии, его влияние на периферические сосуды та большинство тканей и органов.

Обязательное участие гистамина в механизме главных симптомов аллергических заболеваний делает понятным, что противогистаминные препараты (ПГП) были, есть и будут важнейшей группой противоаллергических лекарств. На протяжении всего периода применения ПГП, они наиболее эффективны при терапии аллергических ринитов (сезонных и круглогодичных), аллергического конъюнктивита, атопического дерматита и крапивницы, аллергических реакций на укусы и укушения насекомых, для профилактики осложнений при СИТ .

Одним из ПГП второго поколения является аллертек (цетиризина гидрохлорид). Большинство блокаторов H1 гистаминовых рецепторов, особенно второго и третьего поколений, метаболизируется в печени изоферментом системы цитохрома P450. Метаболический фактор имеет решающее значение при одновременном использовании препаратов, влияющих на систему ферментов P450. Серьезные последствия могут возникнуть при сочетании применения макролидов, таких как эритромицин и кларитромицин, противогрибковых производных имидазола (кетоконазола, итраконазола), других медикаментов, пищевых компонентов (нарин-генин в соке грейпфрута), которые тормозят оксигеназную активность ферментов системы цитохрома P450. В такой ситуации неметаболизированная исходная форма препарата накапливается в крови и ткани сердца, что может привести к удлинению интервала QT на ЭКГ и к нарушению желудочкового сердечного ритма вплоть до желудочковой “веретенообразной” тахикардии .

Цетиризин не биотрансформируется в печени, не влияет на функцию цитохрома P450, в связи с чем не вступает во взаимодействие

с другими препаратами. Для цетиризина характерна высокая способность проникновения в кожу. Через 24 ч после приема однократной дозы концентрация цетиризина в коже оказывается равной или даже несколько превышающей концентрацию в крови.

При курсовом приеме препарата постоянный уровень в крови достигается в течение 3 суток, и при дальнейшем регулярном приеме не наступает его аккумуляция и не изменяется скорость элиминации (курс приема до 8 недель).

Цетиризин (Аллертек) быстро всасывается из пищеварительного тракта (приблизительно за 30 –60 мин.) и быстро действует. Он хорошо связывается с белками крови, плохо с тканями головного мозга, имеет низкую липофильность, блокирует миграцию эозинофилов. По мнению A.Pagliara (Швейцария), цетиризин следует причислять к антигистаминным препаратам третьего поколения, в связи с его особенной фармакокинетикой и фармадинамикой. Как, считается, он действует и на позднюю фазу аллергических реакций. Цетиризин очень быстро действует при аллергическом рините, есть данные о том, что он предупреждает бронхоспазм, который вызван специфическими аллергенами. Цетиризин (Аллертек) выделяется преимущественно почками, поэтому показан прежде всего у больных с заболеваниями печени. Таким образом, препарат Аллертек (цетиризина гидрохлорид) с успехом применяется для лечения сезонного и круглогодичного аллергического ринита, аллергического конъюнктивита, зуда , крапивницы. Аллертек не оказывает антихолинергического действия, не вызывает побочных действий со стороны ЦНС, не оказывает кардиотоксического действия, не приводит к удлинению интервала QT, не приводит к появлению желудочковых аритмий.

Аллертек удобен в применении (одна таблетка – 1 раз в сутки обеспечивает терапевтический эффект). Аллертек применяется по 1 таблетке (10 мг) один раз в сутки, детям от 6 до 12 лет (и до 30 кг веса) S таблетки один раз в сутки. Что особенно важно отметить – высокое качество препарата Аллертек – производство согласно GMP стандартам.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИТАМИНОПРОФИЛАКТИКИ И ВИТАМИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

В.Ф.ЛАПШИН

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины

Широкое профилактическое и лечебное применение витаминов у детей является не только одной из важнейших задач медицины сегодняшнего дня, но также имеет большое социальное значение. Многочисленные исследования, проведенные Институтом питания РАМН и нашим институтом, показали, что гиповитаминозы – массовое явление среди детского населения стран СНГ. В частности, от 45,5% до 93% обследованных детей имели ниже допустимых показатели обеспеченности витаминами А, С, Д и группы В.

Результаты многолетних клинических наблюдений и целенаправленных биохимических исследований, выполненных в нашем институте под руководством академика НАНИ АМН Украины, РАМН Е.М.Лукьяновой совместно с Институтом биохимии НАН Украины, показали значительную распространенность Д-витаминной недостаточности и полигиповитаминоза среди здоровых и больных детей различных возрастных групп – от новорожденных до детей подросткового возраста. Это, несомненно, наносит большой урон здоровью детского населения Украины, т.к. дефицит витаминов повышает чувствительность организма ребенка к действию инфекционных агентов, химических и радиационных загрязнителей внешней среды, воздействию различных ксенобиотиков, является одним из важных факторов, предрасполагающих к возникновению функциональных нарушений и различных заболеваний.

Кроме этого, в настоящее время выделяют маргинальные (пограничные) состояния, при которых поступление витаминов в организм ребенка находится на нижней границе физиологической потребности, вследствие чего какие-либо запасы этого витамина отсутствуют, и любое увеличение потребности (при болезни, стрессе, физической нагрузке, экологическом неблагополучии) приводит к быстрому развитию дефицита витаминов.

При различных заболеваниях у детей при приеме антибактериальных препаратов увеличивается потребность организма в витаминах, так как прием антибиотиков и сульфаниламидов приводит к нарушению всасывания витаминов группы В, А, Д, повышенному выведению аскорбиновой кислоты.

Поэтому научно обоснованным является назначение поливитаминных комплексов как с профилактической целью у здоровых детей, так и в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях у детей.

При выборе поливитаминных препаратов важно учитывать их состав и дозы. Пиковит – поливитаминный препарат компании КРКА содержит необходимые витамины в безопасных дозах (согласно RDA системе), подобранных специально для детей разного возраста и их групп. Важно отметить, что это, пожалуй, единственный препарат, который может назначаться и в профилактических и в лечебных дозах. Витамин Д, входящий в состав Пиковита, представлен в виде холекальциферола. Эта форма в пять раз быстрее всасывается из пищеварительного тракта и обладает большой активностью. Следует отметить также безопасность формы холекальциферола и высокую эффективность при лечении рахита, рахитоподобных заболеваний и патологии пищеварительного тракта. Пиковит сироп целесообразно назначать детям уже с одного года. Пиковит таблетки и Пиковит Д таблетки можно назначать детям с 4 лет, когда ребенок уже умеет самостоятельно рассасывать, и нет опасности в непроизвольном поперхивании. Пиковит форте – новая форма, которая предназначена детям школьного возраста. Следует указать, что содержание витаминов Е и С в Пиковите форте соответствуют недавно принятым новым суточным нормам потребности в данных витаминах. Таким образом, Пиковит – это серия поливитаминных препаратов компании КРКА, которая может применяться у детей различных возрастных групп с целью профилактики и лечения гиповитаминозов.

Правильное проведение витаминпрофилактики и витаминотерапии в педиатрической практике может стать реальным резервом укрепления здоровья детей, снижения их заболеваемости, повышению индекса здоровья всего населения и улучшению демографических показателей в нашей стране.

СТРАТЕГИЯ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Н.А. ГЕППЕ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Лихорадка является наиболее частым симптомом, определяющим до 20-30% визитов к педиатрам. В большинстве случаев лихорадка связана с относительно доброкачественным течением вирусной инфекции, однако она может быть признаком серьезных заболеваний. В каждом случае необходимо в первую очередь выяснить возможную причину лихорадки у ребенка для назначения этиотропной терапии.

Аргументы против рутинного назначения жаропонижающих препаратов у детей включают физиологическую роль лихорадки, возможность маскировки серьезного заболевания, побочного эффекта медикаментов. Однако, жаропонижающие препараты получают 95% детей с ОРВИ, в том числе при наличии субфебрильной температуры. Все это, а также факт, что у большинства детей умеренная лихорадка не вызывает серьезного дискомфорта, требует четкой продуманной врачебной тактики в отношении использования антипиретиков. Недопустимо шаблонное подавление ее при любом заболевании. В первую очередь необходимо выявить причину лихорадки. По возможности назначить этиотропное лечение. Показаниями к применению антипиретиков являются состояния, когда лихорадка превышает допустимый оптимум, при нарушениях со стороны сердечно-сосудистой-системы и ЦНС.

Особенно важным является выбор лекарственного препарата, который обладает высокой эффективностью и наименьшими побочными эффектами. Большинство детей с ОРВИ лечатся на дому, нередко родители прибегают к самолечению с использованием безрецептурных анальгетиков.

К безрецептурным жаропонижающим препаратам в современной педиатрии относятся парацетамол и ибупрофен, которые наиболее часто используются для уменьшения проявлений лихорадки и облегчения сопутствующего дискомфорта у детей. Использование этих препаратов в современной педиатрии соответствует рекомендациям ВОЗ. Аспирин представляет эффективный антипиретик, но его использование у детей ограничено в связи с риском развития синдрома Рейе. Также ограничено применение препаратов, содержащих метамизол натрия (анальгин) из-за высокой частоты побочных эффектов.

В последнее время во многих странах многие педиатры отдают предпочтение ибупрофену с хорошо установленными болеутоляющими, противовоспалительными и жаропонижающими свойствами и обладающему хорошим профилем безопасности. Кратковременное лечение ибупрофеном лихорадки и боли хорошо переносится детьми в возрасте от 3 месяцев до 12 лет. Неблагоприятные явления имеют незначительный характер и прекращаются при отмене лечения. Клинические исследования подтвердили, что неблагоприятные явления со стороны желудочно-кишечного тракта при приеме ибупрофена статистически значимо не отличались от тех, которые возникали при приеме парацетамола, никаких клинически значимых желудочно-кишечных кровотечений или случаев мелены при применении ибупрофена не наблюдалось. Общая частота возникновения неблагоприятных явлений при применении ибупрофена и парацетамола сходны: 9% и 8%, соответственно. До настоящего времени не зарегистрировано ни одного случая развития синдрома Рейе у детей с вирусными инфекциями, лечившихся ибупрофеном.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ “БИОВИТАЛЬ ГЕЛЯ” У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

С.В. ВОДЯНИЦКАЯ

Кафедра неонатологии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

Специфическая профилактика рахита у недоношенных детей является не решенной проблемой, хотя нарушение фосфорно-кальциевого обмена частое состояние, особенно у глубоко недоношенных и новорожденных с синдромом задержки внутриутробного развития (Струков В.И., 1999). Причиной такого нарушения метаболизма является интенсивное поступление кальция и фосфора от матери к плоду в последние месяцы беременности, которому способствует незрелость ферментативных систем печени, почек, кожи, кишечника недоношенного ребенка.

Целью настоящего исследования было: установить состояние кальций-фосфорного обмена у недоношенных новорожденных с перинатальной патологией на втором этапе выхаживания в городском перинатальном Центре. Обследовано 28 новорожденных со сроком ге-

стадии 30-36 недель. Помимо общеклинического, лабораторного и инструментального методов обследования, у больных исследовались кальций, неорганический фосфор, щелочная фосфатаза сыворотки крови в возрасте 10 дней и 25-30 дней жизни.

Выраженность и длительность гипофосфатемии, гипокальциемии, повышение щелочной фосфатазы в возрасте 10 дней жизни определялась степенью тяжести перенесенной внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденного, респираторных нарушений в раннем неонатальном периоде и, соответственно, тяжестью гипоксического поражения центральной нервной системы.

Анализ полученных данных по исследованию кальций-фосфорного обмена свидетельствовал о необходимости контроля данных показателей у недоношенных с 10 дней жизни с последующей коррекцией. Для нормализации кальций-фосфорных

нарушений у недоношенных новорожденных был использован поливитаминный препарат “Киндер биовиталь гель” с лецитином и кальцием (фармацевтическая фирма “Роше”, Германия) в дозе 5 г в сутки на протяжении 20-25 дней. Поскольку симптомы раннего рахита у недоношенных новорожденных (явления гипервозбудимости, потливости, расширение апертуры грудной клетки книзу, увеличение лобных и затылочных бугров, размягчение костей черепа) не могут считаться специфическими в периоде новорожденных из-за превалирования неврологических и кардио-респираторных нарушений на фоне общих признаков недоношенности, критерием оценки эффективности корректирующих лечебных мероприятий были показатели кальция и фосфора в крови, определяемые на 25 – 30 день жизни.

У детей, получавших “Биовиталь гель”, лечебно-профилактическая эффективность подтверждалась более высокими показателями кальция и фосфора в крови в месячном возрасте, отсутствии проявлений поздней железодефицитной анемии недоношенных, либо они присутствовали в виде легкой степени тяжести.

Таким образом, тяжесть и степень биохимического синдрома (гипофосфатемия, гипокальциемия, повышение щелочной фосфатазы) определяется степенью недоношенности и тяжестью перинатальной патологии. Применение “Киндер биовиталь геля” с лецитином и кальцием целесообразно и эффективно. Вопрос о длительности профилактики ранних кальций - фосфорных нарушений у недоношенных новорожденных и доз корректирующих препаратов требует дальнейшего изучения и обсуждения.

ЗАСТОСУВАННЯ НІМЕСУЛІДУ (НАЙЗУ) ТА ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ З МІДОКАЛМОМ ПРИ КРУПІ У ДІТЕЙ

Л.М. СТАНІСЛАВЧУК

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

В останні роки спостерігається зростання кількості випадків крупу у дітей, який нерідко набуває рецидивуючого перебігу. Показник летальності коливається від 0,4 до 1,7% при компенсованому крупі і від 3 до 33% при декомпенсованому. Тому пошуки нових підходів до його лікування залишаються актуальними.

У зв'язку з цим метою даної роботи було оцінити ефективність застосування селективного інгібітора циклооксигенази-2 німесулід (Найзу) та препарату з політропними властивостями мідокалму в комплексному лікуванні дітей з крупом.

Під наглядом перебувало 63 дітей з крупом у віці від 5 місяців до 10 років. Хворі були розділені на дві групи. До I групи (контроль) увійшло 33 дітей, у 13 з них спостерігався компенсований круп, у 20 – субкомпенсований, до II групи – 30 хворих (у 18 з них компенсований круп, у 12 – субкомпенсований). Усі діти отримували комплексну терапію, яка включала, в залежності від тяжкості стану, глюкокортикоїди, спазмолітики, антигістамінні та відхаркуючі засоби, парові інгаляції. При підозрі на бактеріальну інфекцію призначали антибіотики. Діти II групи додатково отримували німесулід (Найз) і гальванічний комір з мідокалмом. Німесулід (найз) призначали перорально в дозі 5 мг/кг на добу в 3 прийоми. Мідокалм призначали шляхом електрофорезу на ділянку коміра. 1% розчин мідокалму вводили через анод. При лікуванні дітей до 6-8 років сила струму 1-5 мА, після 6-8 років-6-12мА. Тривалість процедури для дітей до 1 року –10 хв., після 1 року-12-15хв. Електрофорез проводили щоденно, на курс лікування в середньому 2 процедури. Ефективність лікування оцінювали за тривалістю стенотичного дихання, строками нормалізації голосу і температури тіла. Крім цього враховували тривалість гормональної терапії.

Дослідження показало, що в II групі хворих спостерігається більш швидка зворотна динаміка основних симптомів захворювання. Так, у дітей II групи стенотичне дихання зникало при компенсованому крупі в середньому на $1,44 \pm 0,20$ добу, при субкомпенсованому - на $2,27 \pm 0,297$ проти $2,15 \pm 0,17$ і $3,35 \pm 0,25$ в I групі. Меншою була і тривалість такого симптому як сиплий голос. Якщо в контрольній групі

цей показник становив при компенсованому крупі $3,46 \pm 0,35$ доби і $4,2 \pm 0,25$ доби при субкомпенсованому, то в II групі – $2,64 \pm 0,30$ і $2,83 \pm 0,27$ відповідно. Значно скоротилась і тривалість температурної реакції в II групі в порівнянні з контрольною: з $3,36 \pm 0,39$ доби при компенсованому крупі і $3,50 \pm 0,30$ доби при субкомпенсованому крупі в контрольній групі до $1,93 \pm 0,24$ доби і $2,44 \pm 0,48$ доби відповідно в II групі.

Зменшилась також і тривалість застосування глюкокортикоїдів у дітей, що отримували комплексну терапію з включенням німесуліду (найзу) і електрофорезу з мідокалмом. Так, хворим II групи парентерально глюкокортикоїди вводили в більшості випадків лише одноразово при госпіталізації, тоді як в контрольній групі при компенсованому крупі протягом $1,66 \pm 0,2$ доби, при субкомпенсованому – протягом $2,75 \pm 0,246$ діб. В II групі інгаляційно глюкокортикоїди вводили дітям переважно в перший день з моменту госпіталізації, в той час як в контрольній групі тривалість інгаляційної глюкокортикоїдної терапії становила при компенсованому крупі $3,33 \pm 0,46$ доби, при субкомпенсованому – $3,55 \pm 0,49$ доби.

Таким чином, включення до комплексу лікування дітей з крупом німесуліду та електрофорезу з мідокалмом підвищує ефективність терапії при зменшенні тривалості застосування глюкокортикоїдів.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УРОВНЕЙ ФРУКТОЗАМИНА, ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА И УРОВНЯ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БЫСТРЫХ И СВЕРХБЫСТРЫХ ИНСУЛИНОВ

Л.Р.ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦКАЯ, Е.А.АГАФОНОВА,
Л.Л.ПЕТРЕНКО, Е.И.БЕЛОУСОВА, Д.В.ЛОГВИНОВ
Государственная медицинская академия, Днепропетровск

Сахарный диабет(СД) I типа является важной социальной проблемой мирового сообщества. Высокий уровень инвалидизации, развитие патологических изменений практически во всех органах и системах, изменение жизненного стереотипа больного требуют по-

дбора инсулінотерапії з урахуванням оптимального впливу на основні звеня патогенеза СД.

Бесспорной причиной заболевания является отсутствие секреции инсулина поджелудочной железой, что требует дотационной терапии инсулином.

Нами изучены корреляционные взаимодействия между уровнями гликированного гемоглобина (HbA1c), постпрандиальным уровнем глюкозы и развитием диабетической нефропатии у 36 детей с СД I типа. Установлено, что тощаковый уровень глюкозы 4,4-6,1 ммоль/л соответствовал постпрандиальному уровню глюкозы в крови 5,1-9,0 ммоль/л, при этом уровень HbA1c составил <6,5%. Контроль гликемии в данном случае расценивался как хороший, угроза развития диабетической нефропатии отсутствовала. Данное состояние было характерным для детей, стаж заболевания которых составлял 1-3 года, при наличии адекватного самоконтроля. Контроль гликемии расценивался как плохой при уровне глюкозы натощак >7,8 ммоль/л, постпрандиальном уровне глюкозы >10,0 ммоль/л. Уровень HbA1c при этом составлял >9,5 %. Возрастал риск развития диабетической нефропатии (5,6), появлялась микроальбуминурия, изменения в моче.

Для обследуемых детей уровень постпрандиальной гликемии был включен в мониторинг контроля компенсаторных возможностей организма при применении различных видов инсулина. Обследуемые дети получали НовоРапид, инсулин, который всасывается в два раза быстрее, чем человеческий инсулин короткого действия. Применение инсулина ультракороткого действия позволило стабилизировать уровень постпрандиальной гликемии у 86,9% больных. Частота ночных гипогликемий снизилась в 84,7% случаев. Количество легких гипогликемий снизилось незначительно (на 12,4%). Осложнений и побочных явлений при применении НовоРапида не отмечалось.

Изучение постпрандиальной гликемии и составление индивидуальных графиков коррекции гликемии включено нами в программу самоконтроля больных СД. Данный вид работы нагляден, доступен детям и является мощным мотивационным фактором для соблюдения больными СД необходимых режимных и диетических условий компенсации СД. Применение данного вида самоконтроля позволяет уменьшить риск развития диабетической нефропатии в 3,2 раза.

Розділ 5.

ЕКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ТА ЕКОПАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС

Ю.С. САПА, В.С. ПРОСКУРА, С.А. ЛАЦИНСКАЯ
Днепропетровский национальный университет

С целью определения функционального состояния тиреоидной системы изучалось физическое развитие, заболеваемость 92 детей из семей ликвидаторов аварии на ЧАЭС в сопоставлении с состоянием иммунореактивности, уровня тиреоидных гормонов в крови. Антропометрические показатели у новорожденных были близки к среднепопуляционным. Динамика массы тела на первом году жизни свидетельствует о метаболической дезинтеграции, с некоторым преобладанием процессов катаболизма. Анализ динамики антропометрических показателей у детей старше 1-го года жизни показывает, что все дети развивались без каких-либо отклонений от средневозрастных норм и к возрасту 5-7 лет имели показатели, не выходящие за рамки: 25-75 центилей, а в периоде пубертата имелись диспропорции показателей: у девочек – акселерация, а у мальчиков – ретардация роста по отношению к массе тела. При изучении заболеваемости детей установлено, что большая их часть (70,6%) принадлежала ко 2-й группе здоровья, т.е. подавляющее большинство детей имели функциональные отклонения в состоянии здоровья, часто болели острыми респираторными заболеваниями. Проведено лабораторное исследование в объеме иммунологических тестов 1 и 2 уровней, а также определение содержания α_1 -антитрипсина. Выявлено значительное снижение уровня сывороточного IgA, что может объяснить подверженность детей-чернобыльцев частым респираторным инфекциям.

У 17 (18,4%) детей была выявлена гиперплазия щитовидной железы I и II степени. Отклонения в спектре тиреоидных и тиреоидрегулирующих гормонов отмечались еще до изменения размеров щитовидной железы, выявляемых пальпаторно. Так, при исследовании радиоиммунологическим методом содержания трийодтиронина (T_3), тироксина (T_4) и тиреотропного гормона (ТТГ) у 40 детей основной группы по сравнению с группой контроля (17 здоровых детей соответствующего возраста) установлено достоверное повышение уровня ТТГ ($1,37 \pm 0,31$ нмоль/л и $0,48 \pm 0,31$ нмоль/л соответственно, $p < 0.01$). Содержание T_3 и T_4 в основной и контрольной группах достоверно не отличалось. Можно предположить, что у детей исследуемой группы имеет место состояние транзиторного гипотиреоза, приводящее к напряжению выработки ТТГ по механизму обратной связи, это соответствует ранней стадии истощения функции щитовидной железы, что, в свою очередь, снижает их устойчивость к стрессам и приведет в дальнейшем к хронической тиреоидной патологии. У части детей уже в дошкольном возрасте имеются нарушения роста и развития, а также хронические заболевания. Чаще встречались болезни желудочно-кишечного тракта: дискинезия желчевыводящих путей и хронический гастродуоденит, реже регистрировались хронический пиелонефрит и вегето-сосудистая дистония.

Таким образом, у детей из семей ликвидаторов аварии на ЧАЭС имеют место сдвиги стресслимитирующих механизмов в сторону напряжения иммунологических реакций, выработки тиреотропного гормона. Эти дети предрасположены к частой респираторной заболеваемости, гипофункции щитовидной железы, хронической патологии, прежде всего желудочно-кишечного тракта.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧАЭС, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

Ю.С. САПА, О.В. ХАНДЮК, Н.Б. ТАТАРОВСКАЯ
Днепропетровский национальный университет. 2-я городская
клиническая больница, г. Днепропетровск

Одним из фрагментов проводимого нами комплексного исследования здоровья детей из семей пострадавших в результате аварии

на ЧАЭС – жителей промышленного города, является анализ уровня, структуры и характера их заболеваемости в динамике.

Выявлено уменьшение числа детей, признанных по результатам ежегодных диспансерных осмотров здоровыми (если в 1998 году таких было 50,4%, то в 1999 — этот показатель составил 42%, а в 2000 году — 35%. За последние три года уровень общей заболеваемости вырос на 41% и в 2001 году был в 1,3 раза выше соответствующего показателя среди всего детского населения города. Сравнивая эти показатели, следует отметить, что в 1998 году они имели практически одинаковые значения, т. е. наблюдается более значительный рост заболеваемости среди детей из семей, пострадавших вследствие аварии, чем у всего детского населения. Выявлена тенденция к росту заболеваемости по всем классам болезней, за исключением инфекционных, паразитарных, а также болезней кожи и подкожной клетчатки. Особенно выраженный рост заболеваемости в динамике за три года отмечается по классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (в 2 раза), болезней системы кровообращения (в 1,7 раза).

В структуре заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания, в основном, за счет острых респираторных вирусных инфекций и гриппа.

За три года увеличилось число случаев заболеваний вегето-сосудистой дистонией (в 1,9 раза), к концу 2000 года заболевания нервной системы и органов чувств вышли в структуре на второе место, относительно уменьшилось число случаев заболеваний периферической нервной системы.

Болезни эндокринной системы, в основном, за счет патологии щитовидной железы, в структуре заболеваемости в динамике за три года переместились со второго на третье место, их средний уровень выше в 4,6 раза в сравнении с другими группами детского населения города.

Распространенность болезней системы кровообращения у детей от родителей, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС, в 4,9 раза выше среднего их уровня среди детского населения города, распространенность заболеваний нервной системы и органов чувств превышает среднестатистический уровень в 1,6 раза, а костно-мышечной системы и соединительной ткани – в 1,9 раза.

Что касается первичной заболеваемости, то за годы наблюдения она выросла на 29% (число всех зарегистрированных заболеваний — на 41%), что свидетельствует об увеличении в структуре заболеваемости удельного веса хронической патологии.

Следует подчеркнуть, что наблюдается стабилизация показателя первичной заболеваемости впервые выявленных пороков развития (6,8 в 1998 г., 7,0 в 2000 г. на 1000 детей).

Таким образом, за период наблюдения количество детей-потомков ликвидаторов аварии на ЧАЭС, признанных здоровыми при диспансеризации, уменьшилось в 1,4 раза. Выявлена тенденция к росту заболеваемости практически по всем классам болезней. Показатель общей заболеваемости детей данного контингента выше уровня заболеваемости всего детского населения в 1,3 раза.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, В УМОВАХ СУТТЄВОГО ЕКОЛОГІЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

С.О. МОКІЯ, І.О. ЧУГАЙ, Т.В. ЛИТВИНОВА, Т.В. ХОЛОШИНА
ФПО Дніпропетровської державної медичної академії,
м. Кривий Ріг

Місто Кривий Ріг відноситься до одного з найбільш забруднених промисловими відходами міст України. Численні об'єкти металургії гірничодобувної, металооброблюючої та хімічної промисловості, потужний автотранспортний потенціал є джерелами надходження в довкілля різноманітних забруднень, в тому числі й важких металів. За даними Е.М. Беліцької (1999) сумарне добове навантаження важкими металами мешканців м. Кривого Рогу становить (мг/добу): свинцем – 0,03, кадмієм – 0,02, міддю – 1,8, цинком – 7,1. Підвищений рівень важких металів призводить до зміни імунологічних показників населення, підвищення рівня алергізації населення.

Метою дослідження було вивчення основних показників імунітету у дітей м. Кривого Рогу, хворих на бронхіальну астму. Об'єктом дослідження були 30 дітей віком від 2 до 12 років, хворих на бронхіальну астму (основна група). Групу контролю склали 10 здорових дітей віком від 2 до 10 років, мешканців даного регіону. Основну панель моноклональних антитіл: CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD25+, CD45RA, HLA-DR досліджували імуноферментним методом; визначали циркулюючі імунні комплекси, активність комплементу та основні класи імуноглобулінів загальноприйнятими уніфікованими методами.

Встановлено, що кількість Т-лімфоцитів, що експресують маркер CD3+, становила $63,2 \pm 2,2\%$, що нижче референтних величин. Кількість CD4+ лімфоцитів — $36,1 \pm 2,3\%$, що знаходилося близько до норми.

Рівень лімфоцитів, що експресують маркер CD8+, становив $25 \pm 1,8\%$, при цьому імунорегуляторний індекс — 1,44.

Рівень природних кілерів, що експресують маркер CD16+, становив $9,36 \pm 1,2\%$, що вище регіонального показника, причому морфологічно дані клітини характеризувалися більш великими розмірами підвищеної кількості великої азурофільної зернистості в цитоплазмі, що характеризує підвищену функціональну активність природних кілерів. Встановлено зміни морфології еозинофілів периферичної крові, кількість яких становила $7,5 \pm 1,8\%$. Серед еозинофілів відмічались незрілі форми, включаючи мієлоцити з частково базофільною функціонально незрілою зернистістю. Кількість В-лімфоцитів, що експресують маркер CD20+, становила $19 \pm 2,1\%$, що знаходилось в нормі, причому відмічалось підвищення рівня імуноглобулінів А і G.

Відмічено зниження інтактних „незайманих” лімфоцитів, що експресують маркер CD 45RA ($28,6 \pm 1,2\%$), що зумовлено алергізацією організму.

Відмічено підвищення лімфоцитів, що експресують маркер HLA-DR, що вказує на підвищення функціональної активності лімфоцитів, зумовленої надлишковою антигенною стимуляцією, що також підтверджує підвищення лімфоцитів, що експресують маркер CD25+ ($18,6 \pm 2,1\%$) – маркерів інтерлейкіну 2.

Підвищений рівень цих клітин також показує збільшення активності хелперів I-го типу, які мають суттєву роль в розвитку алергічних станів першого типу.

Таким чином, у дітей відмічено суттєві зміни імунологічних показників, що відіграють велику роль у розвитку патогенезу бронхіальної астми й зумовлені, ймовірно, забрудненням навколишнього середовища м. Кривого Рогу.

ІМУНОЛОГІЧНИЙ МЕТОД ІНДИКАЦІЇ ЕКОНЕСПРИЯТЛИВИХ ГЕОТЕКТОНІЧНИХ РОЗЛОМІВ ЗЕМНОЇ КОРИ

О.К. КОЛОСКОВА

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Радон-222 – важкий газ, який утворюється з урану та торію, надходить на поверхню Землі шляхом переважної еманції з ґрунту

крізь геотектонічні розломи земної кори, зумовлюючи 50-55% усіх природних джерел радіації, а підвищена активність стійкого його дочірнього продукту – свинцю-210 у ґрунті може виступати індикатором наявності таких геотектонічних зон. Місто Чернівці, розташоване у передгір'ї Карпат, розкреслене щонайменше шістьма геотектонічними розломами, де радіохімічним методом встановлено підвищену активність у ґрунті ^{210}Pb .

В якості сенситивної до впливу несприятливих екогенних чинників групи обрано когорту чернівецьких дітей, у яких у 1988 році спостерігалась алопеція, що в комплексі з іншими патогномонічними ознаками (ураження дихальних шляхів та центральної нервової системи), визнана екозумовленою (“хімічна екзогенна інтоксикація” – ХЕІ). Встановлено віддаленість місць мешкання цих пацієнтів від регіонів, де в ґрунтах визначалась підвищена активність ^{210}Pb , що в середньому складала $478 \pm 43,8$ метра.

Враховуючи, що 43,2% дітей з екозумовленою патологією в анамнезі відносилися до часто і тривало хворіючих, у них вивчено показники гуморального імунітету, причому середній вміст у сироватці крові імуноглобулінів класу А (IgA) склав $0,9 \pm 0,07$ г/л та достовірно не відрізнявся від показників однолітків, які сформували контрольну групу. Не виявлено також достовірних відмінностей за вмістом імуноглобулінів інших класів (IgG, IgM) у сироватці крові обстежених дітей.

Аналіз особливостей розподілу показників вмісту у сироватці крові IgA свідчив про те, що перевищення його середньогрупового рівня асоціювало із географічним наближенням місця мешкання обстежених дітей з ХЕІ до гепатогенних зон, де підвищена активність ^{210}Pb відображала еманацию радону на поверхню землі, із абсолютним ризиком 45%, відносним 3,25 та пропорційністю шансів 7,6. Водночас, нами простежено чітку тенденцію до підвищення рівня імуноглобулінів А у сироватці крові дітей групи порівняння, які відвідували дошкільні установи, розташовані на більшій відстані від геотектонічних зламів, ніж середньогруповий показник. Так, у дошкільнят-вихованців дитячих закладів, що розташовані на значній відстані від геотектонічних зламів, рівень імуноглобулінів А в сироватці крові достовірно частіше перевищував 1,0 г/л, що зареєстровано в $39,4 \pm 8,5\%$ випадків, а показник понад 1,5 г/л спостерігався в $15,1 \pm 6,2\%$ спостережень. Проте, як і пацієнти з ХЕІ, діти, які відвідували дитячі установи, розташовані поблизу геотектонічних зламів, частіше хворіли на респіраторну патологію та відносний ризик розвитку цих захворювань у них складав 3,3 (95% СІ 1,9-5,5), абсолютний – 45% та відношення шансів – 7,6 (95% СІ 1,9-29,6; $\chi^2=18,0$;

$p < 0,01$) порівняно з дітьми з географічно віддалених від геотектонічних зламів регіонів.

Зазначений рівень сироваткового IgA у дітей, які перехворіли на ХЕІ, як біоіндикаторний тест у виявленні несприятливих з екологічної точки зору геотектонічних зламів земної кори характеризувався чутливістю 81% та специфічністю 64%, що робить можливим його використання в еколого-епідеміологічних дослідженнях в інших когортах дітей для визначення можливого несприятливого екологічного оточення дитячого населення та розробки ефективних профілактичних заходів.

РЕГІОНАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РЕЦИДИВУЮЧИХ БРОНХОЛЕГЕНЕВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ З ПОЗИЦІЙ ДИТЯЧОЇ ЕКОПАТОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Ю.В. ОДИНЕЦЬ, А.Ф. РУЧКО, В.Я. КАЗАНОВ, С.О. ГУБАР,
В.М. САРАТОВ, Н.П. АЛЕКСЄЄВА
Харківський державний медичний університет

Протягом останніх 10 років співробітники кафедри факультетської педіатрії ХДМУ вивчають особливості перебігу різних бронхолегеневих захворювань у дітей, які перебувають під впливом несприятливих шкідливих екологічних факторів Харківського промислового регіону. Незважаючи на значний спад виробництва на державних підприємствах, велика кількість розташованих в м. Харкові малих, кооперативних, кооперативно-комерційних та приватних структур, збільшення транспортних засобів, що експлуатуються тривалий час, призводять до інтенсивного забруднення атмосферного повітря: середньорічна концентрація пилу становить $0,17 \text{ мг/м}^3$, індекс забруднення атмосфери діоксидом азоту – 0,99; оксидом вуглецю – 0,64; формальдегідом – 1,46; фенолом – в 4,6 перевищує гранично допустиму концентрацію (ГПК), бензпиреном – в 2,6 разів. В окремих районах рівень забрудненості доквілля суттєво відрізняється.

При аналізі захворюваності на бронхіальну астму в промислово-Орджонікідзевському районі м. Харкова цей показник протягом останніх 5 років постійно зростає і перевищує дані районів зі сприятливою екологічною ситуацією та міський показник. Ретельний аналіз впливу навколишнього середовища на перебіг рецидивуючих

бронхолегеневих захворювань (РБЗ) у дітей виявив позитивний кореляційний зв'язок між частотою ураження респіраторного тракту і наявністю поруч з місцем мешкання дитини траси або місць промислових викидів в атмосферу, особливостей міського ландшафту, зокрема сортів дерев та чагарників, водопостачання. Тобто йдеться про мікроекологічну характеристику середовища.

Поряд з екологічними досліджувалися медично-соціальні фактори: достовірним фактором ризику розвитку РБЗ доведено паління батьків, особливо матері, наявність частих респіраторних захворювань в сімейному анамнезі, цвілі у помешканні. Нами підтверджено тригерну роль респіраторних інфекцій у розвитку бронхіальної астми (БА). Суттєва кількість дітей, які вступали до стаціонару з рентгенологічно підтвердженою пневмонією, вже страждали від нерозпізнаної астми, або вона розвивалася у них пізніше. Статистично достовірно частіше БА виникала у дітей з обтяженим сімейним анамнезом, а також у дітей, матері яких палили під час вагітності; в той же час перинатальні фактори (дуже низька маса при народженні, респіраторна захворюваність) не пов'язані з частотою її виникнення. Можемо припустити, що соціальні фактори часто більшою мірою пов'язані з ризиком виникнення БА, ніж вважалося раніше. Так, нами доведено вплив взаємовідносин батьків і дітей на розвиток симптомів депресії, а також вплив на частоту і тяжкість приступів БА різних психосоціальних факторів, обізнаності клініцистів, пацієнтів та вчителів у питаннях ведення астми.

Результати наших досліджень свідчать, що успішне вирішення проблеми профілактики та лікування РБЗ, зокрема БА, знаходиться в сфері застосування наукових принципів дитячої екопатології та соціальної медицини.

КОНЦЕПЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕХАНИЗМАМИ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ

Е.Д. ДУКА, В.И. ЧЕРГИНЕЦ, С.И. ИЛЬЧЕНКО, А.А. ЕФАНОВА,
М.В. ШИРИКИНА, Н.Н. КРАМАРЕНКО
Днепропетровская медицинская академия

Учитывая сложившуюся экологическую ситуацию в ранее интенсивно-промышленных регионах, следует отметить, что главным источником загрязнения окружающей среды в настоящее время являются выбросы автотранспорта, парк которого вырос в Приднп-

рове в 17 раз! Научное понимание причин и механизмов, вызывающих объективно опасную для человечества окружающую среду, дают надежду на то, что мы сможем перейти к соблюдению условий экологически безопасного развития. Естественные системы самоочищения организма ребенка в силу несовершенства функции не справляются с защитой, а усугубляются другими факторами, нарушающими стабильность его роста и развития.

Механизмами формирования экологически обусловленных заболеваний являются: клеточная инкорпорация тяжелых металлов, постоянная низкая антиоксидантная защита, нарушение процессов коадаптации микрофлоры и макроорганизма, дисбаланс мутагенеза и антимутагенеза, формирование иммунного дисбаланса (дисфункции).

Решение этих проблемных вопросов привело к развитию нового направления в педиатрии – экопедиатрии. В ее основе лежит изучение механизмов формирования частых ОРЗ, респираторных аллергозов, рецидивирующей бронхолегочной патологии, дисметаболических нефропатий, энцефалопатий, кардиомиопатий, дисбиозов кишечника и другой экообусловленной патологии.

Первым этапом в решении множества проблем экопедиатрии необходимо считать мероприятия, позволяющие защитить организм ребенка от искажения экологического пространства в первом периоде его жизни – внутриутробном и тем самым обеспечить ему выживание.

Вторым этапом в этой системе мероприятий должно быть решение вопроса о контроле за накоплением токсикантов и возможности их выведения из организма. Это очищение воды и стандартизация продуктов детского питания (возможно, нам нужно научиться органо-биологическим методам их производства), смелость в применении природных пектинов, адаптогенов, гепатопротекторов, зуботиков, антиоксидантов, ферментов и витаминов.

Мы давно говорим о создании сети центров экологической реабилитации, особенно в крупных промышленных регионах (Днепропетровск, Днепродзержинск, Кривой Рог, Запорожье, Марганец, Никополь, Орджоникидзе) для определения путей рациональной реабилитации детей с экопатологией. Это позволит нам быть на уровне стран Евросоюза, которые еще в 1993 году приняли решение о создании сети оздоровительных школ под Копенгагеном, где учат детей беречь индивидуальное экологическое пространство – свой организм.

Такие центры смогут совместно с экологами учитывать реальные данные по состоянию воздуха, воды и почвы, и их мониторинговое измерять концентрации токсикантов и их метаболитов в биосредах, а медики создавать регистры по экопатологии детского населения региона и методы реабилитации с помощью разработанных программ.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

Д.И. МАСЮТА, А.В. ЧУРИЛИНА, Г.Н. МАНЖЕЛЕЕВ,
Л.Ф. ЧАЛАЯ, И.В. ЕРОШЕНКО, Г.В. ЗУЕВА
Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького

На состояние здоровья детей, проживающих в крупном промышленном регионе, влияет антропогенное загрязнение окружающей среды. На адаптацию к неблагоприятным влияниям внешней среды в некоторой степени могут влиять характерологические особенности личности, которые определяют типы реагирования сердечно-сосудистой системы и вегетативной нервной системы.

Обследовано 153 ребенка в возрасте 7-14 лет. Дети проживали в промышленном регионе Донбасса. 117 детей болели различными формами острых респираторных заболеваний (ОРЗ). 36 детей были здоровы и составили группу сравнения. Мальчиков было 82, девочек – 71.

Среди детей, проживающих в неблагоприятном экологическом регионе, интраверты преобладали (37,91±3,92%), амбивертов было 35,29±3,86%, экстравертов – 28,80±3,59%. Дети с высоким уровнем нейротизма составили 37,25±3,90%. Число детей со стабильным типом ЦНС было низким (7,84±2,19%). До настоящего времени не ясно, связаны ли эти изменения с экологически неблагоприятными условиями проживания детей. Но увеличение числа детей с нейротизмом, вероятно, связано с экологическим неблагополучием, так как этот показатель является более динамичным и лабильным показателем личности. Экологические факторы в первую очередь воздействуют на него, а не на другие показатели. Около половины детей из экологически неблагоприятного региона имели высокий уровень тревожности. Низкий уровень тревожности был только у 21,57±3,35% детей. У здоровых и больных детей эти показатели достоверно не различались.

Нарушение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы в острый период заболевания встречалось с одинаковой частотой у амбивертов, интравертов и экстравертов. Однако у экстравертов уровень функционирования сердечно-сосудистой системы по А.В. Аболенской оказался самым адекватным: показатель r был наименьшим (15,64±1,25 усл. ед., $p < 0,05$). Самым неадекватным уро-

вень функціонування был у інтравертов: показател ь r был найбільшим ($24,33 \pm 2,86$ усл. ед., $p < 0,05$). Уровень нейротизма мало впливал на состояние адаптационних можливостей, но найбільш адекватним уровнем функціонування серцево-судинистої системи был у емоціонально стійких дітей ($r = 12,54 \pm 2,38$ усл. ед.; $p < 0,1$).

Личностні характеристики впливали и на електрофізіологічні особливості функціонального стану міокарда у больних різними формами ОРЗ дітей в гострий період захворювання. У інтравертов при комплексному фазовому аналізі електричного циклу серця нескілько рідше, чем у екстравертов, відмічалось порушення серцевої діяльності ($43,33 \pm 9,05$ и $57,69 \pm 9,69\%$ відповідно, $p < 0,3$) и частіше – функціональне напруження міокарда ($50,00 \pm 9,13$ и $34,62 \pm 9,33\%$ відповідно, $p < 0,3$). Крім того, у больних дітей с низькою тривожністю в гострий період захворювання рідше, чем у дітей с високою тривожністю, зустрічалось порушення серцевої діяльності ($29,41 \pm 11,05$ и $55,56 \pm 7,41\%$ відповідно, $p < 0,1$). Отримані дані необхідно використовувати при ліченні и реабілітації дітей, проживаючих в великому промисловому регіоні.

РЕЗУЛЬТАТИ МОНИТОРИНГУ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ В СІМ'ЯХ ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС, НА ПОЧАТКУ ЇХ СТАТЕВОГО ДОЗРІВАННЯ

М.М. КОРЕНЄВ, Г.О. БОРИСКО, Л.В. КАМАРЧУК,
В.Л. КАШНА, Л.І. РАК, Т.О. КОСТЕНКО, А.І. ТЕРЕЩЕНКО
Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України,
м. Харків

Дослідження останніх років встановлюють, що у дітей, народжених у сім'ях ліквідаторів аварії на ЧАЕС, вже в дошкільному віці мають місце значне зростання загальної захворюваності, зміни центрального регулюючого впливу нервової системи, дисбаланс стрес-реалізуючих і стрес-лімітуючих систем, імунні порушення. Період статевого дозрівання, у який вступають нащадки опромінених батьків, при тривалому впливі на їх організм хронічного постчорнобильського стресу є особливо критичним у зв'язку з легкістю зрушення механізмів інтеграції імунологічного та нейроендокринного гомеостазу. Це може суттєво впливати на особливості формування здоро-

в'я цього контингенту: викликати порушення психофізичного та статевого розвитку, сприяти збільшенню загальної захворюваності й ризику розвитку мультифакторіальної патології.

Упродовж трьох років під спостереженням знаходилися 105 дітей 9-14 років, народжених у сім'ях ліквідаторів аварії на ЧАЕС, із них 60 хлопчиків і 45 дівчаток. Індивідуальний аналіз стану здоров'я кожної дитини на межі пре- та раннього пубертату у хлопчиків і початку власне пубертату у дівчаток показав збереження високого рівня загальної захворюваності переважно за рахунок нервово-психічних розладів, хвороб органів травлення, дихальної системи. Щодо змін у стані здоров'я хлопців у зв'язку з початком пубертату слід зауважити, що майже у половини з них (46,7%) його рівень залишався без суттєвої динаміки, у 36,7% відмічалася його погіршення і лише у 16,6% він дещо поліпшувався. Погіршення соматичного стану найчастіше зустрічалося з боку шлунково-кишкового тракту та гепатобіліарної системи (в 53,6% випадків) у вигляді появи хронічних запальних захворювань. В 25% спостережень відмічалася поява функціональних розладів серцево-судинної системи (при попередній відсутності), а в 17,9% – з боку носоглотки та бронхолегеневої системи. Позитивна динаміка в стані здоров'я хлопців спостерігалася практично лише з боку патології шлунково-кишкового тракту й була зумовлена ремісією хронічних захворювань. Аналіз змін у стані здоров'я хлопців показав, що вони суттєво не залежали від етапу статевого розвитку.

У дівчат, які знаходилися під індивідуальним спостереженням, у 38 (84,4%) стан соматичного здоров'я не змінювався, а у 15,6% мало місце погіршення (в 50,0% випадків з боку шлунково-кишкового тракту та в 50,0% – носоглотки і бронхолегеневої системи), незалежно від динаміки статевого розвитку. При цьому у дівчаток на всіх етапах розвитку превалювали вегетативно-судинні порушення, частота яких значно зростала до власне пубертатного періоду (до 91,7 на 100 обстежених).

Таким чином, негативні зміни в стані здоров'я дітей, народжених у сім'ях ліквідаторів аварії на ЧАЕС, на ранніх етапах їх статевого дозрівання суттєво не залежать від зазначеної нейрогуморальної перебудови. Зростання нервово-психічних розладів, схильність до декомпенсації хронічних захворювань більш притаманне для дівчат цього віку. Подальше динамічне спостереження за формуванням здоров'я підлітків із сімей ліквідаторів Чорнобильської аварії на завершальних етапах статевого дозрівання дозволить обґрунтувати особливості їх етапної диспансеризації.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ПЕРШОГО ПОКОЛІННЯ НАЩАДКІВ МАТЕРІВ, РАДІАЦІЙНО ОПРОМІНЕНИХ У ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ У м. ПРИП'ЯТЬ

Л.П. АРАБСЬКА, Ю.Г. АНТИПКІН, С.І. ТОЛКАЧ
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Проведено клініко-лабораторне обстеження 70 дітей (34 хлопців і 36 дівчат) – першого покоління нащадків матерів, радіаційно опромінених у дитячому та підлітковому віці у м. Прип'ять комплексом радіонуклідів чорнобильського викиду з реактора. Клінічно у 86% дітей виявлено неврологічні порушення: у 51% – астеновегетативний синдром, у 9% – церебрастенію, у 26% – неврозоподібний стан. Крім цього, у 68,6% дітей було виявлено зміни у психічній сфері: когнітивні розлади (порушення пам'яті, уваги), сенестопатії (неприємні відчуття), інфантилізм емоційно-вольової сфери, порушення настрою, тривожно-сумнівні риси, невдоволеність, страхи, афективну збудженість, відхилення у поведінці, гіпердинамічну поведінку, сомнамбулізм тощо. Функціональною властивістю вегетативної нервової системи (ВНС) є принцип подвійного регулювання, який розповсюджується на всі рівні нейрогуморальної регуляції. Ізольоване переважання одного з відділів ВНС свідчить про дисрегуляцію функцій, стан дизадаптації організму. Із 91,4% дітей з нормадреналінемією у 45,7% виявлено зниження вмісту норадреналіну, що є проявом вегетативного дисбалансу, причиною чого може бути виснаження запасів норадреналіну внаслідок тривалого подразнення адренергічних нейронів (хронічний стрес). Також однією з причин може бути низька фізична активність обстежених дітей. У 8,6% дітей виявлено гіперадреналінемію. Оскільки секрецію адреналіну стимулюють переважно тривожні стани і психічні навантаження, то, очевидно, у цих 5-9-річних дітей наявність психічних навантажень реалізується розвитком хронічного стресу. Високий рівень адреналіну може бути результатом наявності у дітей поєднання симпатикотонії з парасимпатикотонією. Пріоритет у стимуляції утворення і вивільнення адреналіну належить симпатикотонії. В інших випадках – є ознакою порушення процесів нейрогуморальної регуляції функції надниркових залоз. Кортизол має важливе значення для процесів адаптації організму до багатьох видів стресу, може змінювати чутливість клітин до інших гормонів і нейромедіаторів. Лише у

третини дітей з гіперадреналінемією виявлено гіперкортицизм (всього у 5,7% дітей). Відсутність підвищення вмісту кортизолу при гіперадреналінемії знижує у хворих переносимість дії стресорних факторів і сприяє розвитку стану дизадаптації. Виявлений у 22,8% дітей гіпокортицизм може свідчити про незадовільну адаптацію у цих дітей. Підвищення активності симпатичного відділу ВНС могло мати компенсаторно-приспосувальний характер, оскільки гіперактивність ВНС має адаптаційно-трофічний вплив на різні види обміну речовин, веде до активації холінергічних регуляторних систем, що, в свою чергу, активує трофічні процеси у тканинах. Виявлене зниження вмісту норадреналіну у добовій сечі у 45,7% дітей (у 35,3% хлопців і у 11,1% дівчат) може також бути свідченням хронічного стресу (виснаження запасів за рахунок тривалого подразнення адренергічних нейронів при тривалій гіперсимпатикотонії) і стану дизадаптації, зниження переносимості факторів наявного стресу, оскільки четверта частина цих дітей мала гіпокортицизм. Очевидно, 45,7% дітей (переважно хлопці) мали прояви затяжної стрес-реакції, до якої могла призвести велика мобілізація структурних і енергетичних ресурсів організму, що призвело до їх втрати і виснаження. Тобто, стрес із ланки адаптації при надмірному збільшенні адаптивних ефектів стресу перетворився у ланку ушкодження. Створення такого стану призводить до цілого ряду біохімічних і структурних змін у клітинних структурах, що може стати основою розвитку будь-якої соматичної патології або спричинити несприятливий перебіг уже існуючої. Підвищення вмісту норадреналіну виявлено лише у 5,9% хлопців. Виявлені зміни вмісту норадреналіну і адреналіну у добовій сечі дітей можуть свідчити про те, що у розвитку психоневротичних розладів у них, змін характеру ЕЕГ суттєва роль належить нейрогуморальній дисрегуляції, дисфункції ВНС, якій належить важлива роль у підтримці гомеостазу та адаптації організму до змін зовнішнього середовища. Вегетативна дисфункція викликає гуморальні зміни, пов'язані з дисбалансом виділення нейромедіаторів, гормонів та великої кількості інших біологічно активних речовин. Гуморальні зміни, з одного боку, сприяють порушенню мікроциркуляції і трофіки тканин різних органів, тонуусу судин і м'язів тощо, а з іншого – поглиблюють вегетативний дисбаланс. Все це обґрунтовує необхідність включення вегетотропних ліків до комплексної терапії, що не лише коригуватиме вегетативні розлади, а й підвищуватиме ефективність лікування соматичної патології.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И КОРКОВО-ПОДКОРКОВЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПОТОМКОВ МАТЕРЕЙ, РАДИАЦИОННО ОБЛУЧЕННЫХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ В г. ПРИПЯТЬ

Л.П. АРАБСКАЯ, Ю.Г. АНТИПКИН, С.И. ТОЛКАЧ,
Е.Ф. КЛИМЕНКО

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины

У здоровых взрослых в состоянии покоя регистрируется правильный синусоидальный альфа-ритм, который имеет большое функциональное значение – отражает активность нервных элементов коры больших полушарий, является механизмом поиска и преобразования информации. В норме к 5-ти годам на ЭЭГ он выявляется только в виде отдельных групп колебаний. Его появление после 6-летнего возраста является надежным показателем зрелости ЦНС, а точнее, ее готовности к восприятию и переработке информации в значительных количествах. Проведено клинико-электроэнцефалографическое обследование 70 детей (34 мальчика и 36 девочек) – первого поколения потомков матерей, радиационно облученных в детском и подростковом возрасте в г. Припять комплексом радионуклидов чернобыльского выброса из реактора. Анализ полученных данных ЭЭГ показал, что лишь у 2,85% детей характер ЭЭГ отвечал возрастным изменениям – это было 2,9% мальчиков (9 лет) и 2,8% девочек (11 лет). У 97,2% детей всех возрастных групп обоих полов выявлены изменения биоритмики мозга как ирритативного характера (всего у 57,1% детей – у 64,7% мальчиков и у 50% девочек), так и общемозгового характера (всего у 40% детей – у 32,4% мальчиков и у 47,2% девочек). Среди обследованных детей экзальтированный альфа-ритм выявлен у 7,1% (это 14,7% мальчиков 7-летнего возраста), нестойкий альфа-ритм – у 42,9% детей всех возрастных групп (у 29,4% мальчиков и у 55,6% девочек), дизритмию – у 50% детей (у 55,9% мальчиков и у 44,4% девочек). Полученные данные могут указывать на морфофункциональную незрелость ЦНС у обследованных детей во все возрастные периоды. Учитывая тот факт, что все дети в среднем получают почти одинаковое количество информации на современном этапе при пребывании в ДДУ и школе, то выявленная морфофункциональная незрелость может быть связана с изменениями в формировании нейронных ансамблей и функционирова-

нии вставных клеток, которые образуют сложную систему внутрикорковых связей как в отдельных участках коры больших полушарий, так и между разными зонами, с недоразвитием контактов между клетками (синапсов). У 51,4% детей (у 70,6% мальчиков и у 33,3% девочек) на ЭЭГ зональные отличия были сохранены, у 18,6% детей (у 14,4% мальчиков и у 22,2% девочек) – слабо выраженные, а у 30% детей (у 14,7% мальчиков и у 44,5% девочек) – сглаженные. Нарушения выявлены у девочек во все возрастные периоды, а у мальчиков – в 5-летнем возрасте. У 97,2% детей корково-подкорковые взаимоотношения были нарушены, несогласованы, нестойкие, при этом напряжение коркового тонуса выявлено у 38,6% детей (у 44,1% мальчиков и у 33,3% девочек), а у 12,9% детей – с формированием судорожной готовности; снижение коркового тонуса выявлено у 5,7% (у 11,1% девочек 8-ми лет), доминирование подкорки – у 5,7% детей (у 11,1% девочек 12-ти лет). Дисфункция медио-базальных отделов выявлена у 78,5% детей (у 79,4% мальчиков и у 77,8% девочек). При физической нагрузке (гипервентиляции) дисфункция медио-базальных отделов усугублялась у всех детей, кроме 18,6%, реакция которых на гипервентиляцию была адекватной, а у 5,7% формировались кратковременные пароксизмы на ЭЭГ. Такие изменения на ЭЭГ также могут свидетельствовать о морфофункциональной незрелости коры головного мозга обследованных детей. Выявленное повышение активности подкорковых структур также, в какой-то мере, является проявлением незрелости коры больших полушарий. Лабильность корковых структур была сниженной у 31,4% детей. Выявленные изменения на ЭЭГ обуславливают слабость процессов возбуждения и торможения, неуравновешенность нервных процессов, что, очевидно, сказалось на выявленной неуравновешенности высшей нервной деятельности у подавляющего большинства (86%) обследованных детей. Все дети были правшами.

КОНЦЕПЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НАПРЯЖЕННОЙ ЗОНЕ

Т.Ю. ПРОСКУРИНА, Э.А. МИХАЙЛОВА, Н.Г. МИХАНОВСКАЯ, А.В. КУКУРУЗА, Т.Н. МАТКОВСКАЯ, Д.А. МИТЕЛЕВ

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

В Украине экологическая ситуация в большинстве промышленных регионов отличается крайним неблагополучием. Актуальность экологической проблемы требует поиска психопрофилактических технологий охраны здоровья детской популяции. Настоящая работа проводилась в промышленном городе с высоким уровнем антропогенного загрязнения. Для решения конкретных медико-экологических проблем представляется важным выявление особенностей течения наиболее распространенных болезней. В настоящем исследовании в качестве модели определено состояние психического здоровья учащихся трех первых классов (106 человек). Результаты комплексного медико-психологического и социального исследования позволили установить наличие психической пограничной патологии в 85,8% случаев. Структура психической патологии среди школьников первых классов была представлена: резидуальной энцефалопатией с гипердинамическим и церебрастеническим синдромокомплексом (48,1%), синдромом дефицита внимания с гиперреактивностью (6,6%), нарушением психологического развития (7,5%), расстройством речи (2,8%), неврозоподобными расстройствами (14,2%). У 7 детей (6,6%) обнаружена грубая неврологическая патология: детский церебральный паралич (1,9%), гидроцефально-ликворно-гипертензионный синдром (3,8%), неврологический дефицит на фоне лимфолейкоза (0,9%). У более половины детей обнаружена выраженная астеническая симптоматика, на фоне которой легко возникли невротические реакции, неадекватные стереотипы поведения.

Сохранение и восстановление здоровья детей с нарушениями психического здоровья во многом зависит от квалифицированного подхода как к диагностике, так и в определении стратегии медико-психологического сопровождения ребенка. Для организации мониторинга состояния психического здоровья и эффективности оказания медицинской и психологической помощи детям в экологически на-

пряженной зоне нами разработана многоуровневая система медико-экологической диагностики. **Первый уровень** предусматривает внедрение специально разработанной медико-педагогической карты – анкетирования, включающей различные блоки, которые отражают нарушение в эмоциональной, когнитивной, коммуникативной, познавательной сферах. Регистрируются соматоневрологические, психологические проявления, уровень эмоционального стресса (тест Люшера), наличие и тип минимальной мозговой дисфункции, уровень интеллектуального развития (тест Равена). **Второй уровень** предусматривает разработку индивидуальных программ реабилитации с учетом выявленных факторов психогенеза расстройств (использование анамнестических факторов – социальное анкетирование родителей). **Третий уровень** предусматривает мониторинг состояния психического здоровья в динамике обучения 1-3 классы. На основе оценки неблагоприятных экологических, социально-психологических, медико-биологических факторов, показателей здоровья и развития детей в начале обучения возможна разработка прогностических алгоритмов, позволяющих выявить на раннем этапе риск задержек интеллектуального развития в младшем школьном возрасте. Внедрение системы функционирования медико-экологической диагностики обеспечит профилактику развития расстройств психической и социальной адаптации подрастающего поколения, сохранение интеллектуального потенциала нации.

Розділ 6.

ПРОБЛЕМИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

СКЛАДОВІ ІНФЕКЦІЙНОГО ТОКСИКОЗУ У ДІТЕЙ ПРИ ПОЗАКИШКОВІЙ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

І.В. БОГАДЕЛЬНИКОВ, Н.В. РИМАРЕНКО
Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

При лікуванні інфекційних захворювань з позакишковою локалізацією процесу факт можливого розвитку ендотоксемії кишкового походження не береться до уваги.

Одним із захворювань, клінічний перебіг якого значною мірою зумовлений дією ендотоксину (ЕТ), є менінгіт, викликаний грамнегативною флорою (менінгококовий, ешерихіозний, сальмонельозний та ін). При цьому ендотоксемія, що розвивається в результаті загибелі збудника захворювання, є однією з основних точок застосування терапії. В той же час, упускається із виду надходження в кровоплин значної кількості ендотоксину кишкового походження.

Ми провели дослідження рівня ендотоксину кишкової палички та циркулюючих комплексів ЕТ і плазмового фібрoneктину (ФН) у хворих на гнійні менінгіти різної етіології. ФН було включено в дослідження як основний неімунний опсонін, що сприяє зв'язуванню та елімінації ЕТ із кровоплину.

Нами обстежено 11 хворих з тяжкими формами гнійного менінгіту віком від 6 місяців до 12 років. У 6 дітей було зареєстровано менінгококовий менінгіт, у 1 – сальмонельозний, у 1 – стрептококовий, у 3 дітей – гнійний менінгіт невстановленої етіології. У 4 дітей менінгіт ускладнився інфекційно-токсичним шоком I-II ступеня, у 8 – дисемінованим внутрішньосудинним зсіданням крові. Всі діти отримували комплексну етіопатогенетичну терапію (антибактеріальну, дезінтоксикаційну, дегідратаційну і симптоматичну).

Установлено, що при вступі до стаціонару, на висоті захворювання, концентрація ЕТ кишкової палички в крові була підвищена на 40,3% ($p < 0,02$). При виписці із стаціонару (на 20-21-й день) рівень ЕТ кишкової палички в крові знижувався до фізіологічного. Рівень циркулюючих комплексів ЕТ-ФН був підвищений при вступі до стаціонару на 22,5% ($p < 0,05$), а при виписці знижувався до фізіологічних показників.

Таким чином, установлено, що перебіг гнійного менінгіту у дітей супроводжується розвитком ендотоксемії кишкового походження. Отже, при лікуванні гнійних менінгітів у дітей терапія повинна включати методи усунення ендотоксемії кишкового походження (ентеральна і парентеральна сорбція, використання свіжозамороженої плазми, що містить ФН, інфузії чистого ФН та ін.).

ПРОБЛЕМЫ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕДИАТРИИ

И.Б. ЕРШОВА, В.Н. БАНДУРИН, Е.Н. КУНЕГИНА

Луганский медицинский государственный университет

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – особая группа заболеваний, которая по своему удельному весу в структуре инфекционной патологии детей прочно занимает одно из ведущих мест. Практически 90% детей переносят ОРВИ ежегодно.

Значимость проблемы обусловлена также высоким риском развития серьезных осложнений. ОРВИ приводят к структурным изменениям слизистой оболочки дыхательных путей, срыву адаптационных механизмов защиты и формированию ранней хронической патологии ЛОР-органов, бронхолегочной системы, а также другим соматическим заболеваниям (миокардит, гломерулонефрит и т.д.).

Важным аспектом совершенствования профилактики и лечения ОРВИ и гриппа являются расширение существующего арсенала лекарственных средств и выбор наиболее эффективного противовирусного и иммунокорригирующего препарата.

В связи с этим особый интерес представляет препарат арбидоленс, обладающий прямым противовирусным действием, интерферон-индуцирующими свойствами, иммуномодулирующим эффектом и антиоксидантной активностью.

Механизм его антивирусного действия связан с ингибированием

трансляції вірусспецифічних білків в інфіцирваних клітках, в результаті чого подавляється репродукція вірусів.

Цілью нашого дослідження було визначення профілактичної і клінічної ефективності препарату арбідол-ленс при грипі і других ОРВИ у дітей.

В дослідження були включені 126 дітей в віці 6-12 років. Основну групу склали 62 дитина, яким крім звичайних санітарно-гігієнічних заходів, направлених на запобігання контакту з джерелом інфекції, призначали арбідол-ленс.

В цілях профілактики препарат застосовували у дітей в дозі 0,1 г 2 рази в тиждень впродовж 3 тижнів. В разі контакту з хворими грипом і другими ОРВИ препарат призначали по 0,1 г щодня впродовж 12 днів. Якщо по якійсь причині, не пов'язаній з прийомом препарату, курс терапії був перерваний, лікування повторили. При неосложнених формах грипу і других ОРВИ препарат призначали в дозі 0,1 г 3 рази в добу впродовж 3 днів; при розвитку ускладнень – по 0,1 г 3 рази в добу впродовж 5 днів, потім по 0,1 г один раз в тиждень впродовж 4 тижнів. В контрольній групі (64 людини) проводили тільки традиційну профілактику, а при виникненні ОРВИ арбідол-ленс не застосовували.

С метою оцінки профілактичної ефективності арбідол-ленс впродовж 3 місяців спостерігали за кожним дитиною, участюючим в дослідженні.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що препарат може успішно використовуватися для профілактики ОРВИ в період підйому захворюваності, так як при його прийомі більш ніж на 50% зменшується частота захворюваності.

Використання препарату арбідол-ленс в 1,5 рази скорочує тривалість респіраторних захворювань, а також в 3,7 рази зменшує частоту ускладнених форм.

Арбідол-ленс сприяє відновленню показників клітинного і гуморального імунітету і тим самим запобігає виникненню нових респіраторних захворювань.

Препарат добре переноситься дітьми. Побічних ефектів не спостерігалося.

Получені дані необхідно враховувати педіатрам в повсякденній практиці і широко використовувати для профілактики і лікування гострих респіраторних захворювань.

ТОКСОКАРОЗ У ДІТЕЙ

А.І. МОСТЮК, О.В. ПРОКОПІВ

Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Відсутність настороженості та недостатня обізнаність лікарів з проявами паразитарних хвороб у дітей зумовлюють несвоєчасне їх розпізнавання або хибне діагностування інших хвороб. Так, наприклад, легенева (личинкова) стадія аскаридозу здебільшого трактується як синдромна бронхолегенева патологія чи захворювання алергічного генезу. Лише в кишковій стадії аскаридозу – при дозріванні личинок до статевозрілих паразитів та виділення ними великої кількості яєць, виявленням останніх у фекаліях підтверджується діагноз. Цей простий і доступний метод лабораторного дослідження не може бути використаний для діагностування зоонозних гельмінтозів. Адже властива аскаридозу видова специфічність виключає можливість паразитування в кишечнику статевозрілих собачих чи котячих аскарид. Проте мігруючі личинки (*larva migrans*) цих гельмінтів, зокрема собачої аскариди (*Toxocara canis*), можуть спричинити тяжке захворювання у людей – токсокароз. Наводимо дані власних спостережень.

Хвора О., віком 4,5 року, захворіла гостро: температура тіла підвищилася до фебрильних чисел, на гіперемованому фоні шкіри з'явилася рясна яскрава плямисто-папульозна висипка. Направлена до інфекційної клініки з підозрою на скарлатину. Крім екзантеми, виявлено гепатомегалію (+5 см), спленомегалію (+2 см), поліаденопатію. Практична інтактність піднебінних мигдаликів заперечувала діагноз скарлатини. Призначена відповідно до передбачуваного діагнозу псевдотуберкульозу інтенсивна двотижнева антибіотикотерапія виявилася неефективною. Стійко утримувались: фебрильне підвищення температури тіла, поліаденопатія, гепатоспленомегалія; спостерігалось періодичне посилення інтенсивності папульозних висипань з появою елементів кропив'янки, непокоїло свербіння шкіри. Нашарувалась задишка. Тотальна крепітація симулювала клінічну картину набряку легень. Рентгенологічно: ознаки дифузної бронхолегеневої інфільтрації. Показники гемограми: помірний лейкоцитоз, еозинофілія (12-27%), анемія, прискорена ШОЕ (43-62 мм/год). Враховуючи вищевикладене, дані епіданамнезу (наявність бездомних собак, де дитина часто гралася в піску) та результати цілеспрямовано проведених спеціальних досліджень (4-кратне підвищення титру антитіл до *Toxocara canis* методом ІФА) діагностовано вісце-

ральну форму токсокарозу. Лише призначене специфічне лікування мінтезолом (25 мг/кг маси тіла протягом 10 днів) дало бажаний клінічний ефект.

Керуючись набутим досвідом клінічного обстеження та лікування цієї пацієнтки, серед направлених до інфекційного стаціонару хворих з рецидивуючими гострими респіраторними вірусними інфекціями, що супроводжувалися крупом, бронхообструктивним синдромом, фебрильним підвищенням температури тіла, поліаденопатією, гепатомегалією, наявністю в анамнезі алергічних висипань, завдяки проведенню цілеспрямованих спеціальних досліджень (виявлення антитіл до *Toxocara canis* методом ІФА) у 2 хворих віком 2,5 та 4 років діагностовано вісцеральну форму токсокарозу. Чіткого та стійкого клінічного ефекту досягнуто після проведення двох 7-денних курсів лікування вермоксом (мебендазолом) з інтервалом у 10 днів.

Вважаємо за доцільне включити до стандарту обстеження хворих з рецидивуючими екзантемами та хронічними бронхолегеневими захворюваннями, що супроводжуються підвищенням температури тіла, лімфаденопатією та гепатомегалією, проведення спеціальних лабораторних досліджень на токсокароз. Адже токсокароз, як актуальна і відносно нова проблема практичної охорони здоров'я дітей, вимагає настороженості та поглибленого вивчення.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДОЗУВАННЯ СПЕЦИФІЧНОГО АНТИТОКСИНУ ПРИ ДИФТЕРІЇ У ДІТЕЙ

О.В. ПРОКОПІВ

Львівський державний медичний університет
ім. Данила Галицького

Вагомості постулату при лікуванні дифтерії надається необхідності призначення антитоксичної протидифтерійної сироватки (ПДС). Правильність цього положення підтверджено в різних країнах світу результатами численних спостережень та цілеспрямовано проведених досліджень. Оскільки дотепер зберігається емпіричний підхід щодо визначення величини дози ПДС, при рівнозначних щодо ступеня тяжкості клінічних формах дифтерії застосовуються різної величини дози. Відтак доцільність узагальнення набутого клінічного досвіду та проведення відповідних експериментальних досліджень безперечна.

Метою роботи було зіставлення клінічних параметрів ефективності лікування дифтерії залежно від величини дози ПДС і проведення цілеспрямованих експериментальних досліджень у морських свинок для визначення оптимального дозування специфічного антитоксину.

Обстежено 159 дітей віком від 3 до 14 років, хворих на середньотяжку (111) та тяжку (48) форми дифтерії глотки. Залежно від величини застосованої дози ПДС сформовано дві рівнозначні за іншими параметрами групи хворих. У 97 хворих (1 група) застосовано “середні дози” ПДС (початкові — 20-50 тис. АО, курсові — 40-120 тис. АО); у 62 хворих (2 група) — “високі дози” ПДС (початкові — 80-160 тис. АО, курсові — 250-680 тис. АО).

В експериментальних дослідженнях у 30 морських свинок методом трансмісійної електронної мікроскопії вивчено зміни ультраструктури чутливих до дифтерійного екзотоксину клітин, вплив на них еквівалентних та надлишкових доз ПДС.

При зіставленні показників тривалості основних клінічних проявів специфічного токсикозу, локальних запальних змін, динаміки параклінічних тестів індикації розладів системного гомеостазу та частоти розвитку типових ускладнень дифтерії у хворих груп порівняння достовірної різниці не виявлено. Лише при застосуванні мегадоз ПДС у 2 хворих на тяжку форму дифтерії розвинувся нефрозо-нефрит, що супроводжувався нирковою недостатністю.

Дифтерійний токсин, введений морським свинкам дозою 0,5 DL min, уже через 24 години спричинював глибокі зміни ультраструктури кардіоміоцитів, клітин безмієлінових нервових волокон та каналцевого відділу нефрону, порушував цілісність базальних мембран судинних клубочків. Введенням еквівалентної кількості ПДС в терміни, що становлять відповідно 6 та 12 годин, вдалося попередити або суттєво зменшити інтенсивність констатованих ультраструктурних змін. Результати паралельно проведених досліджень з введенням ПДС дозою, що в 3 рази перевищує необхідну для нейтралізації 0,5 DL min дифтерійного токсину, принципово однотипні. Слід, крім того, зазначити, що на 10-й день експерименту чіткі порушення цілісності базальної мембрани судинного клубочка нирок виявлено лише у морських свинок, у яких було застосовано надмірні дози ПДС. Це може бути зумовлено фіксацією на базальній мембрані імунних комплексів, що утворюються при надлишку антигена.

Таким чином, результати клінічних спостережень та цілеспрямовано проведених експериментальних досліджень підтверджують недоцільність застосування при дифтерії надмірних доз ПДС. Слід, крім того, враховувати, що при надлишку антигена (гетерогенний білок ПДС) існує потенційна небезпека розвитку імунотоксичних уражень.

ГЕЛЬМИНТОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПРИНЦИПЫ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

И.Б. ЕРШОВА, М.В. ВОРОНОВ, С.Г. ПЕТРОВА

Луганский медицинский государственный университет

У человека зарегистрировано паразитирование свыше 250 видов гельминтов, на долю которых приходится 89% всех паразитарных инфекций. На каждого жителя Африки приходится в среднем более 2 видов гельминтов, Азии – более 1 вида. В Европе поражен каждый третий житель. На территории Украины широко распространены около 30 видов гельминтов. При этом ежегодно заболевают около 20% детей, посещающих детские учреждения.

Согласно многочисленным исследованиям, гельминтозы способствуют более частому возникновению соматических и обострению хронических заболеваний, оказывая многоплановое воздействие на организм хозяина. Основная особенность их воздействия состоит в том, что они, подавляя неспецифический иммунитет и создавая вторичные иммунодефицитные состояния, способствуют частому возникновению не только соматических, но и других инфекционных заболеваний.

Используемые препараты не всегда оказываются эффективными при лечении этих заболеваний, а нередко обладают серьезными токсическими побочными эффектами. В связи с этим, наше внимание привлёк препарат вормил (альбендазол), который относительно недавно появился на фармацевтическом рынке Украины.

Фармакинетическими особенностями вормила является слабая растворимость в воде, незначительная всасываемость из ЖКТ, что создает возможность достаточной концентрации и высокой терапевтической активности препарата в кишечнике. Вормил быстро метаболизируется в печени при первичном прохождении и обладает низкой токсичностью (метаболит – сульфат альбендазола сохраняет S активности). Выводится преимущественно с желчью с повторной резорбцией в ЖКТ и оказывает целенаправленное воздействие на гельминтов, паразитирующих в печени и желчных ходах. Препарат обладает овоцидным, лярвицидным и протистоцидным действием.

Нами была исследована эффективность вормила (производное бензимидазола) у детей при глистных инвазиях.

Препарат использовался в следующих дозировках: при энтеробиозе и аскаридозе – по 1 таблетке (400 мг) или 10 мл суспензии 1 раз в сутки – 3-5 дней; при стронгилоидозе и гименолипедозе – по 1 таблетке (400 мг) или 10 мл суспензии 1 раз в сутки – 3 дня

подряд; при описторхозе – по 1 таблетке (400 мг) или 10 мл суспензии 2 раза в сутки – 3 дня; при лямблиозе – по 1 таблетке (400 мг) или 10 мл суспензии 1 раз в сутки – 5 дней.

Проведенное нами исследование убедительно показывает, что включение вормила в базисную терапию гельминтной патологии способствует улучшению общеклинической симптоматики болезни, положительно влияет на уровень изучаемых лабораторных показателей.

РОЛЬ СИСТЕМИ L-АРГІНІН–ОКСИД АЗОТУ В ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ

О.М. ЛУК'ЯНОВА, А.Г. ЦИПКУН, М.Ф. ДЕНИСОВА,
В.С. БЕРЕЗЕНКО, Н.В. ЧЕРНЕГА, Ю.В. КУДРЕЙ
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Враховуючи вирішальну роль оксиду азоту (NO) в нейрогуморальній регуляції судинного тонуусу та його здатність впливати на процеси фіброгенезу, нами проведено оцінку функціонального стану системи L-аргінін–NO у дітей з хронічними вірусними гепатитами (ХВГ) залежно від етіологічного фактора, активності та фази інфекційного процесу, її вплив на стан гемодинаміки в печінці та обмін колагену.

Обстежено 78 хворих з ХВГ, з них 52 дітей з хронічним гепатитом В (ХГВ), 26 – з хронічним гепатитом С (ХГС), 20 практично здорових дітей. Вміст L-аргініну в сироватці крові визначали методом горизонтального високовольтного електрофорезу. Вміст NO оцінювали за сумарним рівнем в крові та сечі кінцевих продуктів його метаболізму — NO₂ та NO₃ (NOx), які визначались калориметричним методом з використанням реактиву Гріса. Для оцінки стану гемодинаміки в печінці проводили дослідження мікроциркуляторного русла бульбарної кон'юнктиви, процесів фіброгенезу — визначення загального, вільного та пептидозв'язаного оксипроліну, еластази.

Встановлено, що незалежно від етіологічного фактора, у дітей з ХВГ в періоді загострення вміст L-аргініну та NOx в сироватці крові, а також NOx в сечі порівняно зі здоровими дітьми знижений (p<0,05). Найнижчий вміст L-аргініну виявлено у дітей з помірно- та високоактивними формами ХГВ та ХГС. У даного контингенту хво-

рих аналогічну закономірність відмічено і при аналізі вмісту NOx в крові. У фазі реплікації вірусу у хворих як з ХГВ, так і з ХГС має місце тенденція до зниження NOx в крові та сечі порівняно з аналогічними показниками в фазі інтеграції у дітей з ХГВ та в латентній фазі ХГС ($0,05 < p < 0,1$). В періоді ремісії у дітей з ХГВ рівень NOx в крові нормалізується при збереженні низького вмісту L-аргініну, в той час як у дітей з ХГС нормалізації цього показника в періоді ремісії хвороби не встановлено.

Встановлено взаємозв'язок між ступенем порушення мікрогемодинаміки в печінці та рівнем оксиду азоту. У хворих незалежно від етіології ХВГ на фоні зниженого рівня NOx відмічалась артеріальна вазоконстрикція, сладж феномен, зменшення функціонуючих капілярів, що підтверджує роль оксиду азоту в патогенезі гемодинамічних порушень в печінці при ХВГ.

За нашим даними знижений рівень NOx сприяє активації колагеноутворення. Свідченням цього є виявлення у дітей з активними формами ХВГ не лише підвищення в сироватці крові маркерів незрілого колагену, а й його зрілих форм (загального оксипроліну).

Таким чином, з нашої точки зору, дисбаланс системи L-аргінін-NO у дітей з ХВГ у фазі реплікації вірусу може бути одним із чинників прогресивного його перебігу шляхом гемодинамічних порушень в печінці та активації процесів фіброгенезу.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НАТУРАЛЬНОГО ДЕТОКСИКАНТУ МУЛЬТИСОРБ В ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ГЕПАТИТАМИ

Н.М. МУЗИКА, М.Ф. ДЕНИСОВА, Т.О. ЛИСЯНА,
О.А. ХОМІЦЬКА, О.І. МАТЯШОВА

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Метою роботи було вивчення впливу мультикомпонентного детоксиканту Мультисорб на якісний та кількісний склад мікрофлори товстої кишки у дітей з хронічними гепатитами.

Обстежено 30 хворих з хронічним гепатитом (ХГ) В. Верифікація діагнозу ґрунтувалася на клініко-лабораторних проявах гепатитів (астенія, жовтяниця, малі печінкові ознаки, гепато- та гепатоспленомегалія, синдроми цитолізу, холестазу, гепатодепресивний та мезенхімального запалення). Вірусу етіологію підтверджено серологічними

маркерами HBV: HBsAg; Hb cor Ab; HBeAg. Фази інфекційного процесу – реакцією ПЦР-DNA HBV. Мультисорбу у складі базисної терапії отримували 20 хворих (I група) по 1 дозі двічі на день, термін призначення складав 4 тижні; 10 дітей складали контрольну групу (II група), хворі якої отримували лише базисну терапію.

У 64,7% дітей з ХГВ виявлено ознаки дисбактеріозу III ступеня, у 35,3% – II ступеня. Незалежно від ступеня дисбактеріозу дисбіотичні зміни характеризувалися високою частотою висівання грибів р. *Candida* (43,5% випадків) та формуванням у 68,1% обстежених дво-, або трикомпонентних асоціацій умовнопатогенних мікроорганізмів (кишкова паличка з гемолітичними або зміненими властивостями, золотистий стафілокок, ентеробактерії).

На фоні застосування Мультисорбу у хворих I групи вже на другому тижні відмічалось поліпшення загального стану, апетиту, зниження ендогенної інтоксикації, значне поліпшення моторно-евакуаторної функції товстої кишки. У хворих з проявами холестазу при застосуванні протягом 2-х тижнів Мультисорбу відмічалось значне поліпшення функціонального стану жовчовивідної системи, посилення жовчовиділення.

При бактеріологічному обстеженні дітей, які отримували Мультисорб протягом 4-х тижнів, через тиждень після лікування препаратом виявлено значні позитивні зміни стану мікробіоценозу товстої кишки. А саме: значно зменшилась кількість кишкової палички, зникли гриби р. *Candida*, трикомпонентні асоціації умовнопатогенних мікроорганізмів, представники нормальної мікрофлори висівалися у більш високій концентрації, ніж до лікування Мультисорбом.

У хворих II групи, які отримували лише базисну терапію, поліпшення загального стану відмічалось лише у 30%, суттєвих змін мікробіоценозу кишечника не відмічено.

Отже, у дітей з хронічними гепатитами у великій кількості випадків (44,5%) мають місце порушення складу нормальної мікрофлори кишечника, що призводить до виникнення дисбіотичних станів. Загальноприйнята базисна терапія гепатитів не впливає на нормалізацію мікрофлори кишечника. Включення до складу базисної терапії гепатитів мультикомпонентного детоксиканту Мультисорб позитивно впливає на загальноклінічний стан хворих з хронічним гепатитом; поліпшує функціональний стан жовчовивідної системи; посилює моторно-евакуаторну функцію товстої кишки; сприяє відновленню мікробіоценозу кишечника.

ЗЕФФІКС В ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В У ДІТЕЙ

В.С. БЕРЕЗЕНКО, М.Ф. ДЕНИСОВА, С.М. ДОНДЕ,
Н.Т. РЕМІННА, Н.В. ЧЕРНЕГА, О.Г. ШАДРІН, І.М. ХОХОЛ
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Незважаючи на велику кількість досліджень в усьому світі, проблема терапії хронічного гепатиту В залишається все ще далекою від свого вирішення. Запропоновані в останні роки схеми протівірусної терапії ХВГ В у дорослих базуються на використанні моно-, або комбінованої терапії рекомбінантними інтерферонами (Інtron А, лаферон та ін.) та синтетичних нуклеозидів (ламівудін), що дозволяє досягти сероконверсії наприкінці лікування у 33-47% хворих. Водночас сталих поглядів на лікування дітей з ХГВ до цього часу не існує. Загальноприйнятою тактикою лікування ХГВ у дітей в Європі (Мадрид, 1997) є використання рекомбінантних інтерферонів (ІФН) дозою 5 млн./кв. м в/м тричі на тиждень протягом 6 міс у хворих, старших 2-х років, з активним ХГВ в фазі реплікації, однак антипроліферативний ефект ІФН та значна кількість ускладнень значно обмежують їх використання в ранньому дитячому віці.

Накопичений в клініці досвід лікування дітей з ХГВ рекомбінантним α -ІФН (Інtron А, лаферон) свідчить про ефективність цих препаратів – первинну відповідь на терапію відмічено у 40-70% хворих. Однак у частини дітей з протипоказаннями для інтерферонотерапії та в зв'язку з ускладненнями на її фоні використання інтерферонотерапії не можливе.

Поява на вітчизняному ринку препарату Зеффікс (ламівудін) – синтетичного аналогу нуклеозидів значно розширило можливості гастроентерологів в лікуванні “проблемних” дітей з ХГВ. Перевагою використання Зеффіксу в дитячій практиці є висока біодоступність, добра переносимість та частота небажаних ефектів, що практично прирівнюється до плацебо.

Під нашим спостереженням знаходилось 20 хворих віком 2-14 років з ХГВ, яким на фоні базисної терапії, що включала діету, вітаміни, гепатопротектори, призначався Зеффікс дозою 3 мг/кг, але не більше 100 мг/добу протягом 12 міс. У 4 хворих Зеффікс був призначений за місцем проживання. Шістьом дітям віком 3-6 років протівірусна терапія у вигляді монотерапії Зеффіксом призначалась вперше. Решта хворих раніше отримувала ІФН-терапію, результати якої були негативними, або ж вона була припинена в зв'язку з ускладненнями. У всіх дітей було виявлено “дикий” штамп HBV

у фазі реплікації, перебіг ХГВ за даними клініки та біохімічного дослідження характеризувався як помірно- (11 хворих) та високо-активний (4 хворих); мінімальну активність запального процесу діагностовано у 5 хворих. Ознак холестазу у жодного хворого не було. Для контролю за ефективністю терапії проводили клінічне обстеження, серологічне (методом ПЛР та ІФА) та біохімічне дослідження крові через 1, 3, 6 та 12 міс лікування.

Отримані результати свідчать, що у 30% дітей з помірно активним ХГВ вже на кінець 1-го міс лікування нормалізувався рівень АЛТ та АСТ, у 50% нормалізація трансаміназ відбулась через 3 міс, а у 20% — через 6 міс терапії. Відсутність ДНК HBV за даними ПЛР через 3 міс виявлено у 50% хворих, а через 6 міс — у 90% дітей. Сероконверсію HBe Ag після 3 міс лікування відмічено у 30%, через 6 міс — у 50% дітей. Результати катамнезу свідчать, що у 10% хворих через 6 міс після завершення лікування мав місце рецидив захворювання, що проявлялось помірним підвищенням рівня трансаміназ та реплікацією HBV. Ускладнення у вигляді депресії встановлено лише у однієї дитини віком 5 років, однак на фоні зменшення дози прояви депресії зникли. Інших ускладнень не відмічалось. Динамічні спостереження за рештою хворих тривають.

Таким чином, використання Зеффіксу в терапії ХГВ у дітей є ефективним, однак вимагає подальшого поглибленого дослідження з метою визначення місця даного препарату в противірусній терапії ХГВ в дитячому віці.

ПЕРИНАТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ У ЖІНОК З ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Г.Б. МАТЕЙКО

Івано-Франківський державний медичний інститут

Серед причин патології плода і новонародженого все більшу роль відіграє герпетична інфекція (ГІ), частота якої в останні роки постійно зростає. На даний час зв'язок між генітальним герпесом у вагітних та перинатальними наслідками остаточно не з'ясований.

З метою вивчення впливу вірусу простого герпесу (ВПГ) на перебіг вагітності, пологів, неонатального періоду обстежено 86 вагітних з ГІ віком від 19 до 36 років та їх дітей (основна група). Контрольну групу складала 30 практично здорових жінок з неускладненим пе-

ребігом вагітності без обтяженого акушерського анамнезу та супутніх захворювань. Для діагностики ГІ визначали анти-ВІІГ IgM та IgG в “парних сироватках” методом ІФА, геном вірусу в крові методом ПЛР та антиген ВІІГ в цервікальному каналі.

У жінок з ГІ акушерський анамнез був обтяжений невиношуванням, мертвородженням або безплідністю (47,7%). На хронічні захворювання ЛОР-органів страждали 10,5%, нирок – 15,1%, геніталій – 20,9%, шлунково-кишкового тракту – 8,1% осіб. Дана вагітність у цих жінок перебігала з багатоводдям (23,3%), маловоддям (12,8%), хронічною плацентарною недостатністю (48,8%), затримкою внутрішньоутробного розвитку та гіпоксією плода (56,9%), загрозою невиношування (48,8%), гестозом (15,1%). В 87,2% випадків відмічались різні поєднання перерахованих симптомів, тоді як в контрольній групі – лише в 10%. При цьому у жодної жінки не відмічено первинних проявів гострої ГІ. Загострення хронічної рецидивуючої ГІ діагностовано у 9, а безсимптомної – у 25 жінок, серед яких у 18 одночасно визначалися анти-ВІІГ IgM в крові та антиген ВІІГ в цервікальному каналі, а у 7 – лише антиген ВІІГ. У 22 із 30 вагітних контрольної групи було виявлено анти-ВІІГ IgG в низьких титрах без наростання в “парних сироватках”, що свідчить про високу серопозитивність та інфікованість ВІІГ жінок репродуктивного віку.

Майже у половини (47,7%) вагітних з ГІ відмічено ускладнений перебіг пологів: передчасні пологи (8,1%) з передчасним розривом плодових оболонок і відтіканням навколоплодових вод при меншій середній тривалості пологів, ніж в контрольній групі; розриви м'яких пологових шляхів (25,6%), кесарів розтин за терміновими показаннями з боку матері або плода (9,3%). Частота ускладнень в післяпологовому періоді в основній групі складала 20,9% (в контрольній – 6,6%), 80,2% з них мали інфекційний характер.

У пацієнток з ГІ 15,1% дітей народилися з гіпотрофією різного ступеня і стільки ж зі зниженою оцінкою за шкалою Апгар, 8,1% дітей були недоношеними. Ускладнення в ранньому неонатальному періоді виникали у 44,2 % немовлят, при цьому інфекційна патологія складала 85%. Антенатальної загибелі плода не спостерігалось, однак у 3 породілей (2 з безсимптомною ГІ, 1 з рецидивом хронічної ГІ) новонароджені померли. Стан дітей при народженні був тяжким. Одна дитина народилася з набряковим синдромом, ознаками незрілості, множинними малими аномаліями розвитку, вираженою жовтяницею, гіпертензивно-гідроцефальним синдромом. Двоє інших дітей народилися з вираженою гепатоспленомегалією, жовтяницею, дистонічно-гіперкінетичним синдромом, порушенням ліквородинаміки I-II ступеня.

Отже, ГІ негативно впливає на перебіг вагітності, стан плода і новонародженого. Її роль у формуванні перинатальної патології стає все більш значущою. Це вимагає комплексного підходу до вирішення даної проблеми з участю неонатолога, акушера-гінеколога та інфекціоніста.

ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС ПРИ ІНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У ДЕТЕЙ

Л.А. ХОДАК, Н.М. ЗАХАРЧЕНКО, А.Ю. КИПАРЕНКО,
О.А. ПУСТОВАЯ

Харьковская медицинская академия последипломного
образования

Областная детская инфекционная клиническая больница,
г. Харьков

В последние годы значительно увеличилась заболеваемость инфекционным мононуклеозом (ИМ), обусловленным вирусом Эпштейн-Барра (ВЭБ). Полиморфизм клинической симптоматики, вовлечение в патологический процесс многих органов и систем, в том числе и вегетативной нервной системы определяют тяжесть состояния при ИМ. Целью работы явилось изучение вегетативных дисфункций у детей с ИМ. Под наблюдением находилось две группы больных. Первую группу составили 20 детей в возрасте от 7 месяцев до 3 лет, вторую – 52 ребенка от 3 до 15 лет. Этиология ИМ основывалась на изучении антител к раннему антигену EA, к раннему капсидному антигену VCA, к ядерному антигену EBNA, а также определении ДНК ВЭБ методом ПЦР. У всех больных были выявлены маркеры к ВЭБ, что подтверждало диагноз ИМ. Наряду с клиническими симптомами, характерными для ИМ, такими, как лихорадка, лимфаденопатия, тонзиллит различной степени выраженности, гепатоспленомегалия, у этих больных отмечались изменения со стороны вегетативного гомеостаза.

Вегетативная дисфункция была отмечена только у 18 детей второй группы в возрасте от 12 до 15 лет.

В большинстве случаев у детей с ИМ отмечалось острое начало заболевания с повышением температуры тела до высоких цифр. Однако у 15 (35%) детей второй группы развитие заболевания было

постепенным, с симптомов астеновегетативного характера, а клинические изменения появлялись лишь на 5-6-й день заболевания и сохранялись до 12-14 дней.

Среди соматовегетативных нарушений ведущими явились головная боль – у 15 (29%) детей, головокружение – у 2 (23%), ощущение сердцебиения – у 8 (15%), слабость – у 10 (19%), чувство тревоги – у 4 (8%), боли в сердце – у 3 (6%), потливость и слабость – у 4 (8%) больных.

У 6 (13%) больных этой группы отмечалась артериальная гипертензия, у 5 (10%) детей – склонность к гипотонии. При анализе электрокардиограммы у больных с ИМ были выявлены следующие нарушения: тахикардия – у 12 (23%) детей, нарушение процессов реполяризации миокарда – у 5 (10%), синусовая аритмия – у 4 (8%), синдром преждевременной реполяризации желудочков – у 1 ребенка. Вегетативные нарушения коррелировали с длительным субфебрилитетом, затяжным течением заболевания и тонзиллитом различной степени выраженности у всех детей.

Полученные данные свидетельствуют о распространенности вегетативных расстройств в патологии человека, в том числе и при ИМ. При ИМ вегетативные нарушения отмечались только у детей старшего возраста (12-15 лет). Тяжесть состояния, длительность заболевания обусловлены не токсикозом, как описывают многие авторы, а астеновегетативным синдромом. Все это определяет комплексный подход к терапии ИМ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА (ВЭБ) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л.А. ХОДАК, Н.М. ЗАХАРЧЕНКО, А.Ю. КИПАРЕНКО,
Л.В. МУШЕНКО, Н.И. ЗОЗУЛЯ, О.А. ПУСТОВАЯ
Харьковская медицинская академия последипломного
образования

Областная детская инфекционная клиническая больница,
г. Харьков

В настоящее время среди детей отмечается повсеместный рост заболеваемости инфекционным мононуклеозом (ИМ), что обусловлено как улучшением методов лабораторной диагностики, так и ис-

тинным увеличением количества инфицированных больных в результате действия различных экзо- и эндогенных факторов, приводящих к снижению иммунитета. Долгие годы ИМ диагностировался в основном у детей старшего возраста на основании клинико-гематологических изменений. В последние годы благодаря определению маркеров к вирусу Эпштейн-Барра (ВЭБ) стала возможной диагностика ИМ у детей раннего возраста.

Мы изучали течение ИМ у 32 детей в возрасте от 7 месяцев до 3 лет, поступивших в ОДИКБ г. Харькова: 10 детей – с диагнозом лакунарной ангины, 15 – острой респираторной инфекции (ОРИ), 7 – инфекционной экзантемы. Диагноз ИМ устанавливался на основании клинико-анамнестических и лабораторных данных (гематологических, ИФА, ПЦР). В большинстве случаев, у 27 (87%) детей, заболевание начиналось остро с повышением температуры тела до высоких цифр. У двух детей имело место волнообразное течение заболевания с повторным подъемом температуры тела. Заложенность носа и “носовой” оттенок голоса у 25 (78%) детей явились основанием для диагноза ОРИ при поступлении. Синдром лимфаденопатии определялся у 28 (87,5%) детей, из них у 17 (65%) больных отмечалась генерализованная полиадения. У этих детей наряду с увеличением задне- и переднешейных лимфоузлов увеличивались подмышечные и паховые. Всегда выявлялось поражение ротоглотки. Тонзиллит с наложениями на миндалинах отмечался только у 10 (31%) больных, катаральный тонзиллит – у 7 (22%), у 15 (47%) детей диагностирован фарингит, патологических изменений на миндалинах не отмечалось.

У 25 (78%) детей раннего возраста печень пальпировалась в пределах возрастной нормы. При УЗИ печени паренхиматозная реакция печени отмечена у 18 (56%) больных, у 8 (25%) – признаки гепатоспленита, у 6 (19%) – ЭХО-норма.

Экзантема (пятнисто-папулезная сыпь) отмечалась у 15 (47%) детей и была обусловлена приемом аминопенициллинов на догоспитальном этапе.

Типичными для ИМ были изменения в гемограмме. У большинства детей отмечался лимфоцитоз. Атипичные мононуклеары обнаружены у 22 (63%) больных и составляли от 4 до 19%.

Таким образом, ИМ у детей раннего возраста характеризовался диссоциацией клинико-гематологических показателей. Клинические симптомы укладывались в диагноз ОРИ, что приводило к ошибкам в диагностике и нерациональной терапии. Окончательная верификация диагноза ИМ возможна с помощью гематологических изменений и специфических маркеров к ВЭБ.

СВЯЗЬ ПЕРСИСТЕНЦИИ ГЕРПЕСВИРУСОВ С СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Е.И. ЮЛИЩ, Л.А. ИВАНОВА, О.Е. ЧЕРНЫШЕВА,
А.Г. КОЛЕСНИКОВА, Е.И. ЗЫКОВА
Донецкий государственный медицинский институт
им. М. Горького

В серии наблюдений нами установлено, что в генезе синдрома часто и длительно болеющего (ЧДБ) ребенка имеют иммуносупрессивное влияние персистенция герпесвирусов. Герпесвирусные инфекции, вызываемые вирусами простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом Эпштейна-Барра (ВЭБ) и др., отличаются выраженным полиморфизмом клинических проявлений, однако их оценка бывает затруднена вследствие бессимптомного носительства или хронического вялого течения. Поэтому, будучи значимым компонентом в формировании синдрома часто и длительно болеющего ребенка, верификация диагноза герпесвирусных инфекций затруднена по причинам отсутствия настороженности и осведомленности педиатров.

Нами было проведено клинико-иммунологическое обследование 56 детей первых трех лет жизни, инфицированных различными типами герпесвирусов: ВПГ – 12 (21,4%) детей, ЦМВ – 33 (53,3%), ВЭБ – 26 (46,4%). Идентификация вирусов проводилась с использованием серологических тестов ИФА, ПЦР. Иммунный статус детей определяли в комплексе, с учетом всех звеньев иммунитета. Баланс цитокинов оценивался по уровню концентрации ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО в сыворотке крови.

Для всех обследованных детей характерными были частые респираторные инфекции, которые протекали длительно и с осложнениями. Независимо от типа, формы и течения герпесвирусных инфекций, практически у всех обследованных имели место задержка психофизического развития, проявления соматической патологии и аллергии.

При исследовании иммунного статуса детей выявлено повышение общего количества Т-лимфоцитов, дисбаланс соотношения CD_4/CD_8 , в сторону значительного увеличения CD_8 , снижение уровня НК-клеток, гипериммуноглобулинемия на фоне падения числа В-лимфоцитов, подавление фагоцитирующей способности нейтрофилов и процессов завершенности фагоцитоза.

Нами установлено, что у данной категории детей в сыворотке крови повышался уровень провоспалительных цитокинов – медиаторов острой фазы воспаления – ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО при снижении показателей ИЛ-2, играющего основную роль в регуляции дифференцировки лимфоцитов.

Полученные результаты свидетельствуют, что латентное течение герпесвирусных инфекций способствует формированию синдрома ЧДБ, обусловленного иммунной дезадаптацией с активацией хронического воспалительного процесса.

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

**З.В. НЕСТЕРЕНКО, А.Л. РЕЗНИКОВА, В.Е. СОЛДАТЕНКОВА,
Г.И. НАТАЛЬЧЕНКО**

Луганский государственный медицинский университет

Целью работы было изучение связи хламидийной инфекции с заболеваниями кардиореспираторной системы у детей.

Проанализировано 32 случая отягощенного перинатального анамнеза по хламидийному инфицированию у детей первых трех лет жизни: жалобы, анамнез, объективное состояние, данные лабораторного и инструментального исследований, из них 12 пациентов первого года жизни (37,5%) и 20 детей от 1 до 3 лет. Для подтверждения хламидийной природы заболевания использовался иммуноферментный анализ. Диагностика патологии органов дыхания и сердечно-сосудистой системы проводилась на основании результатов клинико-рентгенологического исследования, ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ.

Все дети исследуемой группы имели признаки врожденной дисплазии соединительной ткани. Неревматический кардит был выявлен в группе детей первого года жизни (первая группа) у 58,3%; в группе от года до трех лет (вторая группа) — у 45%. Признаки острой интерстициальной пневмонии отмечены в первой группе у 66,7% пациентов (имевших клинические симптомы неревматического кардита в 87,5% случаев), во второй – у 20% детей с неревматическими кардитами. Рецидивирующее течение интерстициальной пневмонии имело место только во второй группе у 65% больных. Следует отметить, что у 69,2% из них была диагностирована также бронхиальная

астма. В целом, клинко-рентгенологические симптомы интерстициальной пневмонии были выявлены у 78,2% пациентов обеих групп.

Таким образом, имеет место тесная связь хламидийной инфекции с врожденной дисплазией соединительной ткани у детей и неревматическими кардитами. У большей части детей, имевших в периоде новорожденности признаки хламидийной инфекции, отмечены в дальнейшем симптомы как острого, так и рецидивирующего течения интерстициальной пневмонии. Рецидивирующее течение интерстициальной пневмонии было выявлено более чем у половины больных старше года. Две трети детей с рецидивирующим течением интерстициальной пневмонии на фоне неревматического кардита страдали бронхиальной астмой.

МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ ЛЕТАЛЬНИХ ВИХОДІВ НЕЙРОІНФЕКЦІЙ В ПЕРИНАТОЛОГІЇ

Н.П. СКОРОДУМОВА, О.І. ГЕРАСИМЕНКО, Т.І. КОВАЛЕНКО,
Л.О. ГОНЧАРОВА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Внутрішньоутробні інфекції (ВУІ), особливо з переважним ураженням центральної нервової системи, вважаються однією з провідних причин перинатальної захворюваності та смертності. При дисемінованій формі неонатального герпесу, незважаючи на етіотропну терапію, більше ніж 50% новонароджених вмирає. Це спонукало нас до аналізу причин високої захворюваності та летальності немовлят від нейроінфекцій та пошуку можливостей їх усунення.

Розуміючи, що одним із найбільш достовірних критеріїв дослідження вважаються дані патологоанатомічного розтину, ми провели аналіз 290 випадків раптової смерті немовлят (СРСН) в Донецькій області за останні 10 років; аналіз 47 історій хвороб дітей, померлих від нейроінфекцій в інфекційній лікарні м. Донецька за останні 10 років та аналіз 81 історії хвороби дітей з гострими серозними менінгітами і менінго-енцефалітами, які померли в різних регіонах України у 1997-1999 роках.

Результати аналізу показали, що переважно хворіли діти першого року життя віком від 0 до 3 місяців (64,2%), мешканці великих промислових гігантів (65,2%), частіше хлопчики (58,1%). Несприят-

ливий преморбідний фон був у всіх дітей першого року життя: переважали недоношеність (51,7%), незрілість (65,5%), штучне вигодовування (69,7%) і патологічні пологи (33,4%). Середній вік жінок, які народили цих дітей, – 21,5 року, переважно від перших пологів (70,3%), терміном 41 тиждень при наявності багатократних штучних абортів (32,1%), гестозу (33,8%). В 53% випадків вдалося ідентифікувати збудника, причому вірусні ураження ЦНС становлять 86,3% від загальної кількості дітей, загиблих від різних нейроінфекцій.

У переважній більшості випадків захворювання починалось з загальнотоксичних і загально мозкових симптомів (запаморочення, блювання, корчі), пропасниці. Але батьки зверталися до лікарів лише з приводу високої пропасниці. Це призводило до того, що діти одержували медичну допомогу тільки в термінальному стані. Первинний діагноз встановлювався вірно лише в 41,2% випадків. В першу добу захворювання госпіталізовано лише 38,8% дітей, більшість з яких померли. Цьому сприяли: низький освітній рівень батьків (68,9% мали неповну середню або початкову освіту); 16,2% дітей доглядали матері-одиначки з низьким рівнем достатку; 48,2% проживали в несприятливих житлово-побутових умовах, більше половини матерів – домогосподарки. Тобто йдеться про інтелектуальну неспроможність батьків виховати морально та фізично здорову дитину.

Вагомий вплив на злоякісний перебіг хвороби мали такі чинники, як наявність шкідливих звичок у батьків, паління матері під час вагітності (42,1%), зловживання матір'ю алкоголем (39%), прийом лікарських препаратів (24,1%), низький соціально-економічний статус сім'ї, відсутність елементарних гігієнічних навичок і знань по догляду за дитиною. З'вилося жахливе поняття – фемінізація бідності.

За сукупністю причин злоякісного перебігу нейроінфекцій у дітей їх можна вважати соціально-медико-організаційною проблемою. В такому разі, створення комплексної науково-практичної програми з обов'язковим включенням алгоритму ранньої діагностики і невідкладної терапії для медиків та науково-популярної літератури з догляду за дитиною для матерів (вона повинна вручатися кожній матері при виписуванні із пологового будинку безкоштовно) допоможе частково вирішити цю проблему.

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В У ДІТЕЙ

Б.О. БЕЗКАРАВАЙНИЙ, Є.Є. САБАДАШ, В.М. ЗЕНЧЕНКО,
Н.В. ГРИЩЕНКО, Г.Г. БОНДАРЕНКО
Луганський державний медичний університет

Завдання вивчення патогенезу вірусних гепатитів залишається важливим для сучасної медицини. Це пов'язано з високою захворюваністю на вірусні гепатити, частою хронізацією гепатитів, що передаються парентеральним шляхом, і, як наслідок, значними соціальними наслідками.

Метою нашого дослідження було вивчення взаємозв'язку процесів перекисного окислення ліпідів з цитолітичним синдромом, рівнем білірубіну і клінічною картиною у дітей, хворих на вірусний гепатит В. Під нашим спостереженням знаходилося 45 дітей, хворих на гострий вірусний гепатит В. Вік хворих коливався від 3 до 15 років. Усі діти були розподілені на три вікові групи: 3-6, 7-11 і 12-14 років. Діагноз вірусного гепатиту В підтверджувався виявленням НВs антигена, а також специфічних імуноглобулінів М методом ІФА в сироватці крові.

Усі діти вступили до стаціонару на 5-8-й день жовтяничного періоду вірусного гепатиту. Нами проводилося вивчення активності процесів перекисного окислення ліпідів методом визначення кінцевого продукту перекисного окислення — малонового діальдегіду в сироватці крові тричі: наступного дня після вступу до стаціонару, на 20 добу перебування в стаціонарі і при виписці. Після цього результати оброблялися статистично загальноприйнятими методами.

В результаті досліджень нами встановлено, що у всіх трьох вікових групах у розпалі захворювання при вступі до стаціонару спостерігається значна активація процесів перекисного окислення ліпідів, яка була найбільш значущою у хворих з тяжким перебігом вірусного гепатиту. Найбільші показники малонового діальдегіду були також у дітей, батьки яких пізно звернулися за медичною допомогою. Нами виявлено паралелізм у показниках перекисного окислення ліпідів та аланінової й аспарагінової трансаміназ, рівнем білірубіну, тимолової проби, показниками протейнограми. На 20-ту добу перебування в стаціонарі показники перекисного окислення ліпідів знижувалися, що можна пояснити проведеним лікуванням, у результаті якого загальний стан хворих поліпшувався. Однак у частини хворих, у яких загальний стан залишався середньої тяжкості, показники малонового діальдегіду залишалися високими. У цих же хворих активність аланінової, аспарагінової трансамінази, тимолова проба, найчастіше і рівень

загального білірубіну зберігалися підвищеними. У даної групи хворих відмічалися ознаки інтоксикації: збільшення печінки, жовтяничність шкірних покривів. При виписці зі стаціонару показники малонового діальдегіду залишалися підвищеними у частини хворих дітей. При детальному аналізі було виявлено, що у всіх дітей з підвищеними показниками малонового діальдегіду спостерігалися залишкові клінічні прояви у вигляді зниження апетиту, астеничного синдрому, у частини дітей розміри печінки не набули норми. У деяких дітей зберігалися порушення біохімічного гомеостазу — диспротеїнемія, незначне підвищення активності аланінової й аспарагінової трансаміназ. У дітей із затяжною формою ВГВ кількість малонового діальдегіду залишалася підвищеною протягом усього терміну перебування в стаціонарі. Кількість малонового діальдегіду у дітей із затяжною формою ВГВ і дітей з гострою формою ВГВ була однаковою.

ПІДХОДИ ДО ВИЯВЛЕННЯ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Л.В. КОЛЮБАКІНА, О.І. ЮРКІВ, АЛЬ АБУД МАЗЕН
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Відсутність доступних та інформативних допоміжних критеріїв виявлення бактеріальної інфекції у новонароджених дітей спричиняє труднощі визначення доцільності призначення антибактеріальної терапії. Подібність симптомів інфекційного токсикозу та симптомів дизадаптації, які виникають в періоді новонародженості та характеризуються системними проявами, утруднюють орієнтацію на клінічні прояви інфекції. Використання традиційного НСТ-тесту нейтрофільних гранулоцитів крові часто супроводжується значною кількістю хибно-позитивних результатів внаслідок поширених метаболічних зрушень у новонароджених на рівні системних захворювань будь-якого генезу.

Виходячи з цього, метою роботи було вивчення діагностичної цінності та прогностичного значення показника вмісту у сироватці крові С-реактивного білка (СРБ) у виявленні та передбаченні інфекційно-запального процесу у новонароджених дітей.

Було проведено комплексне обстеження 88 новонароджених дітей, які складали дві групи спостереження. За основними клінічними характеристиками, соціальними, матеріально-побутовими показниками та урбанізованістю сім'ї групи порівняння істотно не відрі-

знялися. Перинатальні фактори ризику та більшість симптомів клінічної картини були діагностично незначущими в підтвердженні інфекційно-запальних захворювань новонароджених.

Проведений комплекс загальноклінічних, біохімічних, бактеріологічних методів обстеження не виявив чіткої залежності щодо підтвердження бактеріальної інфекції у новонароджених. При залученні до порівняльного аналізу результатів імунологічних методів дослідження крові 1-2 рівнів відмічено, що суттєвих відмінностей щодо вмісту субпопуляцій Т-лімфоцитів, функція яких асоціюється з хелперною та супресорною, вмісту імуноглобулінів А,М,С в групах обстеження дітей не встановлено. Достатньо діагностичною цінністю щодо диференціальної діагностики інфекційно-запальних процесів у новонароджених мав показник кількісного вмісту С-реактивного білка в сироватці крові понад 10 мг/л показники чутливості якого складали 65,5%, специфічності – 78,7%, позитивної передбачуваної цінності – 65,5%, негативної передбачуваної цінності – 78%, точності – 73,6%, поширеності – 38,1%. Слід зауважити, що за нашими матеріалами, показники діагностичної цінності визначення СРБ дещо нище ніж за літературними даними, що можливо пов'язано зі значною кількістю хибнонегативних результатів серед недоношених дітей. Отож, серед доношених дітей показники чутливості визначення СРБ становили майже 65%, а специфічності та передбачуваної цінності – майже 100%, натомість у групі недоношених ці показники становили відповідно 72%, 70% та 42%. При оцінці можливої практичної цінності дослідження імунологічних показників встановлено, що вміст у сироватці крові СРБ в перші дні захворювання понад 30 мг/л відображає наявність ризику збереження тяжкості стану на 7- та 10-ту доби захворювання.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЦИКЛОФЕРОНУ У ДІТЕЙ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ ВІРУСНОЇ ТА БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Л.Р. ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА, О.Л. КРИВУША
Дніпропетровська державна медична академія

Висока поширеність і тяжкість перебігу гострих кишкових інфекцій (ГКІ) у дітей зумовлює актуальність цієї проблеми. Комплексне

лікування ГКІ з використанням сучасних антибактеріальних засобів не гарантує відсутності несприятливих ускладнень та наслідків перенесеної інфекції. Це пов'язано з появою резистентних штамів збудників кишкових інфекцій та особливістю етіологічної структури ГКІ в сучасних умовах – домінування вірусних діарей, особливо у дітей раннього віку. Ці фактори підтверджують необхідність розробки нових підходів до лікування. Важливим кроком у цьому напрямку є призначення рекомбінантних інтерферонів та їх індукторів дітям, хворим на ГКІ.

Метою дослідження було визначення оптимальної схеми лікування ГКІ вірусної та бактеріальної етіології з використанням індуктора інтерферону Циклоферону. Під спостереженням знаходилося 65 дітей віком від 2 місяців до 6 років, котрі були на стаціонарному лікуванні з діагнозом “гостра кишкова інфекція”. Залежно від етіології ГКІ дітей було розподілено на дві групи: I група – діти з бактеріальною діареєю (24,7% – з сальмонельозом, 21,5% – шигельозом, 53,8% – ГКІ, викликаними умовнопатогенною флорою), II група – діти з ротавірусною діареєю. Клінічну ефективність лікування вивчали при середньотяжких (66,8% спостережень) та тяжких (33,2%) формах хвороби. Основними клінічними синдромами при ГКІ, незалежно від етіології, були інтоксикаційний та діарейний синдроми. Синдром інтоксикації спостерігався майже у всіх хворих (97,8%) та проявлявся підвищенням температури, млявістю, анорексією, блідістю шкіри. Діарейний синдром визначався у 95,7% хворих і проявлявся у вигляді гастроентериту у 53%, ентериту – у 25%, гастроентероколіту – у 22%. У 53% дітей з ротавірусною інфекцією початок захворювання супроводжувався катаральним синдромом у вигляді риніту, гіперемії слизової оболонки м'якого піднебіння, кашлю. Характер збудника ГКІ визначався за допомогою бактеріологічного дослідження калу на кишкову групу та серологічного обстеження копрофільтратів на наявність антигена ротавіруса методом ІФА.

Базисна терапія складалась з дієти, оральної регідrataції, антибіотика, ферменту та пробіотика. 50% дітей з кожної групи з першого дня лікування отримували Циклоферон дозою 6-10 мг/кг на добу (1, 2, 4, 6 та 8-й дні перебування у стаціонарі). Оцінка ефективності лікування проводилась за клінічними критеріями з урахуванням тривалості основних клінічних синдромів.

Результатом використання Циклоферону у групі дітей з ротавірусними діареями порівняно з базисною терапією було скорочення тривалості: інтоксикаційного синдрому – $3,33 \pm 0,33$ проти $5,16 \pm 0,34$ дня ($p < 0,05$), діарейного – $4,66 \pm 0,33$ проти $5,88 \pm 0,39$ дня ($p < 0,05$), катарального – $1,0 \pm 0,65$ проти $1,68 \pm 0,46$ дня ($p > 0,05$), проявів мете-

оризму – $0,50 \pm 0,22$ проти $1,60 \pm 0,23$ дня ($p < 0,05$), зниження кратності стільця – $5,66 \pm 0,66$ проти $7,56 \pm 0,65$ ($p < 0,05$). У групі дітей з бактеріальними діареями використання Циклоферону сприяло скороченню тривалості діарейного синдрому – $8,37 \pm 0,35$ проти $9,38$ дня ($p < 0,05$).

Таким чином, встановлено, що використання індуктора інтерферону Циклоферону сприяє скорішому одужанню дитини при ГКІ будь-якої етіології. Максимальну клінічну ефективність препарату визначено при лікуванні вірусних діарей, що дозволяє використовувати Циклоферон при неускладнених формах хвороби як основу базисної терапії.

ФЕРМЕНТАТИВНІ СИСТЕМИ БІОТРАНСФОРМАЦІЇ КСЕНОБІОТИКІВ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ В ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЦІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ

Л.В. ПИПА, О.В. ПОДДУБНИЙ

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

Ферментативний метаболізм ендо- та екзогенних сполук в організмі можна віднести до найбільш давніх систем захисту, порівняно з імунологічним контролем та локальними системами при запаленні. Детоксикація хімічних агентів та ендогенних активних біомолекул відтворюється ферментами біотрансформації ксенобіотиків. Різноманітні рівні ферментативної активності дозволяють розподілити населення на повільних (при низькій активності ферменту) та швидких (при їх підвищеній активності) метаболізаторів, сприяючи: 1) надлишковому терапевтичному ефекту, при низькому рівні активності ферментів, – у повільних метаболізаторів; 2) зниженому ефекту, при збільшеній активності ферментів, – у швидких метаболізаторів. Дані літератури свідчать про те, що біологічна різноманітність ферментів детоксикації обертається для хворого неоднаковим фармакологічним ефектом, навіть до рівня передозування та отруєння ліками. Відомо, що всі препарати, які містять аміногрупу, до яких відносяться препарати, що застосовуються для лікування токсоплазмозу (сульфаніламід, піриметамін), метаболізуються в організмі людини шляхом ацетилювання. Однак ці препарати досить токсичні

й мають виражені побічні дії. У зв'язку з цим ми продовжили пошук ефективних препаратів, схем та методів лікування токсоплазмозу із застосуванням фармакогенетичного підходу до їх призначення. Стан процесів ацетилювання у дітей з токсоплазмозом не вивчався.

Для оцінки процесів ацетилювання у здорових і хворих дітей проводили фармакологічне тестування з сульфадимезином, який є одним із маркерів N-ацетилтрансферази-2. Осіб з вмістом N-ацетилтрансферази <50% відносили до повільних ацетиляторів, при вмісті 50-70% – до середніх, а при показниках, які перевищують 70%, – до швидких. В контрольній групі повільні ацетилятори становили 57,2%, а діти зі швидким та середнім типами ацетилювання – 42,8%. Серед хворих дітей переважали середні та швидкі ацетилятори (54,9%), однак ця перевага недостовірна ($p > 0,05$). У повільних ацетиляторів контрольної групи вміст N-ацетилсульфадимезину в сечі становив, у середньому $41,9 \pm 0,73\%$, у швидких – $65,8 \pm 1,07\%$. В основній групі дітей з повільним типом ацетилювання вміст даного метаболіту в сечі становив у середньому $45,1 \pm 0,59\%$, у середніх і швидких – $67,1 \pm 1,2\%$. У дітей з очним токсоплазмозом та з нейротрофічною формою з синдромом коловидного облісіння з достовірною різницею переважав швидкий тип ацетилювання. Серед 4 дітей, у яких мав місце рецидивуючий перебіг захворювання, повільних ацетиляторів не було взагалі.

Для лікування токсоплазмозу ми застосовуємо швейцарський препарат фірми “Хоффман Ля-Рош” – фансідар, який являє собою комбінацію піриметаміну та сульфадоксину. Фансідар призначали згідно з фенотипом ацетилювання. Дітям, які виявились повільними ацетиляторами, ми призначали фансідар з розрахунку 1 мг/кг маси тіла по піриметаміну, в 2 прийоми, 1 раз на тиждень, протягом 6-8 тижнів (швейцарська схема). Дітям, які виявились швидкими ацетилянтами, його призначали з розрахунку 1,0 мг/кг протягом 7-10 днів з наступним призначенням цією ж дозою 1 раз в 5 днів ще протягом 4-х тижнів. При очному токсоплазмозі тривалість курсу специфічної терапії визначалась тривалістю клінічних проявів хвороби і ще два тижні після їх зникнення. Такий диференційований підхід до призначення специфічної терапії при токсоплазмозній інфекції з урахуванням фенотипу ацетилювання сприяв поліпшенню ефективності лікування токсоплазмозу і запобігав побічній дії антиплазмодійних препаратів.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КАШЛЮКА НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

О.І. СМІЯН, Т.П. БИНДА, С.В. ПОПОВ
Сумський державний університет

До теперішнього часу кашлюк і його збудник залишаються серйозною проблемою не лише в Україні, але й в усьому світі. За даними ВООЗ, щорічно у світі на кашлюк хворіє близько 60 млн. людей, від нього вмирають близько 1 млн. дітей, переважно першого року життя.

Вакцинопрофілактика сьогодні залишається єдиним реальним методом контролю над керованими інфекціями, в тому числі й кашлюком. Активна імунізація дітей проти кашлюку, яка проводиться на території України, сприяла значному зниженню захворюваності. Але за останні роки в Україні відмічається періодичне підвищення захворюваності на кашлюк. Особливе занепокоєння викликає збільшення частки хворих серед щеплених.

Метою роботи було вивчення клініко-епідеміологічних особливостей кашлюка у дітей Сумської області за період з 1998 по 2002 рр.

Рівень захворюваності на кашлюк в 2000 р. був найвищим (62,5 на 1000 дітей) і порівняно з 1999 р. виріс майже в 3 рази (23,6 на 1000 дітей), а порівняно з 1998 р. – майже в 6 разів (11,6 на 1000). З 2001 р. (48,4 на 1000 дітей) цей показник почав зменшуватися і в 2002 р. склав 5,6 на 1000 дітей.

Отже, в 2000-2001 рр. в Сумській області спостерігалось епідемічне підвищення захворюваності на кашлюк. Проведений аналіз щепленості дітей показав, що серед захворілих лише 32,7% дітей отримали вакцинацію і ревакцинацію, 35,7% – отримали лише вакцинацію або знаходились у стадії вакцинації, тоді як 31,6% були зовсім не щеплені.

Серед 244 захворілих у цьому періоді хлопчиків було 48,5%, дівчаток – 51,5%. Діти до 1 року складали 19,1% (47), від 1 до 6 років – 42,6% (103), від 7 до 14 років – 38,2% (94). 48,4% дітей відвідували дитячі дошкільні або шкільні заклади освіти.

У 71,7% хворих було виявлено контакт з особами, які тривалий час кашляли.

67,6% захворілих дітей були госпіталізовані до інфекційних стаціонарів. До відділень госпіталізувались здебільшого діти першого року життя з тяжкими та ускладненими формами кашлюку, рідше за епідемічними показаннями, з несприятливих матеріально-побуто-

вих умов. У госпіталізованих дітей кашлюк перебігав з типовими клінічними проявами.

У дітей першого року життя кашлюк перебігав переважно у тяжкій формі, катаральний період був скороченим, у періоді спазматичного кашлю у 63,8% дітей спостерігалися апное та судоми, часто виявлялися ускладнення, серед яких переважали пневмонії.

Таким чином, епідемічне підвищення захворюваності на кашлюк можна пояснити ослабленим або недорозвинутим імунітетом після проведеного щеплення, а також його відсутністю з формуванням так званої серонегативної групи.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ

О.С. БАСОК, О.М. ОЛЬХОВСЬКА

Харківський державний медичний університет

Кишковий сальмонельоз протягом багатьох років залишається актуальною проблемою медицини у зв'язку з значною поширеністю, частотою тяжких форм хвороби, складністю терапії. В останні роки у літературі все частіше з'являються дані про роль цитокінів в регуляції механізмів запалення та імунологічної відповіді у перебігу інфекційного процесу.

Метою роботи було вивчення діагностичної значущості рівня прозапальних інтерлейкінів крові в динаміці сальмонельозу у дітей раннього віку.

Дослідження проведено на базі Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова (головний лікар – Манжела Л.Я.). Під нашим спостереженням перебували 73 дитини віком від 1 до 3 років, хворі на кишкову форму сальмонельозної інфекції. Діагноз сальмонельозу встановлювали згідно з класифікацією МКХ-10 за сукупністю клініко-анамнестичних, епідеміологічних та лабораторних даних. При бактеріологічному дослідженні випорожнень у 59 хворих було виділено *S. typhimurium*, у 13 – *S. enteritidis*, у одного – *S. infantis*. Захворювання перебігало переважно у середньотяжкій формі – 58 випадків, у 15 дітей діагностовано тяжку форму хвороби. Основними клінічними проявами хвороби у дітей раннього віку були симптоми гастроентериту – у 57 хворих, у 16 – спостерігався гаст-

роентерит, з яких у 10 дітей були прояви гемоколіту.

Всім хворим в динаміці патологічного процесу проводили загальноклінічні та спеціальні дослідження з вивчення кількісного вмісту інтерлейкінів IL-1 β та IL-8 у сироватці крові методом імуноферментного аналізу із застосуванням тест-систем “Протеиновый контур” (Санкт-Петербург). З метою порівняння рівень інтерлейкінів у сироватці крові було визначено у 20 здорових дітей, аналогічних за віком та преморбідним фоном.

Проведеними дослідженнями встановлено, що при сальмонельозній інфекції у дітей раннього віку в гострому періоді хвороби відмічалось підвищення рівня прозапальних інтерлейкінів. При середньотяжкій формі рівень інтерлейкінів IL-1 β та IL-8 достовірно не відрізнявся від показників здорових дітей того ж віку, хоча був достатньо високим. При тяжкій формі рівень інтерлейкінів у сироватці крові достовірно був підвищеним. При цьому вміст IL-1 β та IL-8 достовірно відрізнявся не лише порівняно з показниками здорових дітей, але й по відношенню до вмісту інтерлейкінів у хворих на середньотяжку форму сальмонельозу. Встановлено пряму кореляційну залежність між ступенем вираженості клінічних проявів хвороби, тяжкістю стану хворого та рівнем цитокінів крові. Виявлено залежність підвищення вмісту цитокінів сироватки від перебігу хвороби. При зтяжкому та негладкому перебігу сальмонельозу рівень інтерлейкінів залишався високим.

Таким чином, визначення цитокінового профілю в динаміці патологічного процесу у дітей, хворих на сальмонельозну інфекцію, має велике клінічне і прогностичне значення.

КЛІНІКО-ЕХОКАРДІОСКОПІЧНІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ КИШКОВОГО ЕКСИКОЗУ ДИТЯЧОГО ВІКУ

О.М. ОЛЬХОВСЬКА

Харківський державний медичний університет

Кишкові інфекції до цього часу залишаються актуальною проблемою, а летальність від цієї патології цілком залежить від ступеня вираженості проявів токсикозу. Якщо взяти до уваги, що на кишкові інфекції найчастіше хворіють діти раннього віку, у яких втрата і невеликої кількості рідини може бути вкрай небезпечною, стає зро-

зумілою важливістю своєчасної діагностики кишкового ексикозу у дітей.

Метою роботи було визначення диференціально-діагностичних ознак кишкового токсикозу у дітей раннього віку на підставі клініко-ехокардіоскопічних (-графічних) даних.

Дослідження проведено на базі Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова (головний лікар – Манжела Л.Я.). Під спостереженням знаходилось 132 дитини віком 1 міс–3 років, хворих на тяжкі форми гострих гастроентероколітів (ГЕК). Всім хворим проведено клініко-лабораторне обстеження, що включало визначення дефіциту маси тіла, зниження еластичності та тургору тканин, кольору шкіри, вологи слизових оболонок, стану неосіфікованого тім'ячка, ступеня вираженості порушень центральної нервової системи, дихальної та серцевої систем, визначення гематокриту, рівня калію та натрію сироватки крові, а також проводилось ехокардіоскопічне дослідження центральної та периферичної гемокінетики в динаміці захворювання. При ехокардіоскопічному дослідженні хворих з клінічними ознаками кишкового токсикозу з ексикозом спостерігалися зміни показників центральної та периферичної гемокінетики, які корелювали із вираженістю проявів ексикозу. При ексикозі I-II ступня у хворих визначали нормо- та гіпердинамічні режими з дещо підвищеними показниками кінцево-діастолічного обсягу, ударного об'єму, систолічного індексу, коливаннями периферичного опору судин, підвищенням частоти серцевих скорочень (ЧСС). У хворих з клінічними проявами ексикозу III ступеня в стадії компенсації визначався переважно гіпердинамічний режим гемодинаміки, при якому підтримка життєво важливих функцій організму при дещо знижених показниках ударного обсягу забезпечувалася за рахунок значного зростання ЧСС, підвищення показників контрактильної здатності міокарда, незначного підвищення периферичного опору судин. У хворих, які вступали до клініки з проявами ексикозу III ступеня, інфекційно-токсичного шоку, порушенням свідомості, ехокардіоскопічно виявлялися ознаки зниження ударного обсягу, систолічного індексу, зниження кінцево-діастолічного обсягу, фракції викиду при значному підвищенні загального периферичного опору судин. Ці зміни трактували як ехокардіоскопічні ознаки декомпенсованої стадії кишкового ексикозу.

Таким чином, поряд із традиційними клініко-лабораторними ознаками, показники ехокардіоскопії із визначенням гемодинаміки є надійними об'єктивними діагностичними критеріями кишкового токсикозу з ексикозом у дітей раннього віку.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

В.Д. МАКАРЕНКО, Л.А. ХОДАК, Г.М. РИБАЛКО,
Л.Я. МАНЖЕЛА, В.В. КАЗМІРЧУК

Харківська медична академія післядипломної освіти
Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня

Проблема гострих кишкових інфекцій (ГКІ) зберігає свою актуальність у зв'язку з високою захворюваністю, тяжким перебігом та можливими несприятливими наслідками, особливо у дітей раннього віку.

Метою нашого дослідження було визначення найбільш ефективних підходів в терапії ГКІ у дітей першого року життя.

Під спостереженням в 2-му відділенні ОДІКЛ знаходилося 114 дітей першого року життя з ГКІ. Клінічні, параклінічні, бактеріологічні та серологічні методи дозволили з'ясувати етіологію ГКІ у 82,1% хворих: шигельоз Зонне – у 24 дітей, сальмонельоз *typhimurium* – у 35, *S. enteritidis* – у 4, ешерихіоз (O 55, O 151) – у 6, ротавірусний гастроентерит – у 8, гастроентероколіти (ГЕК), зумовлені *K1. pneumoniae* – у 8, протей – у 4, стафілокок – у 3 дітей. ГКІ невизначеної етіології залишились у 22 дітей.

В клінічній картині переважало тотальне ураження шлунково-кишкового тракту у вигляді ГЕК у 89 дітей, гастроентериту – у 18 хворих та ентероколіту – у 7 дітей. Тяжкість стану була зумовлена проявами токсикозу та ексікозу.

Терапія дітей була комплексною:

- раннє проведення оральної (регідрон, гастроліт) та парентеральної регідrataції, як основи патогенетичної терапії;
- збереження грудного вигодовування і переведення дітей, які знаходились на штучному вигодовуванні, на безлактозну суміш (NAN безлактозний);
- протимікробна терапія – найбільш ефективними виявились цефалоспорины 3-ї градації парентерально та ніфуруксазид, норфлоксацин перорально;
- еубіотики з першого дня захворювання, найчастіше призначали полікомпонентні еубіотики – вітчизняний сімбітер, лінекс, йогурт, біфіформ;
- ентеросорбенти, дуже зручними в застосуванні та ефективними виявились вітчизняний полідеканіт та смекта (1 пакетик на добу дітям першого року життя);
- іноді призначали ферменти, коротким курсом панкреатин або креон.

Такий підхід в терапії ГКІ сприяв швидкому регресу клінічних ознак хвороби: нормалізація випорожнень відбувалась в середньому до 3-4-го дня захворювання, зникнення ознак інтоксикації – до 4-5-го дня, відновлення апетиту, позитивна динаміка маси тіла з 5-6-го дня від початку лікування. Перебування в стаціонарі в середньому складало 12 днів, враховуючи, що у 97,8% дітей ГКІ перебігали в тяжкій або середньотяжкій формі.

ИСХОДЫ ЭНЦЕФАЛИТОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВПГ 1/2 И ЦМВ

О.В. КНИЖЕНКО, Л.А. ХОДАК, Т.И. НАВЕТ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Областная детская инфекционная клиническая больница, г. Харьков

Вирусные энцефалиты занимают важное место в структуре нейроинфекций у детей. Ранняя диагностика и назначение адекватной этиопатогенетической терапии в большинстве случаев благоприятно влияют на течение и исходы вирусных энцефалитов, способствуют снижению частоты остаточных явлений и инвалидизации.

Под нашим наблюдением на протяжении 1998-2003 гг. находилось 104 больных, у которых на основании анамнестических, клинических, серологических и инструментальных методов обследования был установлен диагноз вирусного энцефалита.

Следует отметить, что в структуре вирусных энцефалитов преобладали энцефалиты, обусловленные вирусами семейства герпес – у 63 (60,6%) больных. Из них у 41 (65,1%) больного энцефалит обусловлен вирусом простого герпеса (ВПГ 1/2типа) и у 22 (34,9%) – цитомегаловирусом (ЦМВ).

Согласно нашим данным, помимо различий клинических проявлений в течении герпетических (ГЭ) и цитомегаловирусных энцефалитов (ЦМВЭ) мы отмечали различия в исходах заболевания, и при выписке из стационара все больные в зависимости от степени восстановления нарушенных неврологических функций были разделены на три группы:

- полное выздоровление;
- выздоровление с остаточными явлениями;

- инвалидизация.

Полное выздоровление при выписке отмечалось у 56,1% больных с ГЭ и у 81,8% с ЦМВЭ. Жалоб больные не предъявляли, самочувствие было удовлетворительное, очаговые неврологические симптомы отсутствовали.

Выздоровление с остаточными явлениями после вирусного энцефалита отмечалось у 34,1% больных с ГЭ и у 18,2% больных с ЦМВЭ в виде гемипарезов, нарушения черепной иннервации, экстрапирамидных нарушений и развития эпилептических пароксизмов. Следует отметить, что гемипарезы, нарушения черепной иннервации, эпилептические пароксизмы чаще были исходом ГЭ, а исходом ЦМВЭ по нашим данным, были экстрапирамидные нарушения в виде тремора пальцев вытянутых рук, умеренная статическая атаксия и негрубое нарушение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу.

Исход энцефалита с инвалидизацией в виде грубых нарушений высших корковых функций до развития “апалического синдрома”, стойких гемипарезов и тяжёлых эпилептических пароксизмов мы отмечали у 4 больных, причём у всех детей с ГЭ.

Наши наблюдения позволяют сделать вывод, что более благоприятные исходы заболевания отмечались при ЦМВЭ у детей старшего возраста, в отличие от исходов при ГЭ.

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Н.Л. АРЯЕВ, Н.В. КОТОВА, Е.А. СТАРЕЦ

Одесский государственный медицинский университет

Начиная с середины 90-х годов XX века, в Украине развивается эпидемия ВИЧ-инфекции. С каждым годом увеличивается число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. Общее их количество в Одесской области достигло 1000, а в Украине – превысило 4000. Риск инфицирования детей от матерей при естественном течении ВИЧ-инфекции в Одесской области в конце 90-х годов составлял 27-30%.

В 1998-2003 гг. в Одесской области сотрудниками университета выполнялись международные программы с UNICEF (Детский фонд ООН), MSF (“Врачи без границ”), АИНА (Американский международный союз

здравоохранения), целью которых было снижение перинатальной трансмиссии ВИЧ. На основании международного опыта с учетом особенностей организации помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и их детям в регионе была разработана и внедрена система профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку: 1) прекоцепционная профилактика (консультирование по вопросам планирования семьи); 2) консультирование и добровольное тестирование беременных на ВИЧ, выявление ВИЧ-инфицированных беременных; 3) профилактика трансмиссии ВИЧ во время беременности и родов антиретровирусными препаратами (ретровир, вирамуни); 4) профилактика трансмиссии ВИЧ путем рационального ведения родов; 5) профилактика трансмиссии ВИЧ антиретровирусными препаратами у новорожденных; 6) консультирование ВИЧ-инфицированных женщин по вопросам вскармливания детей и ухода за ними, отказ от грудного вскармливания.

Для повышения профессиональной информированности акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, семейных врачей, организаторов здравоохранения и внедрения в практику здравоохранения системы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку сотрудниками Одесского государственного университета по заказу МЗ Украины при поддержке UNICEF была разработана программа, написано учебное пособие для слушателей и руководство для преподавателей учебного модуля “Предупреждение трансмиссии ВИЧ от матери ребенку”. Учебный модуль рассчитан на 32 учебных часа, включает 5 лекций и по 11 практических занятий для акушеров-гинекологов и педиатров. Для усвоения материала и контроля знаний к каждому практическому занятию разработаны вопросы с эталонами ответов и ситуационные задачи. Иллюстративный материал ко всем лекциям и практическим занятиям представлен на компакт-диске. Подготовка врачей и внедрение системы профилактики в практику здравоохранения привели к снижению перинатальной передачи ВИЧ в Одесской области до 12%, а в отдельных учреждениях – до 7%.

Учебный модуль “Предупреждение трансмиссии ВИЧ от матери ребенку” утвержден МЗ Украины в качестве национального стандарта. По данному учебному модулю проведено 11 тренингов в регионах Украины, подготовлена группа национальных тренеров, обучено более 800 врачей. Для представителей стран Центральной Азии и Казахстана проведен показательный тренинг. На совещании в г. Минске в 2001 г. учебный модуль рекомендован UNICEF, UNAIDS для внедрения в странах Восточной Европы и Центральной Азии. В настоящее время он адаптируется и внедряется в России, Беларуси, Молдове, Литве, Казахстане, Кыргызстане, Узбекистане, Таджикистане.

МИДЕКАМИЦИН (МАКРОПЕН®) В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Л.П.ЖАРКОВА¹, Т.М.БОГДАНОВИЧ¹, О.А.ЕГОРОВА²

¹Смоленская государственная медицинская академия,

²Научно-исследовательский институт антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии

Острый тонзиллофарингит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний среди детей школьного возраста. Среди бактериальных возбудителей острого тонзиллофарингита основное значение имеет *Streptococcus pyogenes* или (З-гемолитический стрептококк группы А (БГСА). Проведенные ранее многоцентровые сравнительные рандомизированные исследования мидекамицина/мидекамицина ацетата показали, что препарат обладает высокой клинической эффективностью (98%) при стрептококковых тонзиллофарингитах у детей как при 7-дневном курсе терапии в дозе 30-50 мг/кг/день, так и при приеме мидекамицина ацетата 10-дневным курсом внутрь в дозе 50 мг/кг/день в 2 приема (96%).

Пациенты и методы. Проведено изучение клинической эффективности и переносимости мидекамицина (Макропена) при лечении острого стрептококкового тонзиллофарингита у детей. В исследование включено 112 детей в возрасте 7-14 лет с клиническими симптомами, характерными для острого стрептококкового тонзиллофарингита (оценка по шкале McIsaac 4-5 баллов). Обязательным условием включения пациентов в исследование (в соответствии с правилами проведения клинических испытаний в том числе пострегистрационных - GCP, Good Clinical Practice) было наличие письменного согласия родителей и подтверждение стрептококковой этиологии острого тонзиллофарингита (на основании экспресс-теста на наличие антигена БГСА). Бактериологически наличие *S.pyogenes* было подтверждено у 86 (76,8%) пациентов, которые учтены в клиническом и статистическом анализе. Из них преждевременно прекратили участие в исследовании 4 пациента. Завершили исследование - 82 (95,3%) пациента. Пациенты получали мидекамицин (Макропен) по 400 мг 3 раза в сутки внутрь за 1 ч до или через 2 ч после еды в течение 8 дней. При лечении доза препарата не изменялась, не разрешалось использование других, кроме исследуемого, антимикробных препаратов для местного и/или системного применения. COMPLAINTность терапии оценивалась по воз-

вращенным блистерам (пустым либо с оставшимися таблетками) с препаратом. Оценка клинической эффективности и переносимости мидекамицина производилась на 3-й день терапии (визит 2), 8-й день (последний день приема исследуемого препарата - визит 3), 11-й день (через 3 дня после окончания курса лечения - визит 4) и через 14 дней после окончания курса терапии (визит 5). Критериями клинической эффективности являлось исчезновение общих и местных симптомов острого тонзиллофарингита. Также учитывалась доля пациентов с полным исчезновением симптомов острого тонзиллофарингита (общих и местных) во время 3-го и 5-го визитов. Оценка переносимости производилась по количеству зарегистрированных нежелательных явлений. Все данные, полученные в ходе исследования о каждом пациенте, вносились в разработанные информационные регистрационные карты и вводились в компьютерную базу данных с использованием метода двойного ввода. Статистический анализ выполнялся с помощью программного пакета SAS (SAS Institute, США).

Результаты исследования и их обсуждение. На 2-3-й день лечения Макропеном наблюдается отчетливая положительная динамика основных симптомов стрептококкового тонзиллофарингита: снижение температуры тела, ослабление или ликвидация болей в горле при глотании и гиперемии слизистой оболочки глотки, значительное уменьшение количества гноя в лакунах и гнойных фолликулов, а также болезненности подчелюстных лимфатических узлов. По завершении курса антибактериальной терапии (8-й, последний день лечения) клиническая эффективность мидекамицина составила 97,7%, что согласуется с литературными данными. Через 14 дней после завершения терапии она несколько уменьшилась (95,3%), что связано с выходом двоих пациентов из исследования, однако достоверных статистических различий отмечено не было.

Проведенное нами исследование подтвердило высокую клиническую эффективность и хорошую переносимость мидекамицина (Макропена) при лечении острого стрептококкового тонзиллофарингита у детей.