

Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології

Липень/Вересень 2017
Том 11 №3

July/September 2017
Volume 11
Number 3

В НОМЕРІ:

ПЕДІАТРІЯ:

Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XII конгресу педіатрів України (10-12 жовтня 2017 р., м. Київ)

Ефективність застосування гомеопатичного комбінованого препарату при лікуванні інфекції верхніх дихальних шляхів у дітей дошкільного віку

Ефективність препаратів рослинного походження при риносинуситах з позиції доказової медицини

Застосування та ефективність препарату рослинного походження при респіраторній патології у дітей



International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology

МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Головний редактор

В.Г. Майданник (Київ, Україна)

Заступники головного редактора

О.З. Гнатейко (Львів, Україна)
Б.С. Каганов (Москва, Російська Федерація)
В.О. Бенюк (Київ, Україна)
В.М. Запорожан (Одеса, Україна)

Відповідальний секретар

Н.М. Суходольська

Науковий редактор

І.О. Мітюряєва

Редакційна колегія

Аббатов В.В. (Київ, Україна)	Федерація)	Маменко М.Є. (Луганськ, Україна)
Абатуров О.Є. (Дніпропетровськ, Україна)	Захарова І.М. (Москва, Російська	Маркін Л.Б. (Львів, Україна)
Авраменко Т.В. (Київ, Україна)	Федерація)	Маркевич В.Е. (Суми, Україна)
Антипкін Ю.Г. (Київ, Україна)	Зейгарник М.В. (Москва, Російська	Медвідь В.І. (Київ, Україна)
Аряєв М.Л. (Одеса, Україна)	Федерація)	Моренко М.О. (Астана, Казахстан)
Багдасарова І.В. (Київ, Україна)	Зрячкін М.І. (Саратов, Російська	Нечитайло Ю.М. (Чернівці, Україна)
Беляєва Л.М. (Мінськ, Білорусь)	Федерація)	Омельченко Л.І. (Київ, Україна)
Бойчук А.В. (Тернопіль, Україна)	Камілов А.І. (Ташкент, Узбекистан)	Павлишин Г.А. (Тернопіль, Україна)
Вдовиченко Ю.П. (Київ, Україна)	Квашніна Л.В. (Київ, Україна)	Пирогова В.І. (Львів, Україна)
Венцківський Б.М. (Київ, Україна)	Клименко Т.М. (Харків, Україна)	Потапов В.О. (Дніпропетровськ, Україна)
Волков І.К. (Москва, Російська Федерація)	Колоскова О.К. (Чернівці, Україна)	Сенаторова Г.С. (Харків, Україна)
Вороненко Ю.В. (Київ, Україна)	Коренєв М.М. (Харків, Україна)	Сміян І.С. (Тернопіль, Україна)
Вохідов А.В. (Душанбе, Таджикистан)	Коровіна Н.О. (Москва, Російська	Сміян О.І. (Суми, Україна)
Геппе Н.А. (Москва, Російська Федерація)	Федерація)	Содер О. (Стокгольм, Швеція)
Горєлов А.В. (Москва, Російська	Короленко В.В. (Київ, Україна)	Степанківська Г.К. (Київ, Україна)
Федерація)	Крамарєв С.О. (Київ, Україна)	Тяжка О.В. (Київ, Україна)
Гречаніна О.Я. (Харків, Україна)	Крючко Т.О. (Полтава, Україна)	Узакбаєв К.А. (Бішкек, Киргизстан)
Дудник В.М. (Вінниця, Україна)	Лінне Т. (Стокгольм, Швеція)	Хайтович М.В. (Київ, Україна)
Жабченко І.А. (Київ, Україна)	Лукашук В.Д. (Київ, Україна)	Шамсієв Ш.С. (Ташкент, Узбекистан)
Жук С.І. (Київ, Україна)	Мальцев С.В. (Казань, Російська	Шунько Є.Є. (Київ, Україна)
Зайцева О.В. (Москва, Російська	Федерація)	Чуриліна А.В. (Київ, Україна)

Видавці: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Євразійська асоціація педіатрів

Адреса редакції: вул. Л. Толстого, 10, 01601 Київ, Україна

E-mail: ijpog.editor@gmail.com; ijpog.editor@ukr.net

Тел.: +38 044 234 53 75; **Факс:** +38 044 235 53 45

INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRICS, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Editor

Vitaly Maidannyk (Kiev, Ukraine)

Associate Editors

Oleg Hnateyko (Lvov, Ukraine)

Boris Kaganov (Moscow, Russian Federation)

Vasiliy Benyuk (Kiev, Ukraine)

Valeriy Zaporozhan (Odessa, Ukraine)

Managing Editor

Nadezhda Sukhodolskaya

Editorial Board

Abaturov A.E. (Dnepropetrovsk, Ukraine)

Antipkin Yu.G. (Kiev, Ukraine)

Avramenko T.V. (Kiev, Ukraine)

Aryayev N.L. (Odessa, Ukraine)

Bagdasarova I.V. (Kiev, Ukraine)

Belyayeva L.M. (Minsk, Belarus)

Boychuk A.V. (Ternopol, Ukraine)

Vdovichenko Yu.P. (Kiev, Ukraine)

Ventskiy B.M. (Kiev, Ukraine)

Volkov I.K. (Moscow, Russian Federation)

Vokhidov A.V. (Tadzhikistan)

Voronenko Yu.V. (Kiyev, Ukraine)

Gepe N.A. (Moscow, Russian Federation)

Gorelov A.V. (Moscow, Russian Federation)

Grechanina E.Ya. (Kharkiv, Ukraine)

Grishchenko O.V. (Kharkiv, Ukraine)

Dikanbayeva S.A. (Almata, Kazakhstan)

Dudnik V.M. (Vinnitsa, Ukraine)

Zhabchenko I.A. (Kiyev, Ukraine)

Zhuk S.I. (Kiyev, Ukraine)

Zaytseva O.V. (Moscow, Russian Federation)

Zakharova I.N. (Moscow, Russian Federation)

Zryachkin N. I. (Saratov, Russian Federation)

Kamilov A.I. (Tashkent, Uzbekistan)

Kvashnina L.V. (Kiev, Ukraine)

Klimenko T.M. (Kharkiv, Ukraine)

Koloskova E.K. (Chernovtsy, Ukraine)

Korenev N.M. (Kharkiv, Ukraine)

Korovina N.A. (Moscow, Russian Federation)

Korolenko V.V. (Kiev, Ukraine)

Kramarev S.A. (Kiev, Ukraine)

Kryuchko T.A. (Poltava, Ukraine)

Linne T. (Stockholm, Sweden)

Lukashuk V.D. (Kiev, Ukraine)

Maltsev S.V. (Kazan, Russian Federation)

Senatorova A.S. (Kharkiv, Ukraine)

Mamenko M.E. (Lugansk, Ukraine)

Markin L.B. (Lvov, Ukraine)

Mazkevich V.E. (Sumi, Ukraine)

Medved V.I. (Kiyev, Ukraine)

Moreno M.A. (Astana, Kazakhstan)

Nechitaylo Yu.N. (Chernovtsy, Ukraine)

Omelchenko L.I. (Kiev, Ukraine)

Pavlishin G.A. (Ternopol, Ukraine)

Pirogova V.I. (Lvov, Ukraine)

Potapov V.A. (Dnepropetrovsk, Ukraine)

Smiyan A.I. (Ternopol, Ukraine)

Smiyan I.S. (Ternopol, Ukraine)

Soder O. (Stockholm, Sweden)

Stepankovskaya G.K. (Kiev, Ukraine)

Tyazhka O.V. (Kiev, Ukraine)

Uzakhbayeva K.A. (Bishkek, Kirgizstan)

Khaytovich N.V. (Kiyev, Ukraine)

Shamsiyev Sh.S. (Tashkent, Uzbekistan)

Shunko Ye.E. (Kiev, Ukraine)

Churilina A.V. (Kiev, Ukraine)

Publishers: O.O. Bohomolets National Medical University,

Euroasian Pediatric Association

Address: 10, Tolstogo str., 01601 Kiev, Ukraine

E-mail: ijpog.editor@gmail.com; ijpog.editor@ukr.net

Tel.: +38 044 234 53 75; Fax: +38 044 235 53 45

ЗМІСТ ПЕДІАТРІЯ

Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XII Конгресу педіатрів України (10-12 жовтня 2017 р., Київ)

Оригінальні дослідження

Майданник В.Г., Абабков В.В., Клемент П., Митюрєва И.А., Буркарт Ю., Молочек Н.В.

Ефективність застосування гомеопатичного комбінованого препарату при лікуванні інфекції верхніх дихальних шляхів у дітей дошкільного віку

Майданник В.Г., Абабков В.В.

Ефективність препаратів рослинного походження при риносинуситах з позиції доказової медицини

Майданник В.Г.

Застосування та ефективність препарату рослинного походження при гострих респіраторних інфекціях у дітей

TABLE OF CONTENTS PEDIATRICS

4 Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XII Конгресу педіатрів України (10-12 жовтня 2017 р., Київ)

Original articles

67 Maidannyk V.G., Ababkov V.V., Klement P., Mitiuriaeva I.F., Burkart J., Molochek N.V.

Efficacy of the homeopathic combined preparation in the treatment of upper respiratory tract infections in preschool children

79 Maidannyk V.G., Ababkov V.V.

Effectiveness of herbal preparations in rhinosinusitis from the standpoint of evidence-based medicine

85 Maidannyk V.G.

The use and efficiency of a plant original product in acute respiratory infections in children

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XII Конгресу педіатрів України
(10-12 жовтня 2017 року, Київ)

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

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the XII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 10-12th, 2017, Kiev)

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

ВАРІАНТИ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРА ОДДІ У ДІТЕЙ

Абатуров О.Є., Бабич В.Л.

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

Важливе місце у структурі патології органів травлення в дітей займають функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту (Шадрін О.Г. та співавт., 2016). За офіційними даними, 65-85% серед захворювань біліарного тракту складають функціональні розлади жовчного міхура (ФРЖМ) та сфінктера Одді (СФО) (Наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. №59). Доведено, що причинами міліарного сладжу і літогенезу біліарної системи можуть стати функціональні розлади ЖМ та СФО, а токсична дія жовчних кислот може призвести до розвитку органічних захворювань біліарного тракту (Тяжка О.В. та співавт., 2015; Марушко Ю.В. та співавт., 2016).

Мета дослідження. Визначити клініко-параклінічну характеристику різних варіантів функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді в дітей.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 44 дитини з функціональними розладами жовчного міхура та сфінктера Одді віком від 5 до 11 років. Діагноз верифіковано згідно наказом МОЗ України від 29.01.2013 р. №59. Статистичний аналіз проводився за допомогою методів варіаційної статистики.

Результати дослідження. Середній вік пацієнтів з функціональними розладами жовчного міхура та сфінктера Одді склав $7,73 \pm 0,27$ років. За гендерною ознакою переважали хлопчики (54,5%). При дослідженні у 31 пацієнта (70,5%) виявлено функціональний розлад жовчного міхура (ФРЖМ), у 10 дітей (22,7%) – функціональний біліарний розлад сфінктера Одді (ФБР СФО) та у 3 дітей (6,8%) – функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді (ФПР СФО). У 27 пацієнтів (87,1%) встановлено ФРЖМ за гіпокінетичним типом та у 3 дітей (6,8%) – ФРЖМ за гіперкінетичним типом. При дослідженні біохімічних показників сироватки крові у 4 пацієнтів (12,9%) з ФРЖМ за гіпокінетичним типом було виявлено підвищення вмісту холестерину ($7,64 \pm 0,61$ ммоль/л) та лужної фосфатази ($636,75 \pm 9,52$ н/л), що може свідчити про ознаки синдрому холестазу. В усіх дітей з ФБР СФО було визначено підвищення вмісту аланінамінотрансферази (АлАТ) ($42,9 \pm 2,71$ н/л), аспартатамінотрансферази (АсАТ) ($47,18 \pm 2,58$ н/л) та лужної фосфатази ($503,7 \pm 35,29$ н/л) у сироватці крові, але у 2 дітей (20%) з цим функціональним розладом були також підвищені амілаза ($187 \pm 7,0$ н/л) та холестерин ($7,55 \pm 0,85$ н/л), що може вказувати на синдром холестазу. Усі пацієнти з ФПР СФО мали ознаки біохімічних проявів синдрому холестазу у вигляді підвищення рівня холестерину ($7,7 \pm 0,89$ ммоль/л), амілази ($173,67 \pm 6,89$ н/л) та лужної фосфатази ($636,0 \pm 51,43$ н/л) у сироватці крові. За даними ультразвукового дослідження у дітей з ФРЖМ за гіпокінетичним типом було зареєстровано значне зменшення динамічної скоротливості при випорожненні жовчного міхура, що склало в середньому $22,19 \pm 1,08\%$, та у 4 пацієнтів (12,9%) виявлено гіперехогенний вміст у порожнині жовчного міхура. У пацієнтів з ФРЖМ за гіперкінетичним типом при УЗД збільшення скоротливості жовчного міхура в середньому становило $72,50 \pm 2,87\%$.

Висновки. Отже, наші дослідження виявили особливості варіативності клініко-параклінічної характеристики функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді в дітей. Важливого значення набуває встановлення кагорти дітей, які мають ознаки синдрому холестазу при функціональних розладах біліарної системи. Отримані дані вказують на необхідність подальшого обстеження цього контингенту дітей для удосконалення методів медикаментозної корекції цих станів.

ОБГРУНТУВАННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Абатуров О.Є., Русакова О.О., Ликова А.Е.

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

Противапальна терапія гострого обструктивного бронхіту (ГОБ) у дітей раннього віку залишається невирішеним та особливо дискусійним питанням сучасної педіатрії. Це пояснюється недостатнім вивченням механізмів регуляції запального процесу, що розвивається як захисна реакція макроорганізму на інфікування респіраторними вірусами та є основою формування бронхіальної обструкції.

Метою нашої роботи було дослідження деяких молекулярних механізмів розвитку запалення та обґрунтування доцільності противапальної терапії гострого обструктивного бронхіту в дітей раннього віку.

Проведено комплексне обстеження 80 дітей віком від 6 місяців до 3 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в умовах інфекційного відділення для дітей раннього віку №3 КЗ «Дніпропетровська міська дитяча клінічна лікарня №1 ДОР» з приводу гострого обструктивного бронхіту. У всіх дітей визначено рівень експресії фактора транскрипції NF-κB у лімфоцитах периферичної крові, вміст γ-інтерферону (IFN-γ), інтерлейкінів (IL) 4, 12 та 13, концентрацію загального IgE у сироватці крові. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням параметричних та непараметричних критеріїв, кореляційного аналізу Спірмена.

За нашими даними, рівень експресії фактора транскрипції NF-κB у дітей раннього віку, хворих на ГОБ, на початку захворювання досягав $0,71 \pm 0,02$ Од. і визначав вираженість інтоксикаційного синдрому ($r=+0,24$; $p<0,05$), ступінь ($r=+0,24$; $p<0,05$) та тривалість ($r=+0,33$; $p<0,01$) дихальної недостатності (ДН). Становить інтерес, що чим вище був рівень експресії NF-κB, тим раніше формувалася бронхіальна обструкція в перебігу інфекційного процесу ($r=-0,35$; $p<0,01$). Цитокиновий профіль обстежених пацієнтів відрізнявся відносно низьким вмістом IFN-γ ($0,98 \pm 0,18$ пг/мл) при високому рівні концентрації загального IgE (діти 6-12 міс. – $39,84 \pm 5,2$ МО/мл; діти 1-3 років – $134,34 \pm 19,54$ МО/мл). Встановлено, що ступінь тяжкості ДН залежав від вмісту IFN-γ ($r=-0,24$; $p<0,05$) та IL-13 ($r=+0,25$; $p<0,05$), а її тривалість – від концентрацій IL-4 ($r=+0,27$; $p<0,05$), IL-13 ($r=+0,27$; $p<0,05$) та IgE ($r=+0,23$; $p<0,05$) у сироватці крові. Аналіз кореляційних взаємовідношень молекулярно-генетичних та імунологічних параметрів показав, що в гострому періоді ГОБ рівень експресії NF-κB визначав концентрацію прозапального цитокіну IFN-γ ($r=+0,27$; $p<0,05$) та вміст IgE у сироватці крові ($r=+0,43$; $p<0,001$), що в сукупності і формувало активність запальної реакції, характер якої мав алергійну спрямованість, що підкріплювалося прямими взаємозв'язками IgE та IL-4 ($r=+0,22$; $p<0,05$), IL-4 та IFN-γ ($r=+0,29$; $p<0,01$).

Таким чином, для дітей раннього віку, хворих на гострий обструктивний бронхіт, характерним є розвиток активного запального процесу з формуванням Th2-асоційованої відповіді, що робить застосування протизапальних засобів при лікуванні цього захворювання доцільним. Провідним фактором, що визначає цитокиновий статус та зумовлює тяжкість перебігу захворювання, є активність фактора транскрипції NF-κB. Саме глюкокортикостероїди є найефективнішими на сьогодні протизапальними засобами, які гальмують транскрипцію прозапальних генів через вплив на фактори транскрипції, а також індують утворення протизапальних білків незалежно від природи патологічного процесу.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ «ОСАНКА»

Афанасьева И.А., Хайтович Н.В., Евминов В.В., Куделя И.А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев
Вертебрально-оздоровительный центр Евминова, г. Киев

Среди детского населения Украины распространённость нарушений осанки составляет от 60% до 80%. Это, по-видимому, связано с изменившимися социально-экономическими условиями, неблагоприятной экологической обстановкой среды обитания и гиподинамией.

Целью исследования было изучение состояния осанки у детей школьного возраста с применением программы «Осанка».

Материал и методы. Исследования включали 1520 учеников школ г. Киева в возрасте от 6 до 17 лет. Все дети были обследованы с помощью фото-геометрической программы «Осанка» (по контрольным точкам, выставленным специалистом на теле ребенка, вычисляются углы перекоса (плеч, лопаток, таза и т.д.), определяется наличие, степень и место расположения искривления позвоночника).

Дети были разбиты на три группы: I группа – дети в возрасте 6-9 лет (42%), II группа – 10-12 лет (25%), III группа – 12-17 лет (33%). Девочек среди исследованных было 57%, а мальчиков – 43%.

Результаты исследования. По результатам обследований у 75% школьников выявлены нарушения опорно-двигательного аппарата в виде перекоса таза во фронтальной плоскости, нарушения осанки, плоско-вальгусной установки стоп. Было отмечено физиологическую осанку у 41% учеников I группы, 17% учеников II группы и 15% – III группы. Сколиотическое нарушение осанки отмечалось у 35% детей I группы, у 46% обследованных II группы, а 37% учеников III группы. У исследуемого контингента детей наблюдались различные типы нарушений осанки в сагиттальной плоскости: сутулая, круглая, кругловогнутая, плоская, плосковогнутая спина. Разновысокость нижних конечностей до 1 см у детей младшего возраста определялась в 55% случаев, а у обследованных старшей возрастной группы (III группа) – в 89% случаев. Одним из преимуществ фото-компьютерного метода является доступность и наглядность данного обследования.

Выводы. По результатам обследований у 75% школьников выявлены нарушения опорно-двигательного аппарата в виде перекоса таза во фронтальной плоскости, нарушения осанки, плоско-вальгусной установки стоп. Программа «Осанка» позволяет в детских учреждениях централизованно проводить диагностику и мониторинг осанки у детей разных возрастных групп.

КОМПЛЕКСНИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛІТАЦІИ ДІТЕЙ В МЕДИКО-РЕАБИЛІТАЦІОННИХ ЦЕНТРАХ НА БАЗЕ ДОМОВ РЕБЕНКА ОТКРИТОГО ТИПА

Балычевцева И.В., Кривошеева В.В.

Донецкий национальный медицинский университет, г. Краматорск

Восстановление здоровья заболевшего ребенка во всех аспектах, в том числе и функциональном, должно быть в центре внимания врача-педиатра. Под реабилитацией понимают активные мероприятия, с помощью которых возможно полное восстановление функций, нарушенных вследствие заболевания или травмы, либо оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида с активной интеграцией его в общество. Для выполнения Государственной целевой программы реформирования системы учреждений для детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, утвержденной Кабинетом Министров Украины от 17.10.2007 №1242 было утверждено распоряжение главного управления охраны здоровья Донецкой области о создании и порядке функционирования отделений медико-социальной реабилитации открытого типа в домах ребенка (приказ №8 от 10.01.2013). В реабилитационные центры направляются дети, которые проживают в семьях и нуждаются в проведении медико-социальной реабилитации. Дети принимаются в центры в возрасте до 4 лет, на основании заявления родителей, срок проведения реабилитации составляет 45 дней, в случае необходимости по решению лечебно-консультативной комиссии дома ребенка срок пребывания в отделении может быть продолжен до 90 дней. В год ребенку проводилось не более двух курсов реабилитации.

Реабилитационные мероприятия на базе центров осуществляются в нескольких направлениях: медицинское – диагностика, лечение и профилактика; физические – ЛФК, механо- и трудотерапия, которые направлены на повышение работоспособности организма; психологическое – направленное на ускорение процесса адаптации реабилитируемого к новому состоянию. Наиболее часто в реабилитационные центры поступают дети с диагнозами задержка темпов психоречевого развития и ДЦП.

В реабилитационном процессе принимают участие педиатр, невролог, психиатр, физиотерапевт, психолог, педагог, логопед-дефектолог, музыкальный работник, инструктор ЛФК. По показаниям приглашаются другие специалисты. Комплекс предусматривает одновременное воздействие на все звенья патогенеза развития хронического психоэмоционального стресса, лежащего в основе развития выраженной задержки психического развития, и направлен на нормализацию показателей эмоционального статуса путем расширения социальных контактов, на стимуляцию положительных эмоций, познавательной деятельности и снижение тревоги. С этой целью проводятся ароматерапия, арт-терапия, используется методика Монтессори.

Учитывая высокую частоту нарушений моторного развития, используются кондуктивная терапия, лечебная физкультура, кинезотерапия (использование роботизированных тренажеров Гросса и "MOTOMed Gracile 12"). Внедрение такого рода тренажеров позволяет количественно и точно дозировать физическую нагрузку в процессе занятия, а также подбирать индивидуальный режим двигательной активности с последующим анализом тренировки на основе полученных результатов.

Компенсация нарушенной функции может быть осуществлена только при условии мобилизации всего организма целиком, поэтому комплексный подход к реабилитации детей в медико-реабилитационных центрах, в которых разработан индивидуальный характер лечебно-реабилитационных мероприятий, дает новые возможности детям-инвалидам для социальной адаптации. При катamnестическом наблюдении достигнутые положительные результаты у детей, прошедших курс реабилитации в центре, сохранялись на длительное время.

ВПЛИВ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З СЕЗОННОЮ АЛЕРГІЄЮ

Беш Л.В., Штойко Т.В., Задворна О.І.

Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького, м. Львів
Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр, м. Львів

Актуальність дослідження. Впродовж останніх років значно зросла частота алергічної патології серед дітей і реєструється велика кількість сезонних захворювань, які розвиваються внаслідок сенсibilізації організму до пилку рослин.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування сезонної алергії у дітей на підставі вивчення доцільності введення в терапевтичний комплекс алерген-специфічної імунотерапії і вдосконалення моніторного спостереження за перебігом хвороби і лікуванням.

Дизайн дослідження. Загалом у дослідження було включено 60 дітей віком від 6 до 16 років, хворих на алергічний риніт та ринокон'юктивіт (40 дітей) і бронхіальну астму (20 дітей), з них 30 дітей поряд з базисним лікуванням отримували алерген-специфічну імунотерапію (АСІТ) і склали основну групу. У групу порівняння увійшло 30 дітей, які отримували виключно базисне лікування. В основній групі було – 22 (73%) хлопчиків, та 8 (27%) дівчаток, середній вік становив – $12,5 \pm 0,19$ років. В групі порівняння – 19 (63%) хлопчиків, та 11 (37%) дівчаток, середній вік – $12,2 \pm 0,25$ років. 15 пацієнтів основної групи отримували сублінгвальну АСІТ з використанням алергенів Diater (Іспанія), інша ж половина отримувала підшкірну АСІТ вітчизняними алергенами. Усім досліджуваним проводилось бальне оцінювання клінічної симптоматики захворювань опитувальниками якості життя F. Juniper в період включення в дослідження та через рік після початку лікування. Ми оцінювали інтенсивність носових та очних симптомів (max. кількість балів 6), а також вираженість симптомів астми (max. кількість балів 7).

Результати. У період включення в дослідження у пацієнтів основної групи, які отримували сублінгвальну АСІТ, носові симптоми були оцінені в $4,3 \pm 0,5$ бали, через один рік після початку лікування – $3,4 \pm 0,3$ бали. Серед пацієнтів, які отримували підшкірну АСІТ зареєстровано відповідно $4,6 \pm 0,1$ та $4,0 \pm 0,1$ бали. У групі порівняння отримано показники – $4,5 \pm 0,2$ та $4,8 \pm 0,3$ бали. Очні симптоми у основній групі склали: сублінгвальна АСІТ – $4,3 \pm 0,1$ до лікування та $3,5 \pm 0,1$ через рік; підшкірна АСІТ – відповідно $3,5 \pm 0,1$ та $3,1 \pm 0,1$. Діти групи порівняння показали – $4,2 \pm 0,1$ та $4,3 \pm 0,1$ бали. У пацієнтів з бронхіальною астмою було отримано такі зміни бальних оцінок симптомів: сублінгвальна АСІТ – $5,2 \pm 0,1$ бали перед лікуванням та $4,3 \pm 0,1$ бали після першого року лікування, підшкірна АСІТ – відповідно $4,5 \pm 0,1$ і $4,2 \pm 0,1$ бали. Група порівняння показала – $4,4 \pm 0,1$ та $4,5 \pm 0,1$ бали.

Висновки. Проведені дослідження ще раз довели ефективність АСІТ в лікуванні сезонної алергії у дітей. Показано, що АСІТ потрібно поєднувати з базисним медикаментозним лікуванням, причому перевагу слід надавати сублінгвальному методу, оскільки він дозволяє досягти кращої прихильності пацієнтів до лікування.

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

**Белоусова О.Ю., Савицька О.В., Солодовніченко І.Г., Павленко Н.В.,
Каафарані Аббас Махмуд**

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Мета: проаналізувати ендоскопічні дані слизової оболонки (СО) антрального відділу шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку (ДДіМШВ) при захворюваннях гастроудоденальної зони (ЗГДЗ).

Матеріали і методи: обстежено 83 пацієнта віком від 6 до 10 років, які страждають ЗГДЗ. Діагноз був верифікований згідно наказу №59 від 29.01.13 р.. Усім пацієнтам проведено ФГДС з подальшим морфологічним дослідженням біоптатів, індикацією *Helicobacter pylori* (HP) за допомогою уреазного Хелпіл-тесту, а також Хелік-тесту.

Результати: При візуальному огляді порожнини шлунка і ДПК у двох обстежених дітей спостерігалася інтактна слизова оболонка шлунка і ДПК. Найбільш поширеними фіброгастроскопічними знахідками були: гастропатія (у 78 (94,0%) обстежених хворих), дуоденопатія (у 74 (89,2%) дітей), пухкість СОЖ і ДПК (у 46 (55,4%) з 83 обстежених дітей); набряк (у 72 (86,7%) дітей) і гіперемія СО (у 77 (92,8%) дітей). Ерозії СО виявлені у 21 (25,3%) дитини, в тому числі у 19 (22,9%) – ерозії в СО ДПК; у 1 (1,2%) – в антральному відділі шлунка і у 1 (1,2%) – в ДПК і антральному відділі шлунка. Досить часто фіксувалося недостатнє змикання ворота; у 31 (37,3%) дитини зазначалась велика кількість рідини і слизу в шлунку. У 20% дітей патологічні зміни СО антрального відділу шлунка при морфологічному дослідженні підтверджені не були. Всі ці пацієнти були HP-негативні.

Висновки: Аналіз обсіменіння HP дозволив встановити, що в міру зростання тяжкості морфологічних змін підвищується забрудненість HP: даний показник склав 100% при активності запального процесу, що відповідає «++» і «+++». Проведений кореляційний аналіз виявив достовірні сильні зв'язки між контамінацією HP і результатами гістологічного дослідження, причому найбільш міцна кореляція ($r = 0,763$) існувала між контамінацією HP і активністю запального процесу.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ ВОЛЬФРАМА

Бобрикович О.С., Гаріджук Л.І., Василів Т.В.*

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ,

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Синдром Вольфрама (синдром DIDMOAD) – акронім від англійського: Diabetes Insipidus – нецукровий діабет; Diabetes Mellitus – цукровий діабет; Optic Atrophy – атрофія зорового нерва; Deafness – туговухість.

Синдром був описан вперше Вольфрамом та Вагнером в 1938 році. Зустрічається 1 випадок на 770 тис. населення.

Причинами розвитку є генетично обумовлена інактивуюча мутація в Wolfram-гені (WFS-1 або WFS-2).

Клінічна картина синдрому Вольфрама розвивається в дитячому віці (1-10 років). Починається з проявів симптомів цукрового діабету. При цьому формується неаутоімунний цукровий діабет в поєднанні з атрофією зорових нервів (проявляється прогресуючою втратою зору). Пізніше розвивається нецукровий діабет центрального генезу та туговухість (прогресуюче зниження слуху). Неврологічна симптоматика: нейрогенний сечовий міхур; міоклональна епілепсія; атаксія; дизартрія; нистагм. Деколи розвивається аносмія, інсульт, пігментний ретиніт, анемія, нейтропенія, тромбоцитопенія.

Додаткові ознаки: гіпогонадізм, дисфункція автономної нервової системи, яка призводить до розвитку нейропатичного сечового міхура з подальшим розвитком гідронефрозу, а пізніше – хронічної ниркової недостатності, дихальні розлади, розумова відсталість, на УЗД нирок у 50% виявляють аномалії сечової системи (гідронефроз, дилатацію сечоводів).

Форми синдрому Вольфрама: повна форма – всі чотири складові (цукровий діабет, нецукровий діабет, оптична атрофія, туговухість); неповна форма – оптична дистрофія і цукровий діабет.

Лікування синдрому Вольфрама: замісна терапія препаратами інсуліну, десмопресину, симптоматична терапія. Корекція слуху за допомогою слухових апаратів.

Дівчинка 10 років, народилась від другої неускладненої вагітності, других фізіологічних пологів. У дев'ятимісячному віці перенесла ішемічний інсульт в басейні лівої середньої мозкової артерії. З того ж часу у дитини часто знижується рівень гемоглобіну до 40 г/л, в березні 2008 року госпіталізована у відділення АІТ з приводу анемії складного генезу. Неодноразово отримувала препарати заліза та переливання кровозамінників. У віці 8 років дитині діагностовано цукровий діабет 1 типу (отримує інсулінотерапію).

Об'єктивно: дитина правильної тілобудови, задовільного відживлення. На стегнах ліподистрофії. Укорочення правої ноги і руки, деформація пальців правої стопи. Консультована офтальмологом: часткова атрофія дисків зорових нервів, макулодистрофія; сурдологом – двобічна сенсоневральна приглуховатість III ступеня. Враховуючи анамнез та результати додаткових обстежень підтверджено синдром Вольфрама.

Прогноз захворювання – розвиток повної втрати зору та слуху, тяжкі ниркові та неврологічні порушення в майбутньому. Вік летальності від 25 до 49 років, причинами смерті можуть бути – ниркова недостатність та уросепсис, порушення дихання центрального генезу.

ПОКАЗНИКИ ГРАДІЄНТУ ТЕПЛООВОГО ПОТОКУ З ПОВЕРХНІ ТІЛА У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГЕМОЛІТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Одеський національний медичний університет

Васильченко Л.В., Лотиш Н.Г., Мерікова Н.Л., Гоностаєва Н.Ю., Папінко Р.М.

Сучасні літературні дані свідчать про залежність інтенсивності потоку тепла з поверхні тіла від ступеня перфузії тканин. Ґрунтуючись на цьому, нами були проведені дослідження градієнту теплових потоків у дистальних та проксимальних відділах у здорових та хворих дітей з різними варіантами та ступенями тяжкості ГХН. Мета роботи також полягала у визначенні різниці теплових потоків з різних частин тіла в залежності від конфлікту та тяжкості перебігу хвороби.

Градієнт теплового потоку за даними дистанційної термометрії вивчали у 30 доношених новонароджених дітей з гемолітичною хворобою різних ступенів тяжкості: з легким ступенем ГХН – 14 немовлят, з середнім ступенем – 11, з тяжким перебігом захворювання – 5. Контрольну групу склали 20 здорових доношених дітей. Вимір інтенсивності теплового потоку з поверхні тіла здійснювався у 5 точках: проекція серця; тильні поверхні кистей та стоп.

Середні значення градієнту теплового потоку з поверхні тіла здорових новонароджених та дітей з ГХН за даними дистанційної термометрії (Вт/см²)

Групи дітей	Стат. показ.	Величина теплового потоку (Вт/см ²)				
		Серце	Права рука	Ліва рука	Права стопа	Ліва стопа
Легкий ГХН	M±m	958.3±14.2	710.6±20.6 *	712.4±22.2 *	616.4±21.2 *	612.3±18.2 *
Середньотяжий ГХН	M±m	946.8±22.2	645.8±15.2 *	636.5±26.2 *	500.4±24.3 *	487.3±24.2 *
Тяжкий ГХН	M±m	942.4±24.3	573.2±24.2 *	545.1±21.6 *	389.2±17.6 *	392.4±22.5 *
Здорові	M±m	995.1±17.1	830.2±19.2	840.1±25.0	720.1±29.1	715.2±30.0

Примітка: * - статистично вірогідно відмінно від здорових малюків

Дослідження виявили різницю між показниками градієнту теплового потоку з проекції серця та кінцівками у всіх обстежених дітей, як хворих, так і здорових. Значно більший градієнт визначався над проекцією серця, який не мав статистично вірогідної різниці проміж здорових новонароджених та дітей з гемолітичною хворобою різних ступенів тяжкості. Вірогідні розбіжності показників були лише з проекції проксимальних та дистальних відділів тіла. За зміною ступеня тяжкості захворювання ця різниця зростала. Найбільша різниця спостерігалася між здоровими новонародженими та хворими з тяжким перебігом хвороби. За результатами дослідження також було встановлено статистично вірогідна різниця градієнту теплового потоку між показниками над проксимальними та дистальними частками тіла у хворих немовлят. Різниця збільшувалась пропорційно тяжкості захворювання. Розбіжностей показників градієнту теплового потоку у новонароджених з гемолітичною хворобою над центральною, проксимальною та дистальною частками тіла в залежності від варіанту конфлікту ми не отримали.

Таким чином, доведено, що між тяжкістю гемолітичного процесу та величиною теплового потоку з поверхні тіла є взаємозв'язок: чим тяжче перебігає ГХН, тим менше градієнт теплового потоку над поверхнею кінцівок і тим більша різниця значень досліджуваного показника між центральними, дистальними і проксимальними поверхнями тіла.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ШКІЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Васюкова М.М.¹, Починок Т.В.¹, Казакова Л.М.¹, Антошкіна А.М.²

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

Запропонований останніми роками термін «фізичне здоров'я» характеризує адаптаційні можливості організму дитини і визначається як динамічний стан організму людини та характеризує резерв функцій організму для виконання власних біологічних і соціальних функцій. За останні роки спостерігається збільшення кількості навчальних закладів нового типу (гімназій, ліцеїв), які передумовлюють більш значне навчальне навантаження порівняно із загальноосвітніми школами. Деякими дослідниками проводилось вивчення фізичного здоров'я, але в більшості ці дослідження стосувались дітей раннього шкільного віку та не враховували інтенсивності шкільного навантаження. Тому метою роботи було порівняти фізичний розвиток (за центильними стандартами) та адаптаційні можливості серцево-судинної системи на фізичне навантаження (за індексом Руф'є) дітей середнього шкільного віку загальноосвітньої школи та дітей спеціалізованої гімназії які відвідували навчальний заклад зі значним шкільним навантаженням протягом 2-3 років для розробки подальших рекомендацій щодо покращення можливостей дитячого організму для виконання шкільних навантажень.

В роботі було обстежено 154 дитини середнього шкільного віку (75 учнів гімназії та 79 учнів середньої загальноосвітньої школи м. Києва). Фізичний розвиток загалом у більшості дітей був середнім (70,7% гімназистів, 60,8% школярів). В той же час фізичний розвиток високий та вище середнього частіше реєструвався у школярів (36,7%) ніж у гімназистів (24,0%). Дисгармонійний розвиток реєструвався у гімназистів за рахунок збиткової маси (8,6%), а у дітей загальної школи – за рахунок високорослості (12,7%). Оцінка резерву функціональних можливостей серцево-судинної системи показала, що кількість дітей з рівнем вище середнього та високим (тих, що можуть відвідувати загальну групу з фізичної підготовки у школі) загалом була дуже низька, але серед дітей гімназії практично у два рази нижча ніж в учнів загальної школи (10,1% та 19,6% відповідно). Адаптаційні можливості середнього рівня у групах практично не відрізнялись (можуть відвідувати підготовчу групу). Діти, що мали індекс Руф'є нижче середнього та низький частіше реєструвались у гімназистів (можуть відвідувати тільки спеціальну групу).

Таким чином, проведені дослідження свідчать, що показники фізичного розвитку не завжди корелювали з показниками адаптаційних можливостей серцево-судинної системи дитини на фізичне навантаження. В середньому показники фізичного здоров'я у гімназистів були гірші, ніж у школярів, що потребує індивідуальних підходів до розробки оздоровчих програм для поліпшення рівня фізичного здоров'я дитини та корекції програм фізичної підготовки у навчальних закладах з урахуванням шкільного навантаження.

ЕКОЗАЛЕЖНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ЗАХВОРЮВАНІСТІ НА НОВОУТВОРЕННЯ ТА ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ У ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ КРАЇНИ

Волосовець О.П.

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Стан здоров'я дитячого населення країни не можна визнати задовільним. Спостерігається значна поширеність хвороб дитячого віку, перш за все хвороб органів дихання, уражень шкіри, травм, інфекцій, хвороб травного тракту. Більшість із цих хвороб мають основними у генезі екологічні фактори та нераціональний образ життя і харчування з недотриманням норм гігієни, тютюнопаління. Як наслідок, звертає на себе увагу зростання онкологічної патології та уроджених вад розвитку.

В Україні за роки після аварії на ЧАЕС поширеність новоутворень у дітей зросла у 1,94 рази до 68,8 тисяч випадків. За даними Центру медичної статистики МОЗ України у 2016 році було виявлено 25,9 тисяч нових випадків новоутворень, що складає 3,41 на 1000 дітей. Серед лідерів по виявленню пухлин – Сумська (8,6 на 1 тис. дітей, Харківська (6,08), Вінницька (5,39), Черкаська (5,22), Полтавська (4,56), Кіровоградська (4,41), Волинська (3,64), Хмельницька (3,77), Дніпропетровська (3,7), Херсонська (3,53), Житомирська (3,43) області. Найменше випадків новоутворень виявлено: у м. Києві (2,0), Тернопільській (2,55), Чернівецькій (2,62), Одеській (2,44), Чернігівській (2,62), Запорізькій (2,83), Київській (3,22), Львівській (3,3) областях. Звертає на себе увагу зростання захворюваності пухлинами у низці регіонів, які були забруднені внаслідок аварії на ЧАЕС у 1986 році та великих промислових центрах.

На жаль, Україна знаходиться у загальносвітовому тренді зростання кількості пухлин у дітей. Згідно з даними 153 онкологічних центрів з 62 країн світу, проведеними під егідою ВООЗ, з 2001 по 2010 рік кількість новоутворень серед дітей збільшилася на 13% в порівнянні з 1980-ми роками. Щорічно пухлини виявляють у 140 з мільйона дітей у віці до 14 років, що пов'язує із спадковістю. Найпоширенішим видом раку серед дітей до 15 років є лейкемія, що складає третину всіх випадків пухлин. На 2 місці - пухлини ЦНС, а на третьому – лімфоми. У дітей до 5 років третина всіх випадків раку становили ембріональні пухлини.

За останні двадцять років також спостерігається зростання на 34% поширеності вроджених вад розвитку (далі – ВВР), які зареєстровані у 218 469 у дітей. Щорічно виявляється 42841 випадків вроджених вад розвитку або 5,6 на 1000 дітей (17514 у дітей до року). З них 10134 випадків, що складає 23,65% від загального числа ВВР, це вроджені вади серця. Від вроджених вад розвитку у 2016 році померло 238 немовлят, що склало 27,2% серед усіх зареєстрованих причин смертності. Найбільше ВВР у 2016 році було виявлено у м. Києві (15,10 на 1000 дітей), Кіровоградській (11,6), Харківській (9,04), Вінницькій (7,96), Дніпропетровській (6,8), Запорізькій (6,97) та Київській (6,56) областях. Цікаво, що географія захворюваності на ВВР практично співпадає із захворюваністю на рак у великих промислових регіонах. Найменше ж випадків ВВР спостерігалось у Чернівецькій (2,72), Полтавській (2,8), Сумській (3,35), Івано-Франківській (3,98), Тернопільській (3,84), Одеській (4,08), Черкаській (4,1), Львівській (4,12), Волинській (4,13), Чернігівській (4,3), Херсонській (4,77) областях. Усе зазначене вимагає від лікарів особливої уваги до цієї патології та життя усіх заходів щодо її своєчасного виявлення та направлення на лікування до спеціалізованих закладів охорони здоров'я та клінік наукових установ.

ЗНАЧЕННЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Волосовець О.П.

Міністерство охорони здоров'я України

Для кожної країни немає важливішої справи ніж охорона материнства та дитинства. Саме тому якісна підготовка дитячих лікарів є пріоритетом вітчизняної вищої медичної освіти. На цей час дитячих лікарів в Україні вкрай недостатньо – кількість вакантних посад разом з неонатологами, дитячими інфекціоністами та хірургами складає більше тисячі осіб. На 9,2 тисячах лікарських посад нині працює лише 6885 педіатрів, з яких більше третини пенсіонери. Особливо складна

ситуація у південно-східних регіонах та зоні АТО, де спостерігається найбільша нестача медичних працівників. Пам'ятаймо про понад 150 тисяч дітей з числа біженців від війни на Донбасі, які потребують особливої уваги, медико-психологічної підтримки, а з цим може впоратися тільки якісно підготовлений лікар. На часі відновлення диспансеризації, створення університетських дитячих клінік. У країні один з найнижчих рівнів імунізації, зростає захворюваність та поширеність дитячих хвороб, зокрема й інфекцій, на тлі зростання вірулентності та антибіотикорезистентності основних збудників.

Зусилля медичної громадськості та Асоціації педіатрів України щодо запровадження окремої освітньо-наукової спеціальності «Педіатрія» в розділі галузі знань «Охорона здоров'я» були підтримані Урядом країни прийняттям відповідної постанови Кабінету Міністрів України від 1 лютого 2017 року №53. Відповідно до рішення МОЗ України та враховуючи кадровий дефіцит сімейних лікарів, було прийняте рішення щодо повернення педіатрів до первинної ланки. Адже більше половини країн ЄС успішно використовують змішану модель догляду за дитиною – педіатра і спеціально підготовленого з педіатрії родинного лікаря, а у третині країн Європи дітей до 7 років спостерігають тільки педіатри.

Нині в країні існує ступенева система підготовка лікарів-педіатрів, яка починається з шестирічної додипломної підготовки з наступною двохрічною інтернатурою (резидентурою) та отриманням сертифікату лікаря-спеціаліста, що дає право на медичну практику на території України. Підготовка понад 3510 майбутніх дитячих лікарів проводиться на відповідних факультетах у 11 медичних університетах та 2 медичних академіях. Післядипломна підготовка здійснюється у трьох медичних академіях післядипломної освіти (м. Київ, Харків, Запоріжжя). Попередній минулорічний досвід існування педіатрії у якості спеціалізації у рамках спеціальності «Медицина» довів його неефективність, адже на місця держзамовлення вступило лише 17(!) осіб до Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, який єдиний зберіг таку форму підготовки дитячих лікарів.

Отже, нині перед колективами медичних університетів та академій стоїть завдання щодо розробки сучасних стандартів підготовки дитячих лікарів, які мають базуватись на засадах доказової медицини. При їх формуванні необхідно враховувати національні традиції та досягнення і досвід європейської системи вищої світи та медичної допомоги, які б забезпечували глибоку наукову і практичну підготовку лікарів-педіатрів на базі кращих міжнародних практик.

Впровадження проблемно-орієнтованого навчання педіатрів дозволить підвищити ефективність використання знань та поступово відійти від традиційної патерналістської моделі у медичній освіті. В цілому такі освітні інновації повинні широко використовуватися у безперервному професійному розвитку лікарів-педіатрів, який є обов'язковим у більшості країн ЄС та контролюється лікарськими асоціаціями.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБИГУ ТА ВРОДЖЕНІ ВАДИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ УКРАЇНИ

О.П. Волосовець

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Не можна вирішити проблему прогресуючого зростання захворюваності на хвороби системи кровообігу (далі – ХКО) у дорослих, не вирішивши завдання щодо раннього виявлення, лікування й профілактики кардіологічної патології у дитинстві.

Захворюваність на хвороби системи кровообігу у 2016 році становила 59 745 нових випадків ХКО або 78,5 на 10 тис. дітей (у 2015 р.– 64,2 тис. або 84 на 10 тис. дітей), з них 2316 випадків зареєстровано у дітей першого року життя. Поширеність ХКО серед дітей 0-17 років в минулому році склала 257 тисяч випадків серцевих хвороб (у 2015 – 262,2 тисяч випадків) або 337,5 на 10 тис. дітей. Помірне зменшення показників можливо зумовлене неповною статистичною інформацією, що надходить до МОЗ України внаслідок ситуації на Сході країни, а також зменшенням настороженості дитячих та родинних лікарів щодо ХКО та вроджених вад розвитку системи кровообігу (ВВС) у низці регіонів.

Нині питома вага ХКО складає 2,02% від загальної кількості хвороб дитячого віку із максимумом виявлення у підлітковому віці. Найвищі рівні захворюваності на ХКО спостерігались у Харківській, Рівненській, Івано-Франківській, Житомирській, Луганській, Миколаївській, Черкаській, Полтавській, Тернопільській, Донецькій та Запорізькій областях. Погіршився рівень виявлення ХКО у дітей з м. Києва, Львівської, Херсонської, Закарпатської, Волинської, Кіровоградської, Чернігівської та Одеської областей, що, вочевидь, обумовлено недостатнім рівнем укомплектованості та оснащеності дитячої кардіоревматологічної служби. Укомплектованість штатних посад дитячих кардіоревматологів основними працівниками (235 осіб) складає 79,8%, а з урахуванням сумісництва – 88,4%.

В Україні низькі рівні виявлення дітей з есенціальною гіпертензією – 2715 випадків або 3,6 на 10 тис. дітей (у 2015 р. – 2637), з яких 885 випадків хвороби виявлено уперше.

У 2016 році було зареєстровано 52746 дітей з неревматичними ураженнями клапанів або 69,3 на 10 тис. населення (у 2015 р. – 52 954 дітей), з них уперше зареєстровано 10 674 випадків. У той же час несуттєво зросло виявлення гострої ревматичної гарячки, яка була діагностована у 116 дітей (2 випадки на 100 тис. дітей) проти 97 випадків у 2015 році. У 2016 році дещо збільшилась кількість дітей з інвалідністю внаслідок ХКО до 1482 осіб проти 1421 у 2015 році. Під диспансерним спостереженням знаходиться тільки 77,7% (у 2015 р. – 74,3%) дітей з хронічними ревматичними ураженнями серця, 84,8% дітей з ревматоїдним артритом (у 2015 р. – 82,6%) та 86,4% (у 2015 р. – 86,2%) дітей з ВВС.

Захворюваність на ВВС серед дітей країни в останній час стабілізувалась. У цілому в країні нараховується 66 391 дітей з ВВС, що складає 87,2 випадки на 10 тис. дітей (у 2015 р. – 64 221 або 84,3 на 10 тис. дітей). У 2016 році вперше було виявлено 10134 випадків ВВС (у 2015 р. – 10 442). З них 4995 випадків або 130,8 на 10 тис. дітей у дітей першого року життя, що дещо менше у порівнянні з 2015 роком, коли вперше було виявлено 5208 випадків ВВС. Найбільше виявляється ВВС у дітей з: Харківської, Вінницької, Запорізької, Дніпропетровської, Херсонської, Рівненської, Донецької областей та м. Києва. Свідченням системності роботи дитячої кардіоревматологічної служби є стале збільшення виявлення ВВС саме у дітей у віці до 1 року, коли діагностується 49,3% від загальної кількості вперше виявлених випадків ВВС.

ЯКИМ МАЄ БУТИ ПЕДІАТРИЧНИЙ ОСВІТНЬО-НАУКОВО-ЛІКУВАЛЬНИЙ КЛАСТЕР

Волосовець О.П., Дзюба О.Л., Кузьменко А.Я., Кривопустов С.П., Прохорова М.П., Черній О.Ф., Логінова І.О., Шевцова Т.І., Мигаль В.Г., Мозирська О.В., Ємець О.В., Острополець М.С., Грищенко Н.В., Криворук І.М., Скварська О.О., Гелескул Л.М., Царьова Н.М., Каруліна Ю.В., Баликіна Н.В., Гнатюк С.М., Макуха М.Т., Дзюба І.М., Іорданова С.В., Соколова Я.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2, м. Київ

Прогресуючі зміни у системі охорони здоров'я, зокрема у її педіатричній ланці, суттєвий дефіцит дитячих лікарів, патоморфоз більшості хвороб у дітей вимагають системних змін у наданні медичної допомоги дитячому населенню. У цій ситуації як ніколи необхідна спільна ефективна робота педіатричних кафедр медичних університетів і академій та дитячих закладів охорони здоров'я.

Значним кроком вперед у цій справі має стати створення освітньо-науково-лікувальних кластерів: університет – лікарня (або декілька профільних лікарень) – науково-дослідний інститут, які б об'єднували однією метою декілька установ різного відомчого підпорядкування та форм власності. Однією з форм такого кластеру може стати університетська педіатрична лікарня або госпіталь з метою поліпшення організації та якості спільної роботи клінічного закладу охорони здоров'я та клінічних кафедр вищих медичних навчальних закладів задля ефективного надання спеціалізованої медичної допомоги дітям; забезпечення неперервного професійного розвитку медичного персоналу, упровадження сучасних лікувально-діагностичних інновацій у медичну практику. Поки позитивний досвід створення таких освітньо-науково-лікувальних кластерів є у медичних університетів м. Чернівці та м. Тернополя. Але працюють такі університетські лікарні переважно для медичного обслуговування дорослого населення.

Дитяча університетська лікарня має бути потужною багатопрофільною обласною або міською клінічною лікарнею, яка надає спеціалізовану медичну допомогу дітям та на базі якої працюють кафедри педіатрії державних вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти, що проводять додипломну або післядипломну підготовку дитячих лікарів, створюють сучасні науково-практичні розробки та впроваджують їх у практику.

Як зразок можемо навести плідну більш ніж сорокарічну співпрацю кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та її клінічної бази – однієї з кращих дитячих лікарень України – Київської міської дитячої клінічної лікарні №2, яку започаткував наш Вчитель – відомий радянський та український вчений-педіатр, член-кореспондент АМН СРСР, РАМН, НАН України, НАМН України, професор В.М. Сідельников (1928-1997). Клініка повинна працювати як єдиний організм без усяких відомчих перепон та штучного розмежування лікарів і науковців, саме такий принцип був покладений у роботу нашої лікарні. І нині колективу клініки та кафедри, а вірніше сказати кафедр – адже у 14 клінічних відділеннях лікарні, включаючи 2 відділення анестезіології та інтенсивної терапії для дітей та новонароджених нині працює 7 клінічних кафедр педіатричного профілю Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вдалося досягнути одних з кращих показників ефективної клінічної та наукової роботи задля збереження майбутнього країни.

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПЛОДА НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У МАТЕРІВ

Волошин О.М., Чумак О.Ю., Донцова К.М.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

В акушерській практиці проблема недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) є вельми актуальною з огляду на те, що розповсюдженість цього патологічного стану сягає за даними різних авторів від 26% до 80% серед жінок репродуктивного віку. Згідно відомостям літератури, під час вагітності відбувається підсилення вираженості симптомів НДСТ. З іншого боку, сполучнотканинна дисплазія у жінки суттєвим чином обтяжує перебіг її вагітності. Насамперед, НДСТ негативно відображається на процесі формування плаценти та стані амніотичного середовища. Загроза переривання вагітності має місце приблизно у 50% жінок з НДСТ, а загроза передчасних пологів у них спостерігається у 6 разів частіше, ніж у жінок без значущих проявів сполучнотканинного дисморфогенезу. Отримані свідчення тісного прямого взаємозв'язку між НДСТ та стрімким перебігом пологів. Як наслідок вищезазначеного, не викликає сумнівів присутність несприятливого впливу НДСТ у матерів щодо захворюваності їх новонароджених дітей. Проте, відповіді на питання про сутність, спрямованість та ступінь такого впливу зазвичай є суперечливими.

Мета дослідження полягала у з'ясуванні значущості наявності НДСТ у матерів щодо затримки внутрішньоутробного розвитку їх новонароджених дітей.

Було обстежено 65 вагітних жінок віком 25-30 років, які перебували у пологовому відділенні Рубіжанської міської лікарні протягом 2016-2017 років. Вагітність у всіх випадках була одноплідною. Термін гестації становив 37-40 тижнів, а кількість попередніх пологів – 0-2. У межах наукового дослідження у цих вагітних (до пологів) або у породілей (після пологів) фіксувалася наявність або відсутність деяких загальновідомих фенотипічних ознак НДСТ (симптоми великого пальця та зап'ястя, клинодактилія мізинців, деформація грудної клітки, гіпереластична шкіра, відстовбурчені вушні раковини, нижня та верхня ретрогнатія). Крім того, розраховувався індекс гармонічності розвитку (індекс Вервека) та ще кілька антропометричних співвідношень, певні значення яких свідчать про доліхостеномелію, що також вважається класичним проявом НДСТ. Виходячи із кількості якісних симптомів НДСТ та бальної оцінки антропометричних ознак, виявлених у обстежених жінок, вони були розподілені на 3 групи із різними проявами НДСТ: мінімальними (n=18), середньо вираженими (n=34) і максимальними (n=13). Нами також враховувалися стан функціонування фетоплацентарної системи за результатами ультразвукового дослідження під час вагітності. У новонароджених дітей (36 дівчаток та 29 хлопчиків) враховувалися маса тіла. Діапазон між максимальним та мінімальним її значенням було розділено на 5 інтервалів із наданням їм відповідної бальної оцінки. Застосовуючи метод непараметричного кореляційного аналізу, встановлено, що зростання вираженості НДСТ у жінок перебуває у тісній прямій залежності з фетоплацентарною дисфункцією. Збільшення кількості зовнішніх ознак сполучнотканинного дисморфогенезу (меншою мірою) й ступеня експресії доліхостеномелії (більшою мірою) прямо корелює із затримкою внутрішньоутробного розвитку. Найбільші значення дефіциту маси тіла дітей при народженні зафіксовано у матерів з найбільшою кількістю проявів НДСТ.

Отже, наявність значущих ознак НДСТ у жінок слід вважати суттєвим чинником перинатального ризику.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ В МІОКАРДІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Герасимова О.В., Процюк Т.Л., Гумінська Г.С., Віннічук Л.Л., Марчук О.І.

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

Завдяки тісному морфо-функціональному взаємозв'язку обструктивні зміни при бронхіальній астмі (БА) призводять до ранніх порушень легенево-серцевих відносин, результатом яких є гіпоксична легенева вазоконстрикція, механічне звуження судин і обструкція судинного легеневого ложа, що веде до легеневої гіпертензії (ЛГ). Встановлено взаємозв'язок між тривалістю і глибиною гіпоксії та зниженням кількості енергетичних ресурсів кардіоміоцитів. Ці зміни призводять до нездатності клітин міокарда підтримувати необхідний обмін енергією й речовинами для їх життєдіяльності. При тривалій гіпоксії мітохондріальна дисфункція може бути патогенетичною основою розвитку кардіоміопатій.

Мета дослідження: визначити рівень кардіоспецифічних ферментів та калію у дітей, хворих на БА за різного рівня контролю.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети проведено комплексне обстеження 189 дітей (основної групи) хворих на персистуючу БА віком від 6 до 17 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічно-торакальному відділенні ВОДКЛ та 95 здорових дітей (контрольної групи). У групу порівняння увійшло 30 дітей з контрольованим перебігом БА без змін зі сторони серцево-судинної системи. За допомогою астма контроль тесту, нами були сформовані групи залежно від рівня контролю БА. Першу групу склали 124 дитини ($65,60 \pm 3,45\%$) з неконтрольованим перебігом хвороби (НК БА), другу – 30 пацієнтів ($15,90 \pm 2,65\%$) з частково контрольованою (ЧК БА) та 35 пацієнтів ($18,50 \pm 2,82\%$) – контрольованою БА (К БА). В ході дослідження визначали рівень кардіоспецифічних ферментів: загальної креатинфосфокінази (КФК) та лактатдегідрогенази (ЛДГ) та рівень ізоферментів КФК МВ та ЛДГ1, а також рівень калію в сироватці крові та еритроцитах.

Результати дослідження та їх обговорення. В ході дослідження було встановлено, що у дітей з НК БА рівень K^+ в сироватці крові склав – $3,2 [3,0-4,0]$ ммоль/л і був достовірно нижчим порівняно з дітьми ЧК БА – $3,7 [3,2-4,2]$ ммоль/л ($p < 0,01$), К БА – $4,2 [3,8-4,5]$ ммоль/л ($p < 0,001$), К БА без змін в ССС – $4,3 [3,8-4,7]$ ммоль/л ($p < 0,001$) та контрольної групи – $4,4 [3,9-4,8]$ ммоль/л, ($p < 0,001$). Провівши аналіз рівня K^+ в еритроцитах, підтвердили, що у дітей з НК БА він склав – $68,0 [60,0-80,0]$ ммоль/л і був достовірно нижче порівняно з дітьми ЧК БА – $80,0 [62,0-84,0]$ ммоль/л, К БА – $82,0 [78,0-92,0]$ ммоль/л, К БА без змін в ССС – $83,3 [79,0-92,0]$ ммоль/л та контрольної групи – $84,3 [80,0-93,0]$ ммоль/л ($p < 0,001$). При порівнянні рівня K^+ в еритроцитах у дітей ЧК БА по відношенню до К БА, К БА без змін в ССС та контрольної групи достовірної різниці встановлено не було ($p > 0,05$). Водночас рівень маркерів ушкодження міокарда у дітей з НК БА (загальної КФК – $295,1 [290,1-302,2]$ Од/л, КФК-МВ фракції – $61,2 [46,0-69,5]$ Од/л, загальної ЛДГ – $406,2 [260,2-496,2]$ Од/л та ізофермента ЛДГ1 – $42,5 [32,0-49,0]$ %) був достовірно вищим ($p < 0,01$).

Висновок. У дітей з неконтрольованою БА спостерігається підвищення удвічі рівня загальної креатинфосфокінази та ізофермента лактатдегідрогенази-1, утричі ізофермента креатинфосфокінази-МВ фракції, у півтора рази загальної лактатдегідрогенази та зниження рівня калію. Визначення рівня кардіоспецифічних ферментів та калію дозволить вчасно виявити зміни в міокарді у дітей, хворих на бронхіальну астму.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КАПІЛЯРНОЇ ГІПОКСЕМІЇ ТА ЗМІН МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ ВІД ПІДВИЩЕНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Гнилокурченко А.В., Мітюряєва І.О., Глебова Л.П., Демчук С.М., Альюсеф М.Х.

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

За даними ВООЗ, серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності й інвалідності населення в більшості країні світу. Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найпоширеніших хвороб серцево-судинної системи та все частіше виявляється у осіб молодого віку. Саме тому профілактика розвитку серцево-судинних захворювань повинна починатися у джерел хвороби, тобто у дитячому віці, а не на стадії стабілізації та органних пошкоджень. Для раннього виявлення дітей групи ризику по розвитку серцево-судинних захворювань є необхідним комплексне обстеження морфофункціонального стану серцево-судинної системи у дітей.

Метою даної роботи було оцінити скринінговим методом показники стану периферичної кисневої сатурації та мікроциркуляції в залежності від рівня підвищення АТ у дітей дошкільного віку м. Києва та Київської області.

Матеріали і методи дослідження. Скринінговим методом обстежено 239 дітей віком від 3 до 6 років з дитячих освітніх дошкільних закладів міста Києва та Київської області, з яких в м. Києві обстежено 138 дітей (57,7%) та дещо менше в Київській області – 101 дитина (42,3%). Патологія мікроциркуляторного русла визначалась за допомогою світлової капіляроскопії (модель М 70-А). Збільшення капіляроскопа – $\times 70$. Стан кровотоку визначався в капілярах нігтьового валика, або в перших чотирьох рядах, ближніх до нього, IV пальця на обох руках при безпосередньому візуальному спостереженні. Визначалась форма капілярів, розширення петлі, звивистості артеріального та венозного відділів, наявність аваскуляризованих ділянок та спазмованих капілярів у вигляді «коми».

Результати: Проаналізовано морфологічні зміни капілярів в залежності від рівня підвищення АТ. Доведено, що зі збільшенням перцентильного рівня САТ та ДАТ достовірно підвищується в 2-3,5 рази відповідно кількості дошкільників зі змінами периферичної кисневої сатурації, тоді як морфологічні порушення капілярів спостерігається з частотою майже незалежною від підвищення АТ легкого та середнього ступеня, але при високому ступені – вище 99 перцентилля, прояви патології мікроциркуляції практично не виявляються, що свідчить про виснаження механізмів вегетативної регуляції в умовах гіпоксичного стану. У дошкільників м. Києва, в порівнянні з мешканцями Київської області, капілярна гіпоксемія в 40% випадків достовірно впливає вже на легкий ступінь підвищення САТ, при якому кількість змін мікроциркуляції більше зменшується в 1,8 рази відносно норми, при середньому рівні підвищення САТ – патологія на капі-

ляроскопії збільшується в 1,9 рази, а при високому рівні САТ, як при будь-якому рівні підвищення ДАТ – вона не проявляється. У дітей сільської місцевості визначена більш чутлива система механізмів реагування, коли в 100% та 66,7% випадків капілярна гіпоксемія пов'язана тільки з високим (більше 99 перцентилі) підвищення САТ та ДАТ відповідно, а кількість змін мікроциркуляції вже з легкого ступеня підвищення АТ збільшується в середньому в 3,4 рази по САТ та в 2,4 рази по ДАТ, що вказує на необхідність подальшого вивчення провокуючого впливу різних етіопатогенетичних факторів.

Висновки. Дослідження мікроциркуляції та сатурації є важливою складовою для диспансерної діагностики ризику розвитку серцево-судинних захворювань, незалежно від місця проживання. Виявлена група ризику потребує чіткого контролю артеріального тиску, особливого нагляду кардіолога та профілактичних заходів щодо попередження розвитку вегето-судинної дисфункції та артеріальної гіпертензії в майбутньому.

ПОШИРЕНІСТЬ КАПІЛЯРНОЇ ГІПОКСЕМІЇ ТА ЗМІН МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Гнилокурченко А.В., Мітюряєва І.О., Качалова О.С., Демчук С.М., Альюсеф М.Х.

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

Артеріальна гіпертензія (АГ) – найбільша неінфекційна пандемія світу, оскільки визначає структуру кардіоваскулярної захворюваності та смертності (понад 80%). Питання діагностики, профілактики та лікування АГ у дітей та підлітків посідає найважливіше місце у практиці педіатра та сімейного лікаря. Використання методу капіляроскопії та пульсоксиметрії, як експрес-аналізу реакції мікроциркуляторного русла, дозволяє протягом короткого часу визначити особливості функціонування вегетативної нервової системи та ризику розвитку гіпертензивних станів.

Метою даної роботи було оцінити скринінговим методом поширеність периферичної кисневої сатурації та мікроциркуляції у дошкільників м. Києва та Київської області.

Матеріали і методи дослідження. Скринінговим методом обстежено 239 дітей віком від 3 до 6 років з дитячих освітніх дошкільних закладів міста Києва та Київської області, з яких в м. Києві обстежено 138 дітей (57,7%) та дещо менше в Київській області – 101 дитина (42,3%). Вимірювання SpO₂ проводили трансмісійним пульсоксиметром Neасо. Клінічна інтерпретація результатів сатурації визначалася за наступною класифікацією: 100-95% – нормальний рівень, 94-90% – помірна капілярна гіпоксемія, 89-85% – виражена капілярна гіпоксемія, нижче 85% – глибока капілярна гіпоксемія. Патологія мікроциркуляторного русла визначалась за допомогою світлової капіляроскопії (модель М 70-А). Визначалась форма капілярів, розширення петлі, звивистості артеріального та венозного відділів, наявність аваскуляризованих ділянок та спазмованих капілярів у вигляді «коми».

Результати: Встановлено при скринінговому дослідженні, що у майже кожного 6-го дошкільника (16,3%) відмічені ознаки капілярної гіпоксемії та у кожного п'ятого (19,2%) – патологія мікроциркуляції з підйомом частоти виявлення в 3-х, 4-х та 6-ти річному віці як при нормальних, так і при підвищених рівнях АТ. Згідно даним порівняльного аналізу підвищеного рівня артеріального тиску та порушення периферичної кисневої сатурації у дітей сільської місцевості достовірно наростає кількість капілярної гіпоксемії з підвищенням рівня САТ та ДАТ, тоді як у дошкільників міста відмічено лише достовірне наростання рівня ДАТ. В цілому у всіх дошкільників в 1,5-1,6 разів частіше зустрічається одночасне виявлення змін мікроциркуляції з ознаками капілярної гіпоксемії. Причому, у дітей сільської місцевості виявлена залежність визначається достовірно частіше майже по всім показникам в 2,05 рази за виключенням показника ЗКок. Так, при аналізі структури змін на капіляроскопії у дітей міста Києва з ознаками капілярної гіпоксемії достовірно вище показник звивистості артеріального відділу (ЗАВ) – 47,4%, ніж у дітей без ознак капілярної гіпоксемії (22%). У дітей з ознаками капілярної гіпоксемії сільської області достовірно вище показники розширення і повнокровності петлі (РПП) – 35,3% та звивистості венозної петлі (ЗВВ) – 29,4%, ніж у дітей без ознак капілярної гіпоксемії – 15,5% та 14,3% відповідно.

Висновки. Комплексне обстеження морфофункціонального стану серцево-судинної системи у дітей дошкільного віку, формування чітких критеріїв ризику розвитку гіпертензивних станів, враховуючи особливості функціонування серцево-судинної системи у дітей даної вікової групи, розробка регіональних нормативів артеріального тиску для дітей дошкільного віку та алгоритму скринінгового обстеження серцево-судинної системи для виявлення групи ризику по розвитку гіпертензії має важливе науково-практичне значення та грає важливу роль в своєчасному попередженні розвитку гіпертензії в подальшому.

ПРОГНОСТИЧНІ МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ У ДІТЕЙ

**Денисова М.Ф., Музика Н.М., Чернега Н.В., Задорожна Т.Д.,
Арчакова Т.М., Букулова Н.Ю.**

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

Запальні захворювання кишечника – одна із найбільш актуальних проблем дитячої гастроентерології, медико-соціальне значення якої обґрунтовано недостатньою визначеністю етіології, складністю патогенезу, загрозливими для життя ускладненнями, інвалідизацією хворих в дитячому віці.

Мета: підвищення ефективності діагностики виразкового коліту (ВК) у дітей шляхом визначення морфологічних маркерів несприятливого перебігу захворювання.

В процесі дослідження було комплексно обстежено 80 дітей, хворих на ВК, віком від 3-х до 18 років.

Всім дітям проведено клінічні, лабораторні, інструментальні, морфологічні дослідження.

За даними клініко-лабораторного обстеження встановлено, що існує дві форми ВК – хронічна рецидивуюча (відносно сприятливий перебіг) та хронічна безперервна (несприятливий перебіг), які суттєво відрізняються за морфологічними показниками.

Виразковий коліт рецидивуючого перебігу, навіть за наявності високого ступеня активності запального процесу, характеризується відсутністю дезінтеграційних процесів в слизовій оболонці, в той час як морфологічним субстратом безперервної форми ВК є поєднання морфологічних ознак високого ступеня активності з ознаками ранньої хронізації (вогнища склерозу у власній пластині, порушення архітекτονіки крипт, крипт-абсцеси).

Наявність морфологічних ознак ранньої хронізації запального процесу в кишечнику свідчить про недостатність процесів регенерації в організмі хворого, що прогнозує несприятливий перебіг захворювання та потребує призначення адекватної терапії (комбінованої) вже на первинному етапі обстеження для швидкого отримання ремісії, запобігання ускладнень.

ГЕНЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ АТОПІЧНИХ ХВОРОБ У ДІТЕЙ

Дитятковський В.О.

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

Актуальною задачею для сучасної педіатрії та дитячої алергології є припинення та контроль atopічного маршу (АМ), який стартує з atopічного дерматиту (АД) та продовжується у формі алергічного риніту та/або кон'юнктивітиту (АР, АРК) і бронхіальної астми (БА). Результати цільових аналізів, пангеномних досліджень асоціацій за допомогою імуночипів (genome-wide association studies – GWAS, англ.) та транскриптомних і епігенетичних досліджень дають змогу визначити гени, які грають провідну роль у механізмах патогенезу АМ у дітей. Одним з новітніх механізмів розвитку АД, АР/АРК та БА є однонуклетидні поліморфізми (single nucleotide polymorphisms - SNP, англ.) генів алерген-специфічної відповіді. Зокрема, це філагрін (FLG) – білок епідермісу, який утворює захисний бар'єр, що перешкоджає втраті води та проникненню алергенів та мікроорганізмів. У GWAS, проведених на європейських педіатричних популяціях, виявлено новий локус, який відноситься до SNP FLG як фактору епідермального бар'єру – це хромосомна ділянка 11q13.5, варіант rs7927894. Однак, досліджень даного SNP на українських педіатричних когортах на даний момент не існує.

Мета роботи. Визначити асоціацію SNP FLG rs7927894 та АД, АР/АРК, БА у дітей української популяції, хворих на одну з вищеперерахованих форм АМ.

Матеріали та методи. У дослідження включено 82 дитини віком від 3 до 18 років, хворих на АД, АР/АРК, БА у формі ізольованої або сполученої патології. Основну групу склали 23 дитини (28,05%), хворих на АД. Групи контролю склали діти, хворі на сезонний АР/АРК (50-61%), цілорічний АР/АРК (39-47,56%) та БА (13-15,85%). Для отримання даних дослідження до хворих були застосовані наступні методи: клінічні – збір анамнезу хвороби, сімейного алергологічного анамнезу, огляд та фізикальне обстеження; специфічні параклінічні обстеження: імуноферментний аналіз крові на IgE загальний та специфічні до головних компонентів причинних алергенів, букальний зішкріб для подальшого генотипування на SNP FLG rs7927894.

Очікувані результати. Вищенаведене дослідження – це перше дослідження SNP FLG rs7927894 на українській педіатричній популяції, що надасть можливість: 1) вперше визначити генотип-асоціацію АД, АР/АРК та БА з SNP FLG rs7927894; 2) виявити роль та частку SNP FLG rs7927894 у генезі АМ у дітей української популяції; 3) розробити алгоритм персоналізованої діагностики АД у дитячого населення України; 4) розробити алгоритм персоналізованої профілактики АМ у дитячого населення України на основі встановлення генетичної схильності до розвитку алергічного запалення у шкірі.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ, ЯКА СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ВТОРИННОЮ ДИСАХАРИДАЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Дудник В.М., Мантак Г.І., Андрікевич І.І.

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

Ротавірусна інфекція у дітей залишається актуальною медико-соціальною проблемою у всьому світі. В Україні частота ротавірусного гастроентериту в загальній структурі кишкових інфекцій різної етіології складає від 23 до 50%, а серед дітей до 3-х років – перевищує 60%. Найменш дослідженими залишаються особливості перебігу ротавірусної інфекції, фактори ризику та аспекти лікування.

Серед пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в діагностичному відділенні ВОДКЛ клінічними проявами ротавірусної інфекції, яка потребувала лікування пацієнта в стаціонарних умовах були такі: вираженість інтоксикації, фебрильна лихоманка, наявність ацетонемії, метеоризм у поєднанні з больовим синдромом. Як правило, у більшості пацієнтів з ротавірусною інфекцією має місце розвиток дисахаридазної недостатності вторинного генезу, на тлі та після гострого періоду захворювання. Підтвердженням дисахаридазної недостатності у дітей було визначення генотипу гену лактази. Нами виявлено, що у дітей, хворих на ротавірусну інфекцію, у випадків зустрічається генотип C/C-13910 гену лактази, що асоціюється з менш важкою формою захворювання, яка в більшості випадків перебігає без лихоманки, з коротким за тривалістю синдромом блювання, високою частотою проявів респіраторного синдрому; для дітей з генотипом C/T-13910 гену LCT характерна схильність до важкого перебігу з фебрильною лихоманкою, вираженою діареєю, високою частотою проявів ацетонемічного синдрому, що зумовлює більшу тривалість захворювання. Призначення препаратів, що містять екзогенну лактазу, перорально з першої доби лікування ротавірусного гастроентериту у дітей раннього віку дозволяє зменшити вираженість клінічних і лабораторних ознак вторинної лактазної недостатності, зменшити вираженість і скоротити тривалість діарейного синдрому. Застосування препаратів з екзогенною лактазою дозволяє відмовитись від штучних лікувальних сумішей під час захворювання і покращити фізичний та емоційний стан дитини за рахунок продовження грудного вигодовування у дітей першого року життя.

Висновок. Для прогнозування важкості перебігу ротавірусної інфекції у дітей раннього віку доцільне визначення генотипу гену лактази (LCT). При проведенні лікування ротавірусної інфекції у дітей слід мати на увазі можливість розвитку лактазної недостатності на тлі ротавірусного гастроентериту. З метою підвищення ефективності лікування ротавірусної інфекції у дітей раннього віку, яка перебігає з дисахаридазною недостатністю, покращення клінічного стану і корекції лактазної недостатності доцільно включати до комплексної терапії препарати екзогенної лактази перорально.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ У ДІТЕЙ

Дудник В.М., Сторожук І.В., Шаламай М.О.

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

Велика кількість патологічних станів і захворювань супроводжується кашлем. Вивчення основних механізмів виникнення кашлю дозволяє визначити варіант терапії, яка направлена на розрідження мокротиння, стимуляцію виведення бронхіального секрету, регідратацію слизової оболонки дихальних шляхів. Перевагою фітофармакології є полівалентність дії, ефективність монотерапії, сумісність з іншими лікарськими засобами, безпека. Лікарські препарати рослинного походження відзначаються вмістом великої кількості біологічно активних речовин (алкалоїдів, глікозидів, фітонцидів, ефірних масел, дубильних речовин), які обумовлюють фармакологічну дію, а саме протиалергічну, протизапальну, протівірусну, цитопротекторну, антиоксидантну. Протизапальна дія фітопрепаратів обумовлена здатністю гальмування медіаторів запалення (простогландинів, лейкотрієнів), активізацією нейтрофілів, Т- та В- лімфоцитів, макрофагів. Рослинний сироп «Гамма» повністю відповідає вимогам, які пред'являються до протикашльових засобів, а саме стимулює збільшення секреції та в'язкості мокротиння, його прискореній евакуації з дихальних шляхів. Має в'язучу дію та сприяє зменшенню частоти кашльових рухів. Унікальність дії сиропу «Гамма» полягає в комбінації два в одному: продуктивний кашель – видужування, сухий кашель – продуктивний кашель. Нами проведена оцінка ефективності використання сиропу «Гамма», який представлений комбінацією ефірних олій 12 лікарських рослин. На базі ВОДКЛ було проведено

вивчення доцільності призначення та ефективності препарату «Гамма» при гострих захворюваннях дихальних шляхів у 50 дітей, віком від 6 до 15 років, 58% – дівчата, 42% – хлопчики. Переважала група дітей віком від 6 до 10 років (62%), 38% – діти віком від 10 до 15 років. Проводилася оцінка часу виникнення кашлю, зміни його характеру від сухого до продуктивного, зменшення інтенсивності та часу клінічного одужання. Респіраторний синдром мав місце у 96% хворих дітей. Основна група (25 дітей) на фоні базового лікування гострої вірусної інфекції отримувала препарат «Гамма» у віковій дозі. Контрольна група (25 дітей) не приймали препарат «Гамма» на фоні базового лікування. Дітям до 6 років призначали по 2,5 мл сиропу 4 рази на добу, від 6 до 12 років по 5 мл 4 рази на добу, дітям з 12 років по 10 мл 4 рази на добу. За хворими дітьми проводилося клініко-лабораторне спостереження з ретельним вивченням динаміки кашлю. У 98% дітей на 7 добу лікування кашель повністю купувався, що свідчить про позитивний клінічний ефект при застосуванні препарату «Гамма». В наших спостереженнях будь-яких ускладнень, пов'язаних з застосуванням сиропу «Гамма» не спостерігалося. Ефективність проведеного лікування препаратом «Гамма» оцінено за клінічними і лабораторними показниками.

Таким чином, застосування рослинного сиропу «Гамма» виявило високу клінічну ефективність в якості муколітичного, бронхолітичного, відхаркуючого, протизапального препарату у дітей з кашлем та може використовуватися як самостійний засіб та допоміжний компонент в комплексному лікуванні захворювань респіраторної системи. Не містить компонентів, які коригують смак, запах, колір. Безпека і зручність у дозуванні надають право його застосування в практиці лікаря-педіатра.

ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ У ЖІНОК ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗІ

Єгоров О.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків
Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2, м. Харків

Найбільш частим ускладненням вагітності у жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку шийки матки в анамнезі була загроза переривання вагітності.

Метою даної роботи було дати електроенцефалографічну характеристику недоношених дітей, які народилися у жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку шийки матки в анамнезі. Було обстежено 40 недоношених дітей віком від 3 до 5 місяців, які народилися у жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку шийки матки в анамнезі. Причому в 16 недоношених дітей виявлялися клінічні ознаки судорожної готовності: тремор кінцівок і підборіддя, рухове занепокоєння, пожвавлення сухожильних рефлексів, клонуси стоп.

Пароксизмальні зміни при електроенцефалографічному дослідженні були зареєстровані в 42% недоношених дітей. Виявлялася специфічна епілептична активність та неспецифічна активність (пароксизмальні повільні хвилі). Епілептична активність реєструвалася в 18% недоношених дітей. У більшості випадків вона була представлена типовими потенціалами: піки, гострі хвилі, комплекси спис - хвиля, гостра - повільна хвиля. У 12% недоношених дітей вона була представлена у вигляді білатерально-синхронних розрядів альфа - подібного ритму частотою 7 коливань в одну секунду або фокальних спалахів ритмічних коливань бета - діапазону частотою 16-20 коливань у одну секунду. Топографічна епілептична активність була представлена в 52% випадків у вигляді одного або декількох вогнищ, які найбільш часто локалізувалися в лівій центральній і правій тім'яній областях і, як правило, поєднувалися з білатерально-синхронними розрядами епілептичної або неспецифічної активності. Неспецифічна пароксизмальна активність була виявлена в 22% недоношених дітей. Вона була представлена у вигляді білатерально-синхронних спалахів повільних хвиль частотою 1,5 коливання в одну секунду, які часто мали крутий висхідний і пологий спадний фронти. У 56% випадках пароксизмальні повільні хвилі реєструвалися у вигляді одиночних потенціалів з амплітудою, яка перевищує фонову активність (до 300 мкВ), а в 44% – зустрічалися спалахи повільних хвиль дуже високої амплітуди (більш 300 мкВ), мали тенденцію до ритмізації, латералізації і генералізації. Пароксизмальна активність була відсутня в 58% недоношених дітей.

Таким чином, на підставі електроенцефалографічних досліджень показано, що недоношені діти, які народилися у матері після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку шийки матки в анамнезі, перебіг вагітності у яких ускладнився загрозою переривання, представляють групу ризику по виникненню судорожного синдрому.

ЖИРОВИЙ ІНДЕКС - НЕІНВАЗИВНИЙ МАРКЕР СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ДІТЕЙ

Завгородня Н.Ю., Лук'яненко О.Ю., Коненко І.С., Петішко О.П., Кудрявцева В.Є.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Актуальність. Підвищений рівень вісцерального жиру вважається фактором ризику розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у дітей. Неінвазивні способи оцінки типу розподілу жирової тканини дозволяють отримати корисні біомаркери для стратифікації ризику формування стеатозу печінки у дітей, динамічного моніторингу й оцінки ефективності терапії.

Мета. Дослідити антропометричні та сонографічні параметри розподілу жирової тканини та визначити можливість їх використання в якості діагностичних маркерів стеатозу печінки у дітей; дослідити їх взаємозв'язок з показниками вуглеводного обміну.

Матеріали та методи. Обстежено 56 пацієнтів віком від 5 до 17 років, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні дитячої гастроентерології НАМН України. Визначення наявності стеатозу печінки проводилось за допомогою апарату «FibroScan®502Touch» з дослідженням контрольованого параметру ультразвукового затухання (CAP). Характер розподілу жирової тканини оцінювали на підставі вимірювання товщини підшкірного жиру (ПЖ), надчеревного жиру (НЧЖ) та розрахунку жирового індексу черевної стінки (ЖІ): $ЖІ = НЧЖ_{\max} / ПЖ_{\min}$. Також вимірювалась товщина вісцерального жиру (відстань між білою лінією та передньою стінкою аорти). Проводили дослідження рівня інсуліну за допомогою імуноферментного методу з подальшим розрахунком індексу НОМА. Згідно наявності стеатозу й показника індекса маси тіла пацієнти були розподілені на 3 групи: 1 група – 33 пацієнти з стеатозом печінки й надмірною вагою та ожирінням, 2 група – 18 пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням без стеатозу, 3 група (контрольна) – 5 пацієнтів із нормальною вагою без стеатозу.

Результати та обговорення. Ожиріння було діагностовано у 87,9% хворих групи з стеатозом, у 2 групі діти з ожирінням склали 65%. Товщина надчеревного жиру у дітей 1 групи в 1,4 рази перевищувала цей показник 2 групи та в 2 рази – 3 групи. Товщина підшкірного жиру у дітей 1 групи була в 1,18 рази більшою за аналогічний показник 2 групи та в 2,1 рази більшою за показник 3 групи. Середні значення товщини вісцерального жиру були максимальними у представників 1 групи, достовірно відрізняючись від аналогічного показника дітей 3 групи ($p < 0,05$), значущість відмінностей між показниками 1 та 2 групи не була достатньою ($p = 0,1$). Середній рівень ЖІ був достовірно вищим у дітей з стеатозом печінки, порівняно з дітьми з ожирінням та нормальною вагою ($0,49 \pm 0,24$ – у 1 групі, $0,30 \pm 0,10$ – у 2 групі та $0,24 \pm 0,08$ у 3 групі, $p < 0,05$). Рівень індексу НОМА у дітей 1 групи в 1,7 разів перевищував аналогічний показник 2 групи ($p < 0,05$). При проведенні кореляційного аналізу виявлено, що ЖІ мав позитивний кореляційний зв'язок середньої сили з рівнем індексу НОМА ($r = 0,540$, $p < 0,05$) та позитивний кореляційний зв'язок високої сили з рівнем С-пептиду ($r = 0,99$, $p < 0,05$). Рівень С-пептиду був асоційований із зростанням співвідношення ВЖ/ПЖ ($r = 0,78$, $p < 0,05$) та виявив негативну кореляцію з товщиною підшкірного жиру ($r = 0,42$, $p < 0,05$) у досліджуваних пацієнтів.

Висновки. Продемонстровано, що жировий індекс характеризує тип розподілу жирової тканини та може використовуватися в якості неінвазивного маркера розвитку стеатогепатозу та інсулінорезистентності у дітей. Визначено, що перевищення ЖІ порогового значення 0,35 з чутливістю 88,9% свідчить про наявність стеатозу печінки у дітей.

ВПЛИВ ЕТІОЛОГІЧНОГО ЧИННИКА НА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ

Зарецька А.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

За останнє десятиріччя в Україні відзначається збільшення захворюваності на інфекційний мононуклеоз (ІМ) як дорослого населення, так і дітей. Для багатьох лікарів вірус Епштейна-Барр (ВЕБ) та інфекційний мононуклеоз і сьогодні залишаються синонімами, однак більше ніж у 20% пацієнтів збудниками захворювання виступають цитомегаловірус (ЦМВ), вірус герпесу 1, 2 та 6 типу, вірус імунодефіциту людини, аденовірус, токсоплазма та ін.

Мета. Встановити етіологічну структуру та клініко-лабораторні особливості інфекційного мононуклеозу викликаного різними збудниками у дітей.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 207 дітей, віком від 1 до 12 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в Одеській міській клінічній інфекційній лікарні з діагнозом інфекційний мононуклеоз протягом 2015-2017 рр. Для верифікації діагнозу використовували якісне та кількісне визначення ЦМВ, ВЕБ та герпесвірусу 6-го типу (ВГ-6) в крові методом молекулярно ланцюгової реакції, а також імуноферментний аналіз із визначенням титрів специфічних IgM та IgG, їх авідності.

Результати. Етіологічний фактор хвороби вдалось встановити у 194 дітей. Серед них ВЕБ було виявлено у 78 дітей (40,2%±3,52), ЦМВ – у 19 (9,79%±2,13), асоціація збудників (МІКСТ) – у 97 (50%±3,58) хворих.

Загальний стан дітей з інфекційним мононуклеозом у 78,9%±2,9 було розцінено як середньотяжкий, а у 21,1%±2,9 – як важкий. Водночас, важкий перебіг ІМ ЦМВ і МІКСТ етіології спостерігався в 2 рази частіше ніж при ВЕБ-інфекції (26,7% і 30,1% відповідно проти 14,2%). Прояви інтоксикації, лімфаденопатія, з переважним збільшенням шийних лімфатичних вузлів (70,9%±3,15) та лихоманки були присутні у всіх дітей з ІМ. Лихоманка вище 39,0°C при ЦМВ інфекції зустрічається рідше (10,52%±7,03), ніж при ІМ ВЕБ та МІКСТ-етіології (15,38%±4,08 та 21,64%±4,18), в той же час частота фебрильної лихоманки була майже однаковою при ЦМВ та МІКСТ-інфекції (36,84%±11,06 та 37,83%±4,92 відповідно). Гепатомегалію реєстрували у 88,5% ± 4,08 пацієнтів з ВЕБ та у 84,5%±2,62 з МІКСТ-інфекцією, і тільки у 57%, 9±11,3 (<0,05) хворих з ЦМВ. Спленомегалія відзначалася у 47,4% з ІМ ЦМВ етіології, а при ВЕБ та МІКСТ-інфекції (у 64,69% та 67,1%±4,64 відповідно).

При порівнянні гемограми дітей з ІМ було встановлено, що лімфоцитоз частіше зустрічався при ВЕБ (62,8%±5,47) та МІКСТ-інфекції (54,6%±5,05). В той же час для інфекційного мононуклеозу ЦМВ етіології були характерні лейкоцитоз (73,68%±10,1) з нейтрофіліозом (66,7%±8,6). Нейтропенія достовірно частіше зустрічалась при МІКСТ-інфекції (57,73%±3,52) ніж при ВЕБ та ЦМВ інфекційному мононуклеозі (37,17%±4,12 та 42,63%±9,02 відповідно). Наявність у периферичній крові атипичних мононуклеарів при інфекційному мононуклеозі Епштейна-Барр вірусної етіології зустрічалось тільки в 24,2%±4,84, ЦМВ – в 62,5%±11,1, а МІКСТ-інфекції – в 48,45%±5,07 випадків.

Висновки. Таким чином, вираженість і тривалість основних клініко-лабораторних проявів інфекційного мононуклеозу у дітей залежать від етіологічного чиннику.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПІДЛІТКІВ

Зубаренко О.В., Стоєва Т.В., Копійка Г.К., Коваль Л.І., Корецька Г.О.*

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Одеська міська дитяча клінічна лікарня ім. академіка Б.Я. Резніка, м. Одеса*

Позалікарняна пневмонія – розповсюджене, незважаючи на досягнення у діагностиці та лікуванні, потенційно летальне захворювання. У клінічній практиці широко використовуються біомаркери для оцінки важкості стану хворого, індивідуального ризику розвитку ускладнень позалікарняної пневмонії. Відповідно до чинних протоколів та клінічних настанов рекомендовано визначати загальну кількість лейкоцитів, ШОЕ, ступінь паличко-ядерного нейтрофіліозу та концентрацію СРБ у сироватці крові. Важливими є також такі гематологічні показники як абсолютна кількість лімфоцитів та нейтрофільно-лімфоцитарне співвідношення, які мають високу діагностичну значущість у визначенні та прогнозуванні важкості перебігу пневмонії (De Jager CP et al. 2010).

Мета. Визначення основних лейкоцитарних індексів у гемограмі підлітків, хворих на позалікарняну пневмонію.

Матеріал та методи. Проаналізовано 36 гемограм дітей у віці від 12 до 18 років, хворих на позалікарняну пневмонію, що знаходились на лікуванні у пульмонологічному відділенні міської дитячої лікарні. Відібрані для аналізу випадки характеризувались необтяженим перебігом та відсутністю у гемограмі таких типових запальних змін як то: лейкоцитоз, паличко-ядерний нейтрофіліоз, підвищення ШОЕ вище 20 мм/год.

Методи дослідження – розрахунок абсолютної кількості лімфоцитів, нейтрофільно-лімфоцитарного співвідношення, лейкоцитарного індексу інтоксикації за Кальф-Каліфом.

Результати. В результаті аналізу визначено зниження абсолютної кількості лімфоцитів нижче $1,0 \times 10^9 / \text{л}$ у (27,77±7,46)% випадків, що складало $(0,88 \pm 0,10) \times 10^9 / \text{л}$. Даний показник є маркером важкого перебігу пневмонії, що за нашими даними співпадало з клінічними проявами хвороби.

Нейтрофільно-лімфоцитарне співвідношення є простим у розрахунку раннім біомаркером запалення, що відображає взаємодію гуморальної та кліткової ланки імунної системи. У (52,77±8,32)% випадків нейтрофільно-лімфоцитарне співвідношення було підвищено, при цьому у (27,77±7,46)% - відповідало легкому ступеню інтоксикації (2,79±0,34) ум. од., а у (25,00±7,21)% – інтоксикації середньої ступені важкості (4,34±0,66) ум.од..

Підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації Кальф-Каліфом було виявлено у $(30,55 \pm 7,67)\%$ дітей, що склало $(2,1 \pm 0,41)$ ум. од. Отримані дані відповідають легкому ступіню ендотоксикозу у обстежених підлітків, хворих на позалікарняну пневмонію.

Висновки. Розрахунок лейкоцитарних індексів є інформативним методом оцінки ступеню інтоксикації та маркером важкого перебігу у підлітків хворих на позалікарняну пневмонію у випадку відсутності типових запальних змін у клінічному аналізі крові.

ПОЗАЛІКАРНЯНА ПНЕВМОНІЯ У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Зубаренко О.В., Копійка Г.К., Коваль Л.І., Бочерова Т.І., Плотна О.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Дитяча міська клінічна лікарня №3 м. Одеса, Україна

Актуальність. Перебіг позалікарняної пневмонії (ПП) у дітей, на фоні супутньої неврологічної патології має визначені особливості. Щодо дитячого церебрального паралічу (ДЦП), частота якого на сьогодні не має тенденції до зниження, то можна зауважити на тому, що дана патологія формує певний преморбідний фон, який у значній мірі визначає перебіг захворювань, а також впливає на розвиток можливих ускладнень.

Мета. Визначення клініко-анамнестичних особливостей перебігу ПП у дітей раннього віку на фоні ДЦП.

Матеріал та методи. Під наглядом перебувало 37 дітей зі спастичними формами ДЦП, хворих на ПП, віком від 1 до 3-х років. У групу порівняння увійшло 30 дітей відповідного віку, які також лікувались з приводу ПП, але не мали супутньої неврологічної патології.

Результати. Згідно анамнестичним даним було виявлено, що 17 $(46 \pm 8,2\%)$ дітей із ПП на фоні ДЦП мали респіраторні епізоди більше ніж 6–8 раз на рік. У той же час, діти без неврологічної патології хворіли у 2,7 разів рідше: посилення на рекурентні захворювання респіраторного тракту у них були виявлені лише у 5 $(16,7 \pm 6,8\%)$ дітей (ВШ=2,55 (95ДІ 0,76 – 8,47). 11 $(29,7 \pm 7,5\%)$ дітей з ДЦП вже мали в анамнезі випадки ПП в минулому. У дітей без неврологічної патології повторна ПП була зареєстрована усього у двох випадках, що склало $(6,7 \pm 4,5\%)$ (ВШ= 5,92 (95ДІ 1,19 – 29,29). Фебрильні судоми мали місце у 10 $(27 \pm 7,3\%)$ дітей з ПП на фоні ДЦП, та лише у 2 $(6,7 \pm 4,5\%)$ дітей з ПП без неврологічної патології (ВШ = 5,18 (95ДІ 1,04 – 25,88).

Варто зазначити, що діти з ПП на фоні ДЦП потребували більш тривалого лікування в умовах стаціонару. Так у 34 $(91,9 \pm 4,5\%)$ дітей тривалість перебування у стаціонарі склала більш ніж 20 днів, а курс антибактеріальної терапії сягав майже 30 днів. У 23 $(76,7 \pm 7,7\%)$ дітей з ПП без неврологічної патології тривалість перебування у стаціонарі склала не більш ніж 10 днів, а потреба у антибактеріальній терапії обмежувалась курсом у 10–12 днів.

Висновки. Наявність ДЦП у дитини дозволяє віднести її до групи ризику розвитку респіраторної патології. Повторні випадки захворювання на пневмонію зазвичай характеризується затяжним перебігом, що в свою чергу обумовлює потребу у тривалому перебуванні дитини у стаціонарі та подовжених курсах антибактеріальної терапії. Ризик виникнення пневмонії у дітей з ДЦП, а також виділені обтяжуючі особливості анамнезу та перебігу захворювання варто враховувати на первинній ланці надання медичної допомоги дітям із супутньою неврологічною патологією.

ЗНАЧЕННЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНИХ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНІВ СІМЕЙСТВА NFATC В РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ ПРИ ПЕРВИННІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ

Іванько О.Г., Товма А.В., Пацера М.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Метою нашої роботи було визначення можливості асоціювання однонуклеотидних поліморфізмів генів сімейства NFATC1 (rs7240256, rs11665469, rs754505) і NFATC4 (rs2229309) з формуванням в підлітковому віці гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) при первинній артеріальній гіпертензії (АГ).

Об'єктом дослідження були підлітки у віці 16-18 років, студенти першого курсу медичного університету. Відібрано 74 підлітка (50 юнаків і 24 дівчини), у яких на підставі офісних вимірювань артеріального тиску (АТ), добового моніторингу АТ за допомогою «Cardio Tens» та клініко-лабораторного обстеження була встановлена АГ. Усіх досліджуваних було поділено на групу «випадків» – 32 (43%) підлітка, у яких при проведенні УЗД серця встановлено ознаки концентричної ГЛШ, а саме перевищення індексу маси міокарда лівого шлуночка більше $39,36$ г/зріст в $m^{2,7}$ у юнаків, і більше $36,88$ г/зріст в $m^{2,7}$ у дівчат,

одночасне потовщення задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ) в діастолі > 10 мм з тенденцією до зменшення діаметра порожнини лівого шлуночка в діастолі. У 42 (57%) молодих людей з АГ групи «контролю» показники лівого шлуночка серця були в межах вікової норми. Подальшим етапом дослідження було генотипування за означеними генами хворих з використанням зразків тотальної ДНК, виділеної з цільної венозної крові стандартним методом. Молекулярно-генетичне дослідження проводились методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в режимі реального часу («Real-time»). ПЛР для генотипування проводили згідно з інструкцією Applied Biosystems, США. Розподіл генотипів досліджуваних поліморфних локусів перевіряли на відповідність рівновазі Харді-Вайнберга за допомогою критерія χ^2 , за умов відповідності тесту для «випадків» і «контролю» обирали модель для визначення типу успадкування. Для порівняння частот алелей між різними групами використовували критерій χ^2 з поправкою Йейтса. Значущими вважали відмінності при $p < 0,05$. Відношення шансів розраховували за формулою: $OR = ad/bc$, де a – частота аналізованої алелі у хворих з ГЛШ, b – частота даної алелі у хворих без ГЛШ в групі «контролю», c і d – сумарна частота інших алелей в «випадку» і «контролі» відповідно. Важливою особливістю дослідження було те, що залучені хворі були із вперше діагностованою АГ і медикаментозного лікування ще не отримували.

Одержані результати свідчать, що розподіл частот алелей за вивченими поліморфізмами гену NFATC1 у осіб вибірок «випадок-контроль» істотно не відрізнялися один від одного. Одночасно статистично значущі відмінності ($p < 0,05$) за частотами алелей були зафіксовані для rs2229309 гену NFATC4. В подальшому нами була вибрана мультиплікативна модель успадкування ознаки ГЛШ за цим поліморфізмом та встановлено переважання алелі G ($OR = 2,08$, 95% CI 1,06 – 4,10) у групі «випадку» в порівнянні з групою «контролю».

Таким чином, встановлена асоціація алелі G rs2229309 гену NFATC4 з формуванням концентричної ГЛШ серця, яка розвивається в підлітковому віці у хворих на первинну АГ, що можна використовувати в стратифікації ризику швидко прогресуючого перебігу захворювання.

ТАХИСИСТОЛІЯ НА ТЛІ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ

Іванько О.Г., Пацера М.В., Патрєва К.П.

ДЗ «Запорізький державний медичний університет», м. Запоріжжя

Розповсюдженість артеріальної гіпертензії (АГ) у дітей і підлітків невинно зростає з кожним роком. Кількість дорослих, які страждають на кардіо-церебральні ускладнення гіпертонічної хвороби, поширюється з виникненням високого ризику інвалідизації і ранньої летальності.

Тахисистолією (ТС) вважають підвищення середньої частоти серцевих скорочень (ЧСС) протягом доби понад 84 уд./хв. зі збереженням синусового ритму і нормальною тривалістю комплексу QRS на електрокардіограмі (ЕКГ). Доведено, що ТС є одним з провідних факторів ризику в патогенезі виникнення несприятливих кардіо-васкулярних подій. Чинниками ТС у підлітків можуть бути серцева недостатність, гормональні дисфункції, вегетативні порушення роботи синусового вузла, електролітні і метаболічні розлади, інфекційні захворювання та інтоксикації, генетична схильність.

Метою дослідження було вивчити значення ТС у підлітків зі стабільною формою первинної АГ. Об'єктом дослідження були 6 юнаків і 5 дівчат з АГ у віці 16-18 років, у яких за даними добового холтеровського моніторингу, незважаючи на суб'єктивно нормальний стан, виявили ТС. ЧСС за добу в середньому становила 89 ± 4 уд./хв. у юнаків, і 91 ± 1 уд./хв. у дівчат. Групу порівняння склали 36 юнаків і 12 дівчат з АГ, середня ЧСС за добу була 74 ± 34 уд./хв. у юнаків, і 78 ± 1 уд./хв. у дівчат. Лікування АГ адреноблокаторами не проводили. У хворих на АГ вивчали показники добового моніторингу артеріального тиску (АТ), варіабельність пульсу, УЗД морфологію лівого шлуночка серця. Дані дослідження проводили в динаміці, що підтверджувало стійкий характер ТС. Отримані дані обробили за допомогою статистики.

Встановлено, що юнаки з ТС демонстрували вищі показники діастолічного АТ в денні години (83 ± 4 мм рт. ст.), ніж у контрольній групі (71 ± 3 мм рт. ст., $p < 0,05$). Циркадний ритм АТ в групі підлітків з ТС найчастіше відповідав типу «non dipper». Показники УЗД маси міокарда лівого шлуночка і товщини його задньої стінки ($> 0,8$ см) у юнаків перевищували вікову норму у 5 з 6 хворих (0,83), у порівнянні з контролем – 13 з 36 (0,36, $p < 0,05$). У всіх досліджуваних було виключено відомі причини тахікардії, тому ТС найімовірніше була ідіопатичною або відображала приховані прояви наростаючої серцевої недостатності. На ЕКГ зубець Р був у всіх відведеннях, що дозволило ідентифікувати ритм як синусовий, тривалість комплексу QRS була у межах норми. Параметри варіабельності серцевого ритму у підлітків з ТС значно відрізнялися і виявляли ознаки активації автономного контуру регуляції пейсмекеру серця від контрольної групи. Відомо, що контроль пейсмекерної активності серця здійснюється високо спеціалізованими міоцитами синусового вузла і тісно пов'язаний з функціональною активністю Na^+ і K^+ залежними f-каналами, через які протікає If струм. Велика кількість відкритих f-каналів збільшує ЧСС, на це також впливають ендогенні нейромедіатори (можливо, уротензин II) і екзогенні хімічні сполуки.

Таким чином, стійка ТС у підлітків з АГ може мати несприятливий прогноз щодо формування більш високого рівня діастолічного АТ, змінює його циркадні ритми і асоціюється з частішим ремоделюванням лівого шлуночка серця. ТС при АГ вимагає подальших досліджень для уточнення механізмів її виникнення і необхідності терапевтичної корекції.

АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ СИНТЕЗА ПРОТРОМБИНА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Иванько О.Г., Соляник О.В.

ГУ «Запорожский государственный медицинский университет», г. Запорожье

Новорожденные дети естественным образом склонны к дефициту витамина К и к витамин-К-зависимым нарушениям синтеза протромбина, предрасполагающим к проявлениями синдрома гипокоагуляции крови. Витамин К зависимый синтез протромбина как основного прокоагулянтного белка крови у новорожденного составляет всего 20-30% от уровня взрослого человека. Вероятно, эта особенность в перинатальном периоде позволяет преодолеть склонность новорожденных к диссеминированному свертыванию крови, возникающую как проявления стресса перинатального периода. Одновременно новорожденные могут иметь проявления ранней и поздней витамин-К-обусловленной геморрагической болезни (МКБ-10 P53). Целью нашего исследования стало изучение показателей протромбин-зависимых показателей коагуляции крови у здоровых грудных детей в возрасте от 0 до 6 месяцев жизни, находящихся на исключительно грудном вскармливании, часть из которых получили антибиотики в связи с респираторным заболеванием. С помощью коагулометра COAGUCHEK XS (ROSHE) (Германия) у 96 детей в капиллярной крови исследовали МНО- международное нормализованное отношение. Субстанцию PIVKA-II (protein induced by vitamin K absence), отражающую нарушения синтеза протромбина при дефиците витамина К, определяли в сыворотке венозной крови еще у 90 детей того же возраста методом ИФА с использованием набора PIVKA-II ELISA kit (США). Наши исследования показали, что к моменту достижения возраста 1 месяц подавляющее большинство здоровых доношенных младенцев демонстрирует нормальные протромбиновые показатели: МНО менее 1,3 и PIVKA-II менее 40 Au/ml, что объясняется преодолением дефицита витамина К в неонатальном периоде жизни с помощью однократного профилактического введения витамина К и в связи со становлением витамин-продуцирующей функции толстокишечной микрофлоры. Одновременно признаки гипокоагуляции (МНО от 1,3 до 6) выявлены у 19 (29,8%) из 96 обследованных детей в возрасте 0-6 месяцев. Анализ «случай-контроль» показал, что повышение МНО у этих детей было достоверно ($\chi^2 = 20.44$, $p < 0,001$) связано с проведением ранее курса антибактериальной терапии (преимущественно, цефалоспорины). У детей, получивших антибиотики, наблюдали также и существенное увеличение в сыворотке крови PIVKA-II ($105,5 \pm 35,1$ Au/ml) по сравнению с контрольной группой ($26,5 \pm 6,1$ Au/ml, $p < 0,05$). Таким образом, назначение грудным младенцам антибактериальных препаратов, способных вызвать нарушения микробиома с угнетением пула микроорганизмов кишечника, синтезирующих витамин К (менакиноны), способно возобновить дефицит витамина К, свойственный раннему неонатальному периоду жизни. Его возникновение потенцируется в условиях грудного вскармливания, так как женское молоко дефицитно по этому витамину. Полученные данные позволяют рекомендовать назначение витамина К (филокинона или менакинона) не только после рождения, но и в период грудного детства до момента введения разнообразных по составу продуктов прикорма. Особого внимания заслуживают дети получающие антибактериальные препараты. Патогенетически обоснованным следует считать назначение таким детям специальных пробиотических препаратов, например, содержащих штамм *T.V.clausii*, способного вырабатывать эндогенные менакиноны, обладающие высокой биологической активностью.

ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ АСОЦІЙОВАНІ ІЗ ГІПЕРТРОФІЄЮ МІОКАРДУ У ДІТЕЙ З ДВОСТУЛКОВИМ АОРТАЛЬНИМ КЛАПАНОМ СЕРЦЯ

Каменщик А.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя.

Проблема спостереження за дітьми з двостулковим аортальним клапаном серця (ДАК) полягає, перш за все, у скудній маніфестації хвороби у дитячому віці та наявності гострих серцево-судинних ускладнень у дорослих. З іншого боку, ця вроджена вада серця супроводжується у дітей змінами геометрії міокарду лівого шлуночка та ранніми проявами міокардальної гіпертрофії (S Hanedan Onan et al, 2016). Також відзначається, що у 9% випадків має місце успадкування цієї

аномалії (Samuel C, Candice K, 2010), а у 50-80% випадків в залежності від типу генотипування генетичні причини ДАК залишаються невстановленими (Blue G.M et al, 2017).

Враховуючи системну дію генів нуклеарного фактору активованих Т-клітин (NFATC) каскаду транскрипції сигнального шляху кальциневрину щодо формування клапанів серця у ембріогенезі та участі у стрес-індукованих гіпертрофічних реакціях міокарду (Seo HH, Lee CY et al., 2016, Voelkl J, Alesutan I, 2014) був досліджений розподіл генотипів у поліморфізмах гену NFATC1(rs7240256, rs11665469, rs754505) та NFATC4 (rs 2229309) у 39 дітей з ДАК і 51 умовно здорової дитини групи контролю. Всім хворим проведено доплерографічне дослідження з визначенням стандартних параметрів внутрішньосерцевої гемодинаміки, відносної товщини стінки (ВТС) маси міокарду та індексу маси міокарду лівого шлуночка (ММЛШ та ІММЛШ). В результаті дослідження була встановлена концентрична гіпертрофія міокарда лівого шлуночка (ВТС - $0,49 \text{ мм} \pm 0,04 \text{ мм}$ та $0,34 \text{ мм} \pm 0,01 \text{ мм}$; $p < 0,05$, ІММЛШ $-104,25 \text{ г/м}^{2,7} \pm 33,10 \text{ г/м}^{2,7}$ та $42,66 \text{ г/м}^{2,7} \pm 17,13 \text{ г/м}^{2,7}$ відповідно, $p < 0,05$), а також переважання гомозиготних генотипів (92,68% та 87,1% відповідно, $p > 0,05$) у поліморфізмах rs7240256 та rs11665469 з переважанням у останньому ТТ (17,95% та 1,96% відповідно, $p < 0,05$). При цьому гомозиготні генотипи (СС,ТТ) у цьому поліморфізмі були асоційовані із більшими значеннями кінцевого діастолічного об'єму ($\chi^2 = 6,10$; $p < 0,05$), а гетерозиготні (СТ) відповідно із збільшенням ММЛШ ($\chi^2 = 6,75$; $p < 0,05$).

Таким чином, у дітей з ДАК має місце концентрична гіпертрофія лівого шлуночка та домінують гомозиготні генотипи у поліморфізмах rs7240256 та rs11665469 гену NFATC1 з відносним переважанням ТТ у поліморфізмі rs11665469, де вони також є асоційованими з можливим розвитком дистрофічних процесів у міокарді, при асоційованості гетерозиготних генотипів з міокардіальною гіпертрофією. Зазначені особливості розподілу генотипів гену NFATC1 мають предикативне значення та повинні враховуватись у діагностиці та прогнозуванні перебігу хвороби.

ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ НЕЙРОМЕДІАТОРІВ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ТА ЕПІЛЕПТИЧНИМИ НАПАДАМИ

Кирилова Л.Г.¹, Ткачук Л.І.¹, Мірошников О.О.¹, Юзва О.О.¹, Цюбко О. І.²

¹ ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

² ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Актуальність: розлади аутистичного спектру (РАС) є одним з найбільш поширених та тяжких за своїми клінічними проявами захворювань, що відносяться до групи так званих порушень нейророзвитку. Відомо, що РАС часто є наслідком метаболічних захворювань, які переважно відносяться до групи орфанних (рідкісних) хвороб. Метаболічні порушення, або захворювання можуть призводити до розвитку епілептичних енцефалопатій, які проявляються клінічно резистентними епілептичними нападами або персистуючою епілептиформною активністю, та призводять до регресу розвитку і формуванню РАС. Зокрема, порушення співвідношення між гальмуючим нейротрансмітером – гамма-аміномасляною кислотою (ГАМК) і збуджуючими – глутаматом і аспартатом є одним з механізмів епілептогенезу у мозку.

Мета роботи: визначити концентрацію ГАМК у плазмі дітей з когнітивною епілептиформною дезінтеграцією та РАС і порівняти їх з показниками здорових дітей.

Матеріали та методи: в ході дослідження було обстежено 72 дитини віком 1-7 р. що перебували на обстеженні та лікуванні у відділенні психоневрології для дітей з перинатальною патологією та орфанними захворюваннями ДУ «ІПАГ НАМН України». Серед них – 60 дітей з встановленим діагнозом РАС відповідно до критеріїв DSM-V, а також ознаки аутизму згідно опитувальника M-CHAT та 12 дітей групи порівняння. Середній вік обстежених дітей складав $33,74 \pm 2,12$ міс. При проведенні дослідження було сформовано три групи дітей: 1-ша група (n=45) – діти з РАС та когнітивною епілептиформною дезінтеграцією. Для даної групи дітей характерними були наявність епілептичних нападів або епілептиформних патернів на ЕЕГ; 2-га група (n=15) – діти з РАС без епілептиформних патернів на ЕЕГ; 3-тя група порівняння (n=12) – здорові діти.

Результати: Середній показник концентрації ГАМК плазми крові у дітей 1-ї групи становив $17,8 \pm 2,3$ мкг/мл.; 2-ї групи – $25,14 \pm 7,05$ мкг/мл., а у дітей групи порівняння – $24,65 \pm 0,85$ мкг/мл. Отже, концентрація ГАМК в плазмі крові дітей 1-ї групи з РАС та когнітивною епілептиформною дезінтеграцією була нижчою на 29,2% порівняно з концентрацією ГАМК у дітей групи порівняння (різниця статистично достовірна, $P < 0,001$). Найнижчі значення концентрації ГАМК були зафіксовані в плазмі крові на рівні 12,6 та 12,8 мкг/мл. Концентрація ГАМК в плазмі крові дітей другої групи з когнітивною дезінтеграцією та РАС суттєво не відрізнялася від показників у дітей групи спостереження та навіть виявилась дещо вищою ніж у здорових дітей (середнє значення ГАМК $24,65 \pm 0,85$ мкг/мл, різниця статистично не достовірна, $P > 0,001$).

Висновки: Таким чином, результати досліджень свідчать про статистично достовірне зменшення концентрації ГАМК в плазмі крові дітей з когнітивною епілептиформною дезінтеграцією у порівнянні з контрольною групою, що доводить

роль порушень метаболізму ГАМК у патогенезі розвитку епілептичних нападів у дітей з РАС. Тому, одним з кардинальних напрямків лікування когнітивної дезінтеграції та РАС з епілептичними нападами є застосування антиконвульсантів, що сприяють відновленню балансу в системі збудження-гальмування в ЦНС, завдяки підвищенню рівня ГАМК, а також застосування ГАМК-ергічних ноотропних засобів.

ДЕФІЦИТ ОМЕГА-3 ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Кирилова Л.Г.¹, Юзва О.О.¹, Клімашевський В.М.²

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

²ДУ «Інститут біохімії ім. О.В. Палладіна НАН України», м. Київ

Актуальність. Розлади аутистичного спектру (РАС) мають стрімку тенденцію до зростання поширеності за останнє десятиліття, від 8,08 випадків на 1000 дітей в 2004 році до 20,53 на 1000 дитячого населення в 2014 році, що охоплює до 2% дітей. Є доведеним факт можливості поєднання у дітей РАС з маніфестними клінічними або субклінічними електроенцефалографічними (ЕЕГ) епілептиформними змінами біоелектричної активності головного мозку. Хоча проводяться різносторонні дослідження даної проблеми, єдиної думки стосовно етіологічних факторів розвитку РАС у дітей на сьогодні не сформовано. Роль епігенетичних факторів як етіологічних чинників РАС викликає великий інтерес. Одним з епігенетичних чинників є порушення обміну есенціальних жирних кислот, що може бути в основі розвитку РАС у дітей. Оскільки відомо, що порівняно з іншими органами, окрім жирової тканини, в людському мозку найвищий відсоток вмісту ліпідів, близько 60% по відношенню до маси сухої речовини, серед яких 20% становлять довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК) порушення їх метаболізму відіграє суттєву роль в функціонуванні організму.

Матеріали та методи: В ході дослідження було обстежено 37 дітей з РАС у віці 2-6 рр. серед яких 22 хлопчика та 15 дівчат. В залежності від даних клінічного перебігу захворювання та даних ЕЕГ моніторингу діти були розподілені на три групи: 1-ша – діти з епілептичними нападами та проявами РАС (n=7); 2-га – діти з епілептиформними змінами на ЕЕГ без епілептичних нападів, але з проявами РАС (n=5); 3-тя – діти без зареєстрованих змін на ЕЕГ та проявами РАС (n=25). У всіх дітей було проведено визначення рівня жирних кислот крові методом газорідної хроматографії.

Результати: у дітей всіх груп було виявлено дефіцит омега-3 та підвищений рівень омега-6 поліненасичених жирних кислот. Для оцінки дефіциту есенціальних омега-3 жирних кислот було оцінено співвідношення арахідонової кислоти (АК) як основного представника омега-6 до докозагексаєнової кислоти (ДГК) – омега-3. У дітей першої групи відношення АК/ДГК становило 23,7 в другій та третій групах – 15,38 та 12,9 відповідно (p<0,05, r=0,99).

Висновки: отримані нами дані є достовірним підтвердженням того, що у дітей з РАС є дефіцит омега-3 жирних кислот і він посилюється в залежності від важкості перебігу захворювання. Даний дефіцит може бути одним з етіологічних чинників, що лежить в основі порушення обміну жирних кислот. Це може бути як недостатнім надходженням есенціальних омега-3 ПНЖК, так і надлишком омега-6 ПНЖК в раціоні дітей, оскільки в організмі ці класи жирних кислот мають антагоністичну взаємодію. Як прояв надлишку омега-6 ПНЖК може бути синтез прозапальних нейромедіаторів. Дефіцит омега-3 ПНЖК впливає як на дозрівання нервової системи, так і на функціонування фосфоліпідного бішару, знижуючи його рідкість. Ці зміни клітинної стінки мають вплив на вбудовані в ній іонні канали, що може мати клінічні прояви РАС з епілептиформною активністю на електроенцефалограмі.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ТА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Клименко Х.П

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Вірус Епштейна-Барр (EBV) і цитомегаловірус (CMV) є найбільш поширеними вірусами родини герпесвірусів; ними заражено принаймні 90% населення земної кулі. Після первинної інфекції збудники тривало, як правило, пожиттєво персистують в організмі й мають здатність до реактивації, особливо в умовах імуносупресії. Первинна інфекція EBV може виникати в дитячому віці незабаром після зникнення материнських антитіл. Симптоматичний перебіг ІМ в основному є зумовлений EBV, ЦМВ спричиняє симптоми типові для ІМ значно рідше, приблизно у 7% випадках.

Аналізували медичні карти стаціонарних хворих, що лікувалися на базі Львівської обласної інфекційної лікарні в період з 2012 по 2015 роки. Дітей поділили на 2 групи. До 1 групи віднесли 23 дітей у яких при серологічному дослідженні було виявлено антитіла до EBV інфекції. До другої групи увійшло 28 дітей з ко-інфекцією вірусів (виявлено одночасно підвищені титри антитіл до EBV і CMV). До вибірки не було включено пацієнтів з документованим випадком природженої CMV інфекції. Середній вік дітей у 1 групі становив $30,65 \pm 19,8$ міс., а у 2 групі – $49 \pm 26,3$ міс. При поступленні важкий стан частіше діагностовано у дітей групи 2 – у 23 дітей та у 14 дітей групи. Висипання частіше зустрічались у дітей із ізольованим мононуклеозом – 30, 43%. Обкладений язик зустрічався у 91,3% хворих групи 1 та у 85,7% групи 2. Гіперемія, гіпертрофія та набряк мигдаликів був виявлений у 100% обстежуваних групи 2, та у 87% дітей групи 1. Зниження діурезу спостерігалось у 47,83% хворих групи 1 та у 64,29% групи 2. За результатами проведеного ультразвукового обстеження хворих, виявлено лімфаденопатію підщелепових, передньо- та задньошийних, привушних, які були збільшені в середньому до 1-2 см. Проте, збільшення л/в більше ніж на 3 см було виявлено у 34,78% дітей групи 1. Периферичні лімфатичні вузли були збільшені в обох групах однаково – 33% пацієнтів. При пальпації вони були помірно болючі, еластичні, рухливі та не спаяні між собою. Гепатомегалія до 1 см та більше 3 см більш характерне для дітей із ізольованою EBV інфекцією – 34,78% та 8,7%, в той час як для групи 2 більш характерне збільшення розмірів печінки на 1-2,5 см – 96,43% хворих. Помірна спленомегалія (до 1 см) більш характерна для пацієнтів групи 1 – 34,78%, а надмірна (>3 см) для групи 2 – 42,86% хворих. Шляхом визначення специфічних IgM (CMV, EBV,) у сироватці крові методом ІФА та за допомогою ПЛР в обстежуваних дітей було ідентифіковано етіологічний чинник ІМ. У 44,2% обстежених (23 дитини) збудниками захворювання були віруси EBV, лабораторні показники 20,1% обстежених свідчили про наявність ко-інфекції, обумовленої двома названими видами вірусів (EBV+CMV). Середнє значення показника концентрації антитіл до EBV. Клінічна картина інфекційного мононуклеозу у дітей на сучасному етапі характеризується симптомокомплексом: високою температурою тіла, явищами тонзиліту та фарингіту, системною лімфаденопатією, гепатоспленомегалією. У розвитку фарингіту та тонзиліту у дітей, хворих на інфекційний мононуклеоз, бере участь бактерійна умовно-патогенна мікрофлора, що щільно колонізує слизову горлових мигдаликів. У видовому складі збудників переважають мікроорганізми родів *Streptococcus* (93,6%), *Staphylococcus* (34,5%) та гриби *Candida* (38,0%).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ

Конюшевская А.А., Сидоренко Н.В., Вайзер Н.В., Крамаренко И.Е.

Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман,
Мариупольское территориальное медицинское объединение
«Здоровье ребенка и женщины», г. Мариуполь

Высокая частота встречаемости ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) по сравнению с другими ревматическими заболеваниями, отчетливая тенденция к ранней инвалидизации, нередкое вовлечение в патологический процесс внутренних органов ставят ЮИА в особое положение среди других болезней этого профиля.

Знание вопросов клинического полиморфизма дебюта и течения заболевания позволяют быстрее и точнее идентифицировать болезнь, своевременно назначить адекватную терапию, что приведет к более ранней стабилизации и ремиссии болезни.

Целью данной работы явилось изучение особенностей клинического течения ЮИА у детей, проживающих в экологически неблагоприятном регионе.

Под наблюдением находились 34 ребенка в возрасте от 1 до 17 лет с ЮИА, которые обследовались и лечились в МТМО «Здоровье ребенка и женщины» г. Мариуполя. Из них 20 (59%) девочек и 14 (41%) мальчиков, школьников – 30 (88%) и дошкольников – 4 (12%). Среди детей с ЮИА инвалидов детства 73%.

Основными клиническими проявлениями ЮИА являются поражение суставов, специфическое поражение глаз, общий ревматоидный синдром. Энтезит-ассоциированный артрит выявлен у 3 больных (9%), псориатический артрит – у 1 больного (3%), системные формы – 4 больных (12%), недифференцированный артрит – у 1 больного (3%), олигоартрит – у 4 больных (12%), полиартрит – у 21 ребенка (61%). Серопозитивный артрит (РФ+) выявлен у 1 больного, серонегативный (РФ-) – у 33 больных. Суставной синдром характеризовался болью, припухлостью, ограничением движений, повышением температуры кожи над суставом, деформациями. Чаще всего поражались коленные суставы (78%), голеностопный сустав и суставы стопы (35%), лучезапястный сустав и суставы кисти (30%). Вовлечение суставов шейного отдела позвоночника (атлanto-окипитального сустава) свидетельствует о возможности развития генерализованного

зованного артрита или одной из системных форм заболевания. Поражение шейных суставов при ЮИА выявлено в дебюте заболевания у 4 (12%) больных. Ревматоидный увеит диагностирован у 4 (12%) больных. Следует отметить, что у 1 ребенка ЮИА дебютировал ревматоидным увеитом и только через несколько лет присоединился суставной синдром. Умеренная активность ЮИА выявлена у 28 (82%) больных, высокая активность ЮИА – 6 (18%), ремиссия достигнута у 5 (15%).

Дети получали базисную терапию: Метотрексат – 33 (97%) больных, лефлуномид – 1 (3%). Системную гормональную терапию более 3 месяцев получали 3 больных (9%). Биологическую терапию – ингибиторы ФНО-а (Адалимуаб - хумира) получали 13 (38%) больных, блокаторы ИЛ-6 (Тоцилизумаб - актема) – 4 (12%).

Выводы: 1. Особенностью ревматоидного поражения суставов у детей является поражение преимущественно больших и средних суставов, асимметрия поражения, неуклонно прогрессирующее течение с развитием стойких деформаций и контрактур. Чаще всего поражаются коленные, голеностопные и лучезапястные суставы.

2. Дебют ЮИА может начинаться с ревматоидного увеита.

3. Системный ювенильный артрит и полиартикулярный вариант ЮИА являются наиболее неблагоприятными по прогнозу и исходу.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Конюшевская А.А., Сидоренко Н.В., Крамаренко И.Е., Вайзер Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман,
Мариупольское территориальное медицинское объединение
«Здоровье ребенка и женщины», г. Мариуполь

Патогенез микоплазменной пневмонии отличается внутриклеточным расположением возбудителя, длительным персистенцированием возбудителя, иммунологическими нарушениями. Целью исследования явилось изучение особенности течения микоплазменной пневмонии у детей. Под наблюдением находилось 4 семьи.

В семье №1 микоплазменную пневмонию перенесли девочка 14 лет, ее брат 10 лет. У родителей – острый бронхит микоплазменной этиологии. В семье №2 микоплазменная пневмония диагностирована у девочки 7 лет. Особенностью случая было то, что через 3 недели от начала заболевания ребенка, заболела ее мать – левосторонняя нижнедолевая пневмония, осложненная плевритом. В семье №3 заболела девочка 16 лет – левосторонняя полисегментарная пневмония. У матери – острый обструктивный бронхит. В семье №4 микоплазменная пневмония диагностирована у девочки 6 лет и старшего брата 8 лет. Микоплазменная этиология заболеваний у всех детей и взрослых была подтверждена положительной ПЦР и повышением уровня АТ Ig M к *Mycoplasma pneumoniae*.

Все дети жаловались на частый малопродуктивный коклюшеподобный кашель, повышение температуры до фебрильных цифр, боли в горле, общую слабость. Дети высоко (до 39-40°C) и длительно (до 8-10 дней) лихорадили. На фоне ингаляций вентолина и фликсотиды явления обструкции купировались. При аускультации легких, чаще слева выслушивалась крепитация. У всех детей отмечалось увеличение печени и селезенки. В общем анализе крови – лейкоцитоз (10-12,4 г/л), палочкоядерный сдвиг (8-19%), ускоренная СОЭ (25-38 мм/ч). Рентгенография легких: легочный рисунок с обеих сторон был усилен и деформирован в прикорневых зонах, отмечались инфильтративные очаги с тенденцией к слиянию, сегментарные поражения, петлистые, сетеподобные очаговые тени, с размытостью и нечеткостью краев. Несмотря на проводимую терапию цефтриаксоном, аугментин, дети продолжали лихорадить. Только при назначении макролидов – Ормакса, АзитроСандоза, Фромилида состояние детей сразу улучшилось – нормализовалась температура, уменьшился кашель, уже на 2-е сутки после назначения макролидов при аускультации не прослушивалась крепитация в легких.

Учитывая особенности клинического течения заболевания: школьный возраст ребенка, обструктивный синдром, частый малопродуктивный коклюшеподобный кашель, отсутствие выраженной дыхательной недостаточности, высокая лихорадка при умеренно выраженных признаках интоксикации, диссоциация клинических и рентгенологических данных, неэффективность «традиционной» антибактериальной терапии цефалоспоринового и пенициллинового ряда, особенности рентгенологической картины, высокая контагиозность была предположена пневмония, вызванная атипичными возбудителями. У всех детей ПЦР – буккальный соскоб: ДНК *Mycoplasma pneumoniae* – положительная, ДНК *Chlamidia pneumoniae* – отрицательная. Антитела Ig M к *Mycoplasma pneumoniae* – положительные, Антитела Ig G к *Mycoplasma pneumoniae*, Ig M и Ig G к *Chlamidia pneumoniae* – отрицательные. Лечение микоплазменной пневмонии должно быть комплексным, с включением макролидов (Ормакс, АзитроСандоз, Фромилид), пробиотиков, иммуномодулирующих препаратов. Длительность антибактериальной терапии должна составлять не менее 2-х недель.

УДОСКОНАЛЕННЯ АЛЕРГЕНСПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ ШЛЯХОМ ПОПЕРЕДЖЕННЯ МІСЦЕВИХ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

Крючко Т.О., Ткаченко О.Я., Луканін А.В., Харшман В.П.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», кафедра педіатрії №2

Алергічні риніти (АР) на сьогоднішній день розглядаються як загальносвітова проблема, з якою пов'язані значні медико-соціальні проблеми та економічні затрати. Згідно з даними епідеміологічних досліджень 15-40% пацієнтів з АР мають бронхіальну астму, в свою чергу, у 76-80% хворих на бронхіальну астму реєструється АР (P.J. Turner, A.S. Kemp, 2012). Враховуючи ці статистичні дані стає цілком зрозуміло, що алергічний риніт є предиктором розвитку бронхіальної астми (Т.Р. Уманець, 2015). Симптоматична фармакотерапія АР незавжди є повноцінною та довготривалою. Єдиний спосіб змінити імунну відповідь пацієнта з сенсibiliзацією до певних алергенів є алергенспецифічна імунотерапія (АСІТ). Адже тільки індивідуально підібрана гіпосенсибілізація попереджає перехід захворювання в більш важку стадію, запобігає розширенню спектра алергенів, гальмує розвиток бронхіальної астми, зменшує неспецифічну гіперреактивність бронхів та потребу в протиалергічних препаратах. В останні роки активно розробляються неінвазивні методи АСІТ, зокрема широко в педіатрії почали застосовувати сублінгвальний спосіб введення алергенів, як один із безпечних та високоефективних. Проте, інколи у ході лікування, особливо під час ініціального курсу, у дітей можуть виникати незначні місцеві реакції.

Метою нашого дослідження стало удосконалення АСІТ у дітей із алергічним ринітом шляхом застосування антилейкотрієнових препаратів з метою попередження місцевих побічних реакцій.

Групу обстеження склали 38 дітей, які у ході лікування (під час введення перших двох доз алергену) мали одну або декілька місцевих реакцій, а саме: під час сублінгвального введення – набряк слизової порожнини рота, свербіж язика, губ (n=18) та після підшкірної ін'єкції – набряк, обширну гіперемію, локальний свербіж шкіри (n=20). До схеми АСІТ всім дітям був доданий монтелукаст у віковій дозі.

Аналізуючи отримані результати, слід зауважити, що частота виникнення місцевих реакцій зменшилась на 58%. Особливо це стосується дітей, які отримували алерген сублінгвально: набряк язика та слизової порожнини рота виникав у 16% дітей, свербіж – лише у 13% пацієнтів. Під час підшкірного введення алергену шкірні реакції розвивались у 26%, здебільшого за рахунок локальної гіперемії (24%) та набряку у місці ін'єкції (11%). У 14 пацієнтів, в яких лікування співпало із періодом полінації причинних рослин, були відсутні не лише місцеві прояви, була також збережена стійка клінічна ремісія алергічного риніту. Лише 4 дитини групи спостереження потребували призначення симптоматичних препаратів. Важливо підкреслити, що застосування монтелукасту у ході лікування не впливало на формування специфічної імунної толерантності до причинно-значимих алергенів, про що свідчить рівень IgG та IgG4 (p<0,01).

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що успішна АСІТ викликає тривалу ремісію захворювання, незважаючи на припинення введення алергену, що принципово відрізняє її від фармакотерапії. Призначення антилейкотрієнових препаратів, як засобів, що позитивно впливають на перебіг алергічного риніту, є ефективним, безпечним та доцільним, адже вони запобігають виникненню місцевих побічних реакцій і сприяють збереженню комплаєнсу у ході проведення АСІТ.

ПРОТЕКТИВНИЙ ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ PRO12ALA ГЕНУ PPAR γ 2 НА РОЗВИТОК МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Крючко Т.О., Несіна І.М., Пода О.А., Бубир Л.М., Пеший М.М.

Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) на даний час визнана в усьому світі одним з найпоширеніших хронічних захворювань печінки, яке також може бути компонентом інших захворювань, таких, як метаболічний синдром (МС), цукровий діабет (ЦД) та ожиріння.

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу однонуклеотидного поліморфізму Pro12Ala гену PPAR γ 2 на показники вуглеводного і ліпідного обміну у дітей з екзогенно-конституціональним ожирінням (ЕКО) та неалкогольною жирною хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 67 дітей віком від 7 до 17 років. Основну групу (n=34) склали діти з діагностованою НАЖХП, до групи порівняння (n=33) ввійшли пацієнти з екзогенно-конституційним ожирінням (ЕКО) без порушення структурно-функціонального стану печінки. Всім дітям проводилося комплексне обстеження, що включало в себе збір анамнестичних даних, антропометрію, з розрахунком індекса маси тіла (ІМТ) та співвідношення об'єму талії до стегон (ОТ/ОС), біохімічний аналіз крові, визначення імунореактивного інсуліну натще, глюкози крові, проведення перорального глюкозотолерантного тесту та визначення ліпідного профілю сироватки крові, а також ампліфікацію поліморфної ділянки PPAR γ 2 гену.

Результати дослідження. Аналізуючи дані антропометрії, ми виявили, що в групі дітей з жировим гепатозом ІМТ був достовірно вищим (з середнім значенням $30,3 \pm 0,97$) порівняно з пацієнтами з ЕКО ($27,2 \pm 0,86$) ($p \leq 0,001$), також достовірно вищим виявився коефіцієнт співвідношення ОТ/ОС, з середнім значенням ($1,01 \pm 0,02$), який є визнаним маркером абдоминального типу ожиріння. При проведенні міжгрупового аналізу розподілу частот генотипів гену PPAR γ 2 нами встановлено, що поліморфізм Pro12Ala гену PPAR γ 2 в групі популяційного контролю (n=46) зустрічався майже в три рази частіше. Частота «дикого типу» генотипу Pro/Pro склала 63,0%, носії мутантної алелі Ala (гетерозиготний генотип Pro/Ala та гомозиготний мутантний генотип Ala/Ala) – 37,0%. У дітей з НАЖХП, відповідно: Pro/Pro – 88,2%, носії алелі Ala – 11,8%. У групі дітей з ЕКО ми спостерігали частоту генотипу Pro/Pro на рівні 69,7%, тоді як частота носіїв алелі Ala була 30,3%. Дослідження стану вуглеводного обміну показало, що гомозиготні носії алеля Pro гену PPAR γ 2 мали достовірно вищий вміст глюкози в плазмі крові натщесерце та через 2 години після глюкозного навантаження ($p \leq 0,05$) порівняно з хворими з генотипом X/Ala. У гетерозиготних пацієнтів з генотипом X/Ala виявлено достовірне зниження рівня ІРІ порівняно з групою дітей з Pro/Pro генотипом ($10,4 \pm 1,14$ та $17,9 \pm 1,03$ – відповідно, $p \leq 0,01$) та майже вдвічі нижчий індекс інсулінорезистентності HOMA-IR. Аналіз даних дослідження ліпідного профілю показав, що діти з генотипом X/Ala мали достовірно нижчі показники рівня ЗХ ($p \leq 0,05$), ТГ, ЗХ ЛПДНЩ та КА ($p \leq 0,01$) порівняно з пацієнтами з «диким генотипом» гену PPAR γ 2, достовірних відмінностей між рівнем ЗХ ЛПВЩ виявлено не було.

Висновок. Отримані результати засвідчують протективний характер поліморфізму Pro12Ala гену PPAR γ 2 щодо розвитку метаболічного синдрому у дітей з ожирінням.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Кулешов О.В.

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

Вступ. Недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ) у дітей на сьогодні є актуальною проблемою і практично завжди супроводжується вегетативними порушеннями. В літературних джерелах відкрито питання про стан вегетативного гомеостазу у таких дітей.

Матеріали і методи дослідження. Проведено обстеження 64-х дітей з НДСТ віком від 13 до 17 років. Оцінку стану вегетативної нервової системи (ВНС) проводили за допомогою Холтерівського моніторингу ЕКГ (ХМ ЕКГ). Контрольну групу склали 23 дитини.

Результати. Статистичний часовий аналіз варіабельності ритму серця у дітей з НДСТ встановив коливання середньодобових показників від контрольних значень. Так, було зниження ($p < 0,05$) SDANN-index як у хлопчиків, так і у дівчат, що свідчить про посилення симпатичного впливу ВНС на серцеву діяльність. Показник NN мав тенденцію до збільшення як у хлопчиків так і у дівчат. Статистично значущих відхилень не відмічається. Зниження ($p < 0,05$) rMSSD в першій підгрупі вказує на зниження високочастотних коливань спектру ритму та, відповідно, послаблення парасимпатичного відділу ВНС на фоні тенденції зниження і rNN50 у хлопчиків відносно нормативних даних. В групі дівчат відповідні статистичні показники ВРС мали інші дані. Відмічено тенденція до їх збільшення без достовірних відмінностей відносно контролю, що свідчить про початкові етапи збільшення вагусного впливу ВНС

Висновок. Таким чином, згідно з наведеними результатами показників ВРС для дітей з НДСТ напруження симпатичного відділу не залежить від статі і підвищене як у хлопчиків, так і у дівчат, проте послаблення парасимпатичного зазначено тільки у хлопчиків. У дівчат є тенденція до парасимпатикотонії. Вегетативний дисбаланс є несприятливим фактором стосовно відносно розвитку ускладнень у таких дітей.

ОЦІНКА СТАНУ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ПРИ КАТАМНЕСТИЧНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ

Лебединець О.М.¹, Хацко О.С.², Кириченко О.І.², Крайнова А.В.², Післар Я.Ф.¹

Запорізький державний медичний університет¹, м. Запоріжжя
КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» Запорізької обласної ради²,
м. Запоріжжя

Останніми роками у світі в цілому та в Україні спостерігається зростання числа передчасно народжених дітей та дітей з малою масою тіла при народженні. Відомо, що рівень захворюваності та ступінь її тяжкості у передчасно народжених дітей значно переважає показники доношених дітей. Катамнестичне спостереження за станом здоров'я передчасно народжених дітей залишається актуальним в зв'язку з невизначеним прогнозом щодо їх оптимального подальшого розвитку.

З метою вивчення особливостей стану здоров'я обстежено в динаміці захворювання 67 передчасно народжених дітей та дітей з малою масою тіла при народженні: 27 новонароджених (40,30%) мали низьку масу тіла (НМТ), 35 дітей (52,24%) – дуже низьку масу тіла (ДНМТ) та 5 дітей (7,46%) – екстремально низьку масу тіла (ЕНМТ) при народженні. Всім дітям проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження, консультації спеціалістів. Обстеження проводилось в динаміці в скорегованому віці 2-4 місяці і 6-9 місяців.

Патологічний перебіг вагітності спостерігався у матерів всіх дітей, ускладнення пологового періоду (стрімкі пологи, слабкість пологової діяльності, тривалий безводний період, передчасне відшарування плаценти) розвинулись у 56 (83,58%) випадку, 19 дітей (28,35%) народились в асфіксії різного ступеня важкості. Серед дітей, що перебували під динамічним спостереженням, відзначався високий рівень захворюваності: у 41 (61,19%) хворих діагностовано внутрішньо-утробну інфекцію, у 16 (23,68%) вроджені вади серця, у 10 (16,42%) дітей вади розвитку нирок. Сепсис перенесли 15 (22,38%) дітей, менінгіт 6 (8,96%) дітей. Прояви перинатального ураження центральної нервової системи мали місце у всіх новонароджених дітей, у тому числі гідроцефальний синдром та судомний синдром діагностовано у 21 (31,34%) та 8 (11,94%) дітей відповідно. За даними нейросонографії та МРТ головного мозку у 9 (13,43%) хворих спостерігалась перивентрикулярна лейкомаляція, у 12 (17,91%) дітей – внутрішньошлуночкові крововиливи. Лікворшунтуючу операцію було здійснено одній дитині. Ретинопатія недоношених сформувалась у 32 (47,76%) дітей, бронхо-легенева дисплазія – у 8 (11,94%) дітей. До скорегованого віку 9 місяців зміни неврологічного статусу залишались у всіх дітей, в тому числі гідроцефальний синдром у 16 (23,88%) дітей, судомний синдром у 5 (7,46%). В катамнезі наростала поширеність затримки фізичного розвитку (кожна друга дитина мала затримку росту, недостатню вагу тіла та обвід голови), у всіх дітей виявлено затримку домовленневого розвитку, у 45 (67,16%) затримку статомоторного розвитку, зниження слуху діагностовано у однієї дитини, дисплазія кульшових суглобів у 39 (58,21%) дітей, у 27 (40,30%) дітей розвинулась варусна або вальгусна деформація стоп. Таким чином, встановлено високу частоту порушень фізичного та нервово-психічного розвитку дітей групи спостереження.

Отримані дані свідчать про доцільність організації довгострокового спостереження за станом здоров'я й розвитком передчасно народжених дітей та дітей з малою масою тіла при народженні з метою своєчасного призначення лікувально-реабілітаційних заходів для зменшення тяжкості віддалених наслідків та рівня інвалідизації.

КЛАСТЕРНИЙ АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Леженко Г.О., Пашкова О.Є., Крайня Г.В., Сидорова І.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Гострі захворювання респіраторної системи є головною причиною захворюваності дітей до 5 років в усьому світі та складають 34-40 випадків на 1000 дітей на рік. Серед факторів, що збільшують ризик розвитку запальних захворювань респіраторного тракту, виділяють вік матері, патологічний перебіг вагітності, гнійно-септичні захворювання в періоді новонародженості, перинатальні ураження ЦНС. Крім того, ризик розвитку інфекційно-запальних захворювань бронхо-легеневої системи у дітей раннього віку зростає за рахунок таких перенесених захворювань як рахіт, анемія, забруднення навколишнього середовища, стресових ситуацій в сім'ї, які знижують резистентність організму до респіраторних патогенів.

Мета роботи: дослідити факторну структуру та встановити взаємозв'язок між патогенетичними ланками розвитку гострих захворювань бронхолегеневої системи у дітей раннього віку.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 59 дітей раннього віку (середній вік $13,8 \pm 1,4$ місяців), хворих на гострі запальні бронхолегеневі захворювання (46 хворих на гострий бронхіт та 13 хворих на позалікарняну пневмонію). Контрольну групу склали 17 практично здорових дітей, репрезентативних за віком. Всім дітям проведений комплекс лабораторно-інструментальних методів дослідження. За допомогою імуноферментного аналізу досліджувався вміст в сироватці крові 25-гідроксівітаміну Д (25(OH)D), вітамін-Д-зв'язуючого білку, бактерицидного білка, що підвищує проникність клітин (hBPI), кателіцидину LL-37, 1-дефензину, лактоферину. Відбір прогностично значущих патогенетичних чинників розвитку гострої бронхолегеневої патології проводився за допомогою ROC-аналізу, які в подальшому піддавалися кореляційному та факторному аналізу. Процедура класифікації об'єктів здійснювалася за допомогою ієрархічної кластеризації (Hierarchical Cluster Analysis) методом центроїдної кластеризації.

Результати дослідження. За результатами проведеного ROC-аналізу було відібрано 15 потенційних предикторів розвитку гострих запальних захворювань бронхолегеневої системи у дітей раннього віку. Проведений факторний аналіз дозволив виділити 6 головних компонентів, що найбільш впливають на виникнення гострих захворювань бронхолегеневої системи у дітей раннього віку. Найбільший внесок в розвиток захворювань з факторними навантаженнями понад 0,6 вносили «фактор анемії», «фактор запалення», «материнський фактор», «фактор забезпеченості вітаміном Д», «імуний фактор» та «фактор кальцієвого обміну». Проведена процедура ієрархічного кластерного аналізу підтвердила ініціальну роль імунозапальних компонентів, які знаходилися в асоціативному взаємозв'язку з показниками червоної крові, кальцію, загального білка крові та характером перебігу антенатального періоду, в розвитку гострих респіраторних захворювань у дітей раннього віку.

Висновки. Виділені фактори дозволили визначити патогенетично значущі чинники розвитку запальних захворювань бронхолегеневої системи у дітей раннього віку, на які необхідно впливати для досягнення максимального ефекту при проведенні профілактичних та лікувальних заходів. При розробці терапевтичних заходів, в першу чергу, необхідно впливати на «фактор анемії» та «фактор фосфорно-кальцієвого обміну», «фактор забезпеченості вітаміном Д», тобто проводити корекцію дефіциту вітаміну Д та впроваджувати заходи, спрямовані на попередження розвитку анемії. Приймаючи до уваги те, що несприятливий перебіг антенатального періоду є одним з факторів ризику розвитку гострих захворювань бронхолегеневої системи у дітей, то заходи, що спрямовані на запобігання та лікування патологічного перебігу вагітності, дозволять стабілізувати в подальшому «материнський фактор».

МІСЦЕ І ЗНАЧЕННЯ БІОЕЛЕМЕНТНИХ ЗРУШЕНЬ В ДІАГНОСТИЦІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Литвинець Л.Я.

ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Фізіологічно макро- та мікроелементи є кофакторами металоензимів, забезпечують каталітичну активність клітин, стабілізацію макромолекул неферментного типу, регулюють антиоксидантний захист, процеси детоксикації, тканинного дихання, а також потенціюють в організмі дію вітамінів та гормонів, беруть активну участь у синтезі білків, дефіцит яких значною мірою уповільнює процес одужання. За таких умов дисбаланс хімічних елементів служить відправною точкою або супроводжує розвиток практично всієї, в тому числі й алергологічної, патології у дітей. Бронхіальна астма – це хронічне захворювання із складним багатоконпонентним механізмом розвитку та прогресування. Втім, досліджень щодо вмісту есенціальних макро- та мікроелементів у дітей із БА не так багато, вони носять фрагментарний характер, не мають систематизованого підходу.

Мета нашої роботи: дослідження особливостей стану мікроелементного складу сироватки крові у дітей, хворих на БА залежно від контрольованості її перебігу.

Матеріали та методи. Обстежено 107 дітей віком від 10 до 18 років, хворих на БА в стадії загострення. Діагноз верифікували згідно Протоколу діагностики і лікування БА у дітей (№868 від 08.10.2013 р.). За результатами застосування астма-тест контролю (GINA, 2014) щодо рівня контрольованості БА діти були розподілені наступним чином: 34 (31,8%) – із контрольованою (КБА), 47 (43,9%) – із частково контрольованою (ЧКБА) та 26 (24,3%) – із неконтрольованою бронхіальною астмою (НКБА). Контрольну групу склали 20 практично здорових дітей аналогічного віку. Визначання мікроелементів сироватки крові проводили методом атомно-абсорбційної спектроскопії (Бабенко О.Г., 1996). Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою стандартної комп'ютерної програми Microsoft Excel 97 та Statistica 5,0.

Результати дослідження. Проведені нами дослідження встановили значний дисбаланс мікро- та макроелементів у сироватці крові дітей, які страждають на БА, причому визначено чітку залежність їх рівня від ступеня контролю над захворюванням. Так, визначення рівня цинку у золі крові показало, що в цілому у дітей із БА спостерігалось достовірне зниження цього мікроелемента ($P < 0,001$) та його залежність від ступеня контролю над захворюванням. При цьому, у дітей із НКБА вміст цинку складаючи ($0,52 \pm 0,02$) мг%, був найнижчим і достовірно різнився від аналогічного показника у здорових та дітей із КБА ($P < 0,001$). Такий результат є доволі показовим, оскільки відомо, що з недостатністю цинку пов'язане зниження антиоксидантного захисту ферментативних систем та формування адекватної відповіді організму на дію алергенів при БА. Встановлено потужну імунomodуючу роль цинку, оскільки він стимулює розвиток Т-лімфоцитів у тимусі, дозрівання В-лімфоцитів до Ig-секретуючих клітин, а також CD4+ і CD8+ клітин, нормалізує співвідношення основних субпопуляцій Т-хелперів, індукуює синтез інтерферону, захищає клітини від апоптозу, модулює активність природних кілерів, що надзвичайно важливо при БА. В умовах дефіциту цинку глюкокортикоїди викликають швидку атрофію тимуса і лімфопенію. Поза тим, цинк здатний блокувати синтез оксиду азоту, який індукується IL-1, IL-6, та, в такий спосіб, впливати на продукцію медіаторів запального процесу. Отже, гіпоцинкемію можна вважати одним із патогенетичних механізмів в розвитку БА у дітей, а різке зниження рівня цинку у дітей із НКБА може індукувати у них прозапальну Th-2 відповідь з вивільненням прозапальних цитокінів, що значно підсилює запальний процес та сприяє його хронізації. Визначення вмісту міді в сироватці крові дітей, хворих на БА, виявило наявність вираженої гіперкупримії у всіх пацієнтів із БА ($P < 0,001$). При цьому, найвищий рівень міді спостерігався у дітей із НКБА. Так, складаючи ($0,91 \pm 0,03$) мг%, він не лише вірогідно перевищував такий у здорових ($P < 0,001$), але й аналогічні у пацієнтів із вищим ступенем контролю над захворюванням ($P < 0,001$). Наявність гіперкупремії у пацієнтів із БА певною мірою може розглядатись як захисна реакція організму. Відомо, що мідь діє подібно до антитіл (Ig M), гормонів та ферментів, так як близько 90% цього мікроелемента знаходиться у плазмі крові і входить до складу церулоплазміну – білка гострої фази запалення. Окрім цього, мідь має легку імунomodуючу дію. Аналіз результатів дослідження концентрації магнію у сироватці крові дітей із БА виявив, що вміст цього біоелемента у всіх обстежених дітей був достовірно знижений щодо групи порівняння ($P < 0,001$), причому найнижчі показники мали місце у дітей із НКБА. Так, рівень магнію у дітей цієї групи, становлячи ($4,06 \pm 0,06$) мг% був вірогідно нижчим від такого як у здорових ($P < 0,001$), так і у пацієнтів із ЧКБА ($P < 0,05$). Наявність гіпомагніємії у дітей із БА можна вважати одним із важливих патогенетичних моментів, оскільки при дефіциті магнію у сироватці крові знижується вміст лімфоцитів та рівень нейтрофілів і моноцитів. Поза тим, при гіпомагніємії може виникати відносна гіперестрогенія, що поглиблює тяжкість перебігу БА у дівчаток пубертатного віку. Магній приймає участь у процесах мембранного транспорту: за межами клітини здатний блокувати нейросинаптичну передачу, перешкоджаючи вивільненню ацетилхоліну та впливати на продукцію наднирниками катехоламінів, моделюючи їх фізіологічну реакцію на стресовий вплив. Встановлено підвищення рівня кальцію у всіх обстежених із БА порівняно із здоровими ($P < 0,05$), причому найвиразніші зміни зафіксовано у дітей із НКБА. Патологічне значення порушень клітинного гомеостазу кальцію полягає у тому, що він, створюючи умови для надлишкової активації вільнорадикального окислення білків та ліпідів та порушуючи метаболізм цАМФ, приймає активну участь у формуванні синдрому гіперреактивності бронхів, що є важливим патогенетичним моментом у розвитку БА. Рівень кобальту та марганцю у дітей із БА не відрізнявся від такого у здорових.

Отже, проведене дослідження показало, що мікро- та макроелементний склад крові у пацієнтів із БА був змінений, що проявлялось зниженням вмісту магнію, цинку при надлишковому вмісті міді і кальцію та відносно нормальних показниках кобальту та марганцю. При цьому найбільш виражені зміни спостерігались у дітей із НКБА. Це можна пояснити тим, що саме при НКБА гіпоксичні зміни та енергетичний дефіцит є максимально вираженим, а об'єм базисної терапії, в тому числі і застосування базисної терапії є найбільшим.

Перспективи подальших досліджень. Наявність виявленого дисбалансу макро- та мікроелементів у дітей із БА та його залежність від ступеню контролю над захворюванням потребує вивчення можливості медикаментозної корекції цих порушень, що стане доповненням до базисної терапії БА.

БІОПЛІВКОУТВОРЕННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ АСОЦІАЦІЙ, ВИДІЛЕНИХ ВІД ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

**Майданник В.Г., Мітюряєва-Корнійко І.О., Понятовський В.А.,
Гнилокурченко Г.В., Водяник А.А.**

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

Актуальність. Утворення біоплівок збудниками інфекцій сечових шляхів сприяє збільшенню випадків неефективної антибіотикотерапії. Утворення біоплівок асоціаціями бактерій може збільшувати толерантність до антибактеріальних речовин, сприяючи обміну генів між бактеріями.

Мета. Визначити інтенсивність біоплівкоутворення *in vitro* при спільному культивуванні бактерій, що були виділені у вигляді бактеріальної асоціації у дітей з інфекцією сечових шляхів та дослідити ефективність дії антибактеріальних препаратів на бактеріальну асоціацію у складі біоплівки *in vitro*.

Матеріали і методи. Було проведено бактеріологічне дослідження 80 зразків сечі дітей з підозрою на інфекцію сечових шляхів. При виділенні двох та більше видів бактерій у титрі 10³ та більше, від одного пацієнта, сукупність виділених бактерій досліджувалася *in vitro* шляхом кокультивування та культивування клінічних штамів окремо з визначенням інтенсивності біоплівкоутворення методом мікропланшетів. Розмір біоплівки вимірювався в одиницях щільності (ОЩ). Чутливість до антибактеріальних речовин для бактеріальних асоціацій у складі біоплівки визначалася методом серійних розведень, після формування біоплівки протягом 24 годин.

Результати дослідження. З 80 досліджених зразків сечі, у 56 було виділено клінічні ізоляти бактерій у титрі 10³ та більше (70%), серед них 3 бактеріальні асоціації (5,7%). Асоціації складались з 3 видів бактерій, до їх складу входили: *E.coli*, *S. epidermidis*, *E.faecalis*, *E.aerogenes*.

При спільному культивуванні бактерій, що входили в асоціацію величина біоплівки складала 0,42±0,01 ОЩ, що статистично не відрізняється від показників біоплівкоутворення при окремому культивуванні бактерій – 0,43±0,03 ($p>0,05$).

При визначенні кількості бактерій різних видів у складі біоплівки, утвореної бактеріальною асоціацією, було встановлено, що 90±5% бактерій у складі біоплівки припадають на *E.coli*, інші види бактерій представлені кількістю, що є меншою ніж 5%.

При визначенні чутливості бактерій у складі біоплівки до антибактеріальних речовин було встановлено, що біоплівка утворена бактеріальними асоціаціями не збільшує рівень антибіотикотолерантності бактерій до цефалоспоринов, амінопеніцилінів, аміноглікозидів та фурагіну.

Висновки. Інтенсивність біоплівкоутворення бактеріальними асоціаціями *in vitro* не відрізняється від інтенсивності утворення біоплівки окремими клінічними ізолятами. Бактерії у складі бактеріальної біоплівки утвореної бактеріальною асоціацією не збільшують стійкість до антибактеріальних речовин. *E.coli* здатна пригнічувати ріст інших бактерій при спільному культивуванні *in vitro*.

ВПЛИВ НАНОСРІБЛА НА БАКТЕРІАЛЬНІ БІОПЛІВКИ IN VITRO

**Майданник В.Г., Мітюряєва-Корнійко І.О., Понятовський В.А.,
Гнилокурєнко Г.В., Водяник А.А.**

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

Актуальність. В Україні і світі реєструється зростання випадків інфекцій сечових шляхів у дітей, що викликані бактеріями з множинною резистентністю до антибактеріальних препаратів, враховуючи на збільшення толерантності до антибіотиків у бактерій у складі біоплівки, наразі є дуже актуальним пошук альтернативних речовин, які мають виражений антибактеріальний ефект на бактерії з розвинутою резистентністю до антибіотиків.

Мета. Визначити ефективність наночастинок срібла на клінічні ізоляти бактерій, що були виділені від дітей з інфекцією сечових шляхів, у складі біоплівки *in vitro*.

Матеріали і методи. Було виділено 56 клінічних ізолятів бактерій з зразків сечі дітей, що страждали на інфекцію сечових шляхів. Мінімальна інгібуюча концентрація (МІК) наночастинок срібла, які були отримані на базі кафедри матеріалознавства Інституту біоресурсів та природокористування, була визначена для кожного клінічного ізоляту методом десятикратних серійних розведень. Ефективність дії на бактерії у складі біоплівки була перевірена методом серійних розведень після формування біоплівки протягом 24 годин.

Результати дослідження. МІК для планктонних форм бактерій складала: 10 мг/л - 22,4% ізолятів, 100 мг/л – 77,6% ізолятів. МІК для біоплівочної форми бактерій: 10 мг/л – 7,1%, 100 мг/л – 53,5%, >100 мг/л – 39,4% клінічних ізолятів. Таким чином, після формування біоплівки бактерії збільшили свою толерантність до дії наночастинок срібла. Був визначений кореляційний зв'язок між інтенсивністю біоплівкоутворення та ефективністю дії наночастинок срібла, так при збільшенні розміру біоплівки МІК наносрібла зростає $r=0,613$ ($p<0,05$).

Висновки. Наночастинки срібла здатні пригнічувати ріст клінічних ізолятів бактерій як в планктонній, так у біоплівочній формі. Концентрації потрібні для пригнічення росту переважної більшості бактерій *in vitro* та варіюють у межах 10-100 мг/л. Існує необхідність подальшого вивчення антибактеріальної дії наночастинок срібла разом з визначенням цитотоксичності нанометалу.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОЇ РЕВМАТИЧНОЇ ЛИХОМАНКИ (ПРЛ)

Мамалуй Н.І., Єлоєва З.В., Кисельова Л.П.

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра педіатрії, м. Харків

Ревматична лихоманка (РЛ) залишається провідною причиною формування набутих вад серця в осіб молодого віку. Суттєвий вплив на еволюцію ревмокардиту та поглиблення кардіальних уражень чинять повторні випадки РЛ.

Мета дослідження: вивчення еволюції РЛ з урахуванням особливостей здійснення вторинних превентивних заходів.

Методи та результати дослідження. В умовах спостережень тривалістю від 15 до 42 років вивчені еволюція і наслідки клінічних варіантів РЛ у 300 дітей, які захворіли у віці 4-15 років. Вторинна профілактика РЛ здійснювалась з використанням біциліну-5, бензатин бензілпеніциліну (1В). Оптимальний інтервал між ін'єкціями дюрантної форми пеніциліну – 3 тижні. Як відомо, на четвертому тижні вміст препарату в сироватці крові вже не досягає рівня мінімальної інгібіруючої концентрації для А-стрептококу. З урахуванням сучасних вимог (ВООЗ, 2009, 2015), тривалість її проведення повинна визначатись особливостями наслідків попередніх атак і складати у пацієнтів, які перенесли РЛ без кардиту, до досягнення віку 21 року, мінімум 5 років (1С). У хворих, що перенесли ревмокардит без формування вади серця, – до 21 року, мінімум 10 років (1С). При наявності клапанних вад серця, а також після їх хірургічної корекції рекомендовано проведення пожиттєвої вторинної профілактики, або мінімум до 40 років (1С). Повторна РЛ розвивалась з частотою 4,3% на рік спостереження. Достовірно частіше вона відзначалась у хворих, що перенесли хорею (8,4%), а також важкий варіант первинного ревмокардиту, який закінчився формуванням вади серця (6,8%). Один її епізод перенесли 4,3% дітей, два – 1,3%, три – 0,9%. Максимальна кількість повторних атак РЛ, а також більш короткі інтервали між ними визначались у хворих хореею ($P < 0,05$). Ініціюючим фактором розвитку усіх повторних випадків РЛ виступала гостра А-стрептококова інфекція глотки. Однією з причин, що обумовили неефективність вторинної профілактики, був недостатній комплаєнс: дефекти поточної профілактики у 80% хворих з повторною РЛ поєднувались з порушенням планованості реалізації вторинних превентивних режимів. У 20% дітей цієї підгрупи відзначалась непереносимість препаратів пеніциліну. Клінічні прояви повторних випадків РЛ не завжди імітували попередню атаку: у 40% хворих визначалась їх часткова подібність першому її епізоду (відмінність на 1 градацію або ознаку), спостерігалась виразна тенденція до посилення важкості ураження серця, зниження частоти розвитку суглобового синдрому, переважання зтяжненого варіанту перебігу з помірною активністю процесу. Зростання частоти формування вади серця в наслідках другого епізоду РЛ встановлено у 1,9%, третього – у 1,6% хворих загальної групи. Повторні атаки РЛ частіше відбувалися через 1,5-3 роки після попереднього з тенденцією до подальшого подовження інтервалів між атаками. У 1% хворих, які перенесли єдиний епізод РЛ, трапилось ускладнення вади серця: формування поєднаної мітральної вади на фоні раніше сформованої недостатності мітрального клапану – як наслідок впливу геодинамічних факторів з розвитком небактеріального тромботичного ендокардиту.

Висновки. До факторів ризику розвитку повторної РЛ відносяться: відсутність або нерегулярність вторинної профілактики; А-стрептококові інфекції; повторні випадки РЛ в анамнезі; хронологічна близькість попереднього епізоду РЛ; хорея; тяжкість кардиту при попередній атаці РЛ. Розвиток повторної РЛ належить до контрольованих ситуацій в медицині, тому виникнення кожного нового епізоду РЛ має бути предметом усебічного аналізу з метою оцінки якості превентивних заходів, а також комплаєнтності пацієнта.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРА ОДДІ У ДІТЕЙ: КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА

О.М. Марфіян

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Функціональні розлади жовчного міхура (ФРЖМ) та сфінктера Одді займають одне з перших місць у загальній структурі захворюваності у дитячому віці. Вважають, що вказана патологія становить до 75-80% всіх захворювань біліарної системи у дітей.

Мета даної роботи – визначити клініко-інструментальні ознаки різних варіантів перебігу ФРЖМ та сфінктера Одді у дітей з урахуванням Римських критеріїв IV (2016 р.).

Матеріал та методи. Під спостереженням перебували 115 дітей (55 хлопчиків та 60 дівчаток) віком 9-15 років з ФРЖМ та ФРСО. У обстежених пацієнтів клінічні симптоми проявлялися не менше одного року. Дисфункцію жовчного міхура діа-

гносували за даними ультразвукового дослідження (УЗД). Для оцінки діагностичних критеріїв вираховували чутливість, специфічність, відношення правдоподібності позитивних і негативних результатів обстеження.

Результати дослідження. Результати спостереження свідчать, що у дітей з ФРЖМ та сфінктера Одді (ФРСО) клінічні прояви вирізнялась наявністю больового, диспепсичного та астеновегетативного синдромів. Біль був провідним клінічним симптомом в групах нашого дослідження і мав зв'язок з прийомом їжі. Типовим місцем локалізації болю виявилось праве підребер'я на яке чітко вказували 88,7% обстежених дітей. Другою клінічною скаргою у хворих на ФРЖМ був диспепсичний синдром, який супроводжувався нудотою, гіркотою в роті, відрижкою, періодичним блюванням, відчуттям переповнення шлунку, метеоризмом. Вказані скарги пред'являли 84,3% пацієнтів. У 80% обстежених дітей спостерігалися прояви астеновегетативного синдрому у вигляді лабільності настрою, млявості, підвищенням втомлюваності, зниженням пам'яті. На підставі визначення діагностичних критеріїв клініко-параклінічного обстеження було встановлено, що у 76,5% дітей визначалась гіперкінетична форма ФРЖМ, яка характеризується больовим синдромом у вигляді приступоподібного, інтенсивного болю в епігастрії та правому підребер'ї, а також диспептичним синдромом (блювота підсилює біль, нудота, гіркота в роті). При гіпокінетичній формі ФРЖМ у 23,5% дітей больовий синдром має постійний, ниючий характер, що супроводженням відчуттям тяжкості в правому підребер'ї, які зменшуються після жовчогінних засобів, а також диспептичний синдром (блювота приносить полегшення, відрижка гірким, нудота, запори, може бути діарея після жирної їжі). За даними аналізу УЗД розлади жовчовиділення було виявлено у 76,6% дітей, хворих на ФРЖМ. Ознаки потовщення стінки жовчного міхура та внутрішньоміхурового холестазу у вигляді неоднорідної ехогенності вмісту жовчного міхура («сладж» феномен) переважали при функціональній гіпокінетичній формі ФРЖМ. Показано, що висока діагностична цінність зберігається при динамічній УЗД жовчного міхура у дітей. У більшості обстежених дітей при гіперкінетичному типі ФРЖМ об'єм жовчного міхура скорочувався більш ніж на 65% на 60-90 хв після прийому холекінетика, а при гіпокінетичному типі – менш ніж на 33%.

Таким чином у більшості дітей, хворих на ФРЖМ та сфінктера Одді основними клінічними проявами захворювання є больовий та диспептичний синдроми, а також УЗД, які мають достатню діагностичну цінність для розпізнавання різних клінічних форм даної патології.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ГЕМОГРАМИ У ДІТЕЙ ПРИ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ З МОНОНУКЛЕОЗНИМ СИНДРОМОМ

Махмутов Р.Ф., Мальцева Л.О., Заяц С.П., Пошехонова Ю.В.

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

Особливістю Епштейна-барр вірусної інфекції (ЕБВІ) у дітей є різноманіття і варіабельність клінічних проявів, що утруднює диференціальну діагностику із захворюваннями, що мають подібні клінічні прояви, зокрема, придбана цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ). Разом з цим, методи лабораторної специфічної діагностики ЕБВІ в практичній охороні здоров'я використовуються недостатньо, частіше застосовуються в наукових дослідженнях.

Мета роботи: виявити критерії діагностики вірусних інфекцій з мононуклеозоподібним синдромом на основі оцінки деяких показників розширеної гемограми у дітей.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилося 75 дітей з інфекційним мононуклеозом у віці від 1 року до 14 років. Дітей у віці перших 3-х років було 20,6%; від 3 до 7 років – 46,6%; старше 7 років – 32,8%. З метою виявлення інформативних критеріїв серед показників гемограми нами використані: лейкоцитарний індекс інтоксикації і модифікований індекс інтоксикації; лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс і лімфоцитарно-лейкоцитарний індекс.

Результати і їх обговорення. Проаналізовані лабораторні тести у 75 дітей: 45 – з ЕБВІ і 30 – з придбаною ЦМВІ, що мають «мононуклеозоподібний синдром». Встановлено, що диференціальна діагностика цих захворювань викликає великі утруднення, оскільки в периферичній крові виявляються: при ЕБВІ лімфоцитоз в межах $54,9 \pm 3,2\%$ і атипіві мононуклеари $18,8 \pm 1,8\%$; при ЦМВІ – $49,5 \pm 2,7\%$ і $12,8 \pm 2,1\%$ – що формально дає основу діагностувати ЕБВІ в усіх випадках.

Середній показник загального числа лейкоцитів значно вище у дітей з ЕБВІ і складає $12,9 \pm 1,7$ г/л., чим у дітей ЦМВІ, що мають, – $7,3 \pm 1,1$ г/л ($p > 0,05$).

Лейкоцитарний індекс інтоксикації більше виражений при ЦМВІ – $0,54 \pm 0,04$ од., а при ЕБВІ $0,35 \pm 0,09$ од. ($p > 0,05$). При цьому не враховувалася загальна кількість лейкоцитів і ШОЕ, що відбивають характер запального процесу.

Прийнятнішими і достовірнішими є модифікований індекс інтоксикації і показник співвідношення лімфоцитів і лейкоцитів, які склали відповідно: $0,45 \pm 0,05$ од. у дітей з ЦМВІ і $0,31 \pm 0,03$ од. – з ЕБВІ; показник співвідношення лімфоцити/лейкоцити – $5,18 \pm 0,27$ од., при ЦМВІ – $6,82 \pm 0,34$ од.

Ці показники відбивають, передусім, вірусний характер запального процесу, який найбільш виражений був у дітей при ЕБВІ в порівнянні з дітьми, ЦМВІ, що мають. Відмінності в показниках гемограми статистично достовірні ($p > 0,05$).

Особливо наочно цю версію підтверджує лімфоцитарно–гранулоцитарний індекс, оскільки цей індекс у дітей при ЕБВІ значно вище в порівнянні з показником у дітей при ЦМВІ: $20,8 \pm 1,7$ од. і $6,7 \pm 1,3$ од. відповідно.

Таким чином, розрахунок цих показників гемограми можна використати в якості індикаторів необхідності проведення експрес диференціальної діагностики захворювань, викликаних герпесвірусами у дітей.

ЦЕФАЛГІЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ УЧНІВ ГІМНАЗІЇ: РЕЗУЛЬТАТИ ФАКТОРНОГО АНАЛІЗУ

Місюра О.М., Потаскалова В.С., Хайтович М.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ

Серед основних напрямів збереження здоров'я населення і зменшення соціально-значимих хронічних неінфекційних захворювань є забезпечення здорового способу життя дітей та підлітків. Навчання в школах нового типу (лицеях, гімназіях тощо) в наш час вважається одним із значимих стресових факторів, що впливає на здоров'я дітей.

Вживання алкоголю, наркотиків і куріння; зловживання фаст-фудом поряд із тривалим «екранним» часом можуть суттєво впливати на самопочуття дитини. Результати наших попередніх досліджень та дані літератури вказують на те, що школярів найчастіше турбують головні болі, рідше болі в животі та грудній клітці.

Метою даного дослідження було встановити зв'язок цефалгії із особливостями поведінки учнів гімназії.

Дослідження проводилось в одній із гімназій м. Києва. Обстежено 74 учнів (39 дівчаток і 35 хлопчиків) віком 13-17 років (середній вік $15,0 \pm 1,2$ років). Проводилось анонімне анкетування за попередньо розробленою нами анкетой. Статистичну обробку результатів дослідження проводили із використанням факторного аналізу із застосуванням програми Statistica for Windows 8.0.

У 8 підлітків (10,8%) головний біль відмічався практично щодня, у 10 (13,5%) – 2-3 рази на тиждень, у 21 (28,4%) – 2-3 рази на місяць. У 5 дітей (6,7%) інтенсивні головні болі відмічаються частіше, ніж 1 раз на тиждень, у 12 (16,2%) – 1-2 рази на місяць.

За допомогою факторного аналізу виявлено 5 основних факторів, що визначають самопочуття і поведінку школярів. При вивченні факторних навантажень встановлено, що фактор 1 асоційований із інтенсивністю головного болю (0,74), частотою інсомнії (0,69) та зменшенням тривалості нічного сну (0,64); фактор 2 – з тривалістю (0,84) і адитивним характером комп'ютерних ігор (0,76), чоловічою статтю (0,55); фактор 3 – із частотою (0,82) і кількістю тижневого часу (0,82) заняття спортом, кількістю годин щоденного перегляду телевізора (0,50); фактор 4 – із шкідливими звичками: курінням (0,54), вживанням алкоголю (0,52), тривалістю щоденного користування соціальними мережами (0,55) та частотою конфліктів (0,75); фактор 5 – з віком (0,54) і зловживанням фаст-фудом (0,68).

Доля дисперсії від загальної дисперсії була найвищою у фактора 1 (14,7%) та фактора 2 (13,0%), а для факторів 3, 4 і 5 становила відповідно 9,7%, 8,6% та 8,8%. Вказані п'ять факторів загалом пояснюють майже 52,8% значимих показників

Отже, більше ніж у половини учнів гімназії частіше, ніж декілька разів на місяць, відмічаються головні болі, а в 10% – щодня; кожного п'ятого підлітка декілька разів на місяць турбує інтенсивний головний біль. Згідно факторного аналізу – інтенсивний головний біль тісно пов'язаний із частотою інсомнії та зменшенням тривалості нічного сну. Серед інших незалежних факторів, які суттєво впливають на поведінку учнів гімназії, необхідно відмітити захоплення комп'ютерними іграми (переважно хлопчиків); заняття спортом; негативні звички (куріння, вживання алкоголю, захоплення соціальними мережами, конфліктність) та вживання фаст-фудів. Для покращення здоров'я школярів необхідно розробити програми зменшення впливу таких значимих факторів, як інсомнія, комп'ютерна адикція, конфліктність та зловживання фаст-фудами.

ДИСТРЕСОРНИЙ ТИП ОСОБИСТОСТІ, ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ХАРАКТЕР СКАРГ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Місюра О.М.

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

В наш час проблема впливу індивідуально-типологічних властивостей особистості на розвиток артеріальної гіпертензії (АГ) розглядається з двох позицій: одна з них базується на тому, що під впливом хвороби відбуваються зміни особистості і загострюються певні її риси і вказані зміни залежить від тяжкості і перебігу патологічного процесу; інша полягає в тому, що певні риси особистості можуть призводити до розвитку АГ.

Останні дослідження вказують на те, що дистресорний тип (тип Д) особистості (включає негативну збудливість і соціальне пригнічення) є психологічним фактором ризику соматичних захворювань. Вважається, що пацієнти з особистістю типу Д часто тривожні, мають похмуру уявлення про життя, відчувають себе напруженими і нещасними; вони легше дратуються і рідше перебувають у гарному настрої. У той же час вони не схильні розділити негативні емоції з іншими людьми внаслідок страху несхвалення і мають меншу кількість персональних зв'язків з іншими людьми і відчувають дискомфорт при спілкуванні з незнайомцями. Дослідження, проведені у дорослих, показали, що дистресорний тип особистості пов'язаний із збільшенням ризику ускладнень і летальності у хворих з ішемічною хворобою серця, інфарктом міокарда, з хронічною серцевою недостатністю, атеросклерозом периферичних артерій; із меншою ефективністю медикаментозних і інвазивних втручань.

Метою нашого дослідження було встановити вплив характеристик типу особистості Д на самопочуття та якість життя підлітків із первинною АГ.

Дослідження проводилось на базі Київського міського центру діагностики та корекції вегетативних дисфункцій у дітей Дитячої клінічної лікарні №6 м. Києва. Обстежено 28 хлопчиків віком 11-17 років (середній вік $14,65 \pm 1,69$ років) із первинною АГ (діагноз встановлено шляхом добового моніторингу артеріального тиску (АТ) та виключення причин для підвищення АТ). Тип Д визначали за допомогою тесту DS-14, а якість життя – з використанням тесту SF-36. За допомогою спеціально розробленої анкети визначали частоту та характер скарг у підлітків із первинною АГ. Статистичну обробку результатів дослідження проводили із використанням дисперсійного та кореляційного аналізу із застосуванням програми Statistica for Windows 8.0.

Тип Д особистості виявлено у 11 хлопчиків (39,3%) із первинною АГ. У пацієнтів із типом Д відмічено суттєве зниження рольового функціонування ($37,08 \pm 9,20$ балів), проте цей показник, хоча і був в середньому нижчим, але достовірно не відрізнявся від значень у групи контролю ($60,35 \pm 6,75$ балів; $P=0,056$). Також у пацієнтів із типом Д особистості відмічались тенденція до більш частих цефалгій.

За даними кореляційного аналізу показник негативної збудливості тесту DS-14 зворотно пов'язаний із такими показниками якості життя (згідно SF-36), як життєздатність ($r=-0,57$; $P<0,01$), рольове функціонування ($r=-0,44$; $P<0,05$), та психічне здоров'я ($r=-0,52$; $P<0,05$). Показник соціального пригнічення достовірно корелював із частотою цефалгій ($r=0,51$; $P<0,05$).

Таким чином, майже у 40% хлопчиків підліткового віку із первинною АГ згідно тесту DS-14 виявляється тип Д особистості. Пацієнти із типом Д особистості відрізняються нижчими показниками якості життя і більшою частотою цефалгічного синдрому. Вказані результати необхідно враховувати при розробці програм лікування та реабілітації хлопчиків із первинною АГ.

ЗНИЖЕННЯ КОМПЛАЄНСУ У ХЛОПЧИКІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Місюра О.М., Шварцева В.М., Кухта Н.М., Місюра Л.І., Хайтович М.В.

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

Проблема профілактики та лікування артеріальної гіпертонії (АГ) у дітей і підлітків має велике значення, оскільки доведено досить швидко прогресування захворювання і ураження органів-мішеней. Незадоволення результатами лікування часто пояснюється низьким комплаєнсом (під терміном "комплаєнс" мають на увазі прихильність до терапії: дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря, включаючи прийом препаратів, дієти і/або зміну способу життя).

Доведено, що комплаєнс достовірно позитивно впливає на виживаність пацієнтів, які мають хронічні захворювання. Наприклад, висока прихильність до антигіпертензивної терапії асоціюється з 38% зниженням ризику серцево-судинних ускладнень у порівнянні з низькою прихильністю. Вважається, що проблема низького комплаєнсу є більшою проблемою, ніж проблеми, пов'язані з самим захворюванням і безпосередньо з лікарськими засобами. Тому останнього часу проводиться пошук чинників, які визначають комплаєнс, розробляються та впроваджуються тренінгові програми для пацієнтів.

Метою нашого дослідження було встановити особливості комплаєнсу та його залежність від особливостей особистості у підлітків із первинною АГ.

Дослідження проводилось на базі Київського міського центру діагностики та корекції вегетативних дисфункцій у дітей Дитячої клінічної лікарні №6 м. Києва. Обстежено 26 хлопчиків віком 11-17 років (середній вік $14,65 \pm 1,69$ років) із первинною АГ (діагноз встановлено шляхом добового моніторингу артеріального тиску (АТ) та виключення причин для підвищення АТ). Комплаєнс визначали за допомогою анкети, запропонованої X. Girerd та співавт. (2001). За наявності 3 та більше позитивних відповідей прихильність оцінювали як низьку, 1-2 позитивних відповідей – як помірну, за відсутності позитив-

них відповідей – як високу. Тип Д особистості визначали за допомогою тесту DS-14, а характерологічні особливості підлітків – за допомогою методики багатofакторного дослідження особистості Р. Б. Кеттелла. Статистичну обробку результатів дослідження проводили із використанням дисперсійного та кореляційного аналізу із застосуванням програми Statistica for Windows 8.0.

У жодного хлопчика не відмічався високий комплаєнс, у 11 підлітків (42,3%) комплаєнс був помірний, у 15 (57,7%) – низький.

Відмічено достовірний ($P < 0,05$) прямий кореляційний зв'язок між ступенем зниження комплаєнсу і значенням шкали соціального пригнічення тесту DS-14 ($r = 0,43$) та зворотний – із значенням фактору N (прямолинійність-дипломатичність) тесту Р. Б. Кеттелла ($r = -0,43$).

Отже, більше ніж у половини хлопчиків підліткового віку із первинною АГ виявлено низький комплаєнс, у решти – помірно знижений. Відсутність високого комплаєнсу у підлітків із АГ в певній мірі можна пояснити їх особливостями особистості (схильністю до прямолинійності у поєднанні із соціальним пригніченням), що необхідно враховувати при складанні програми лікування та реабілітації. Можна вважати, що посилення прихильності до терапії буде сприяти підвищенню ефективності лікування АГ і покращенню прогнозу даного захворювання у підлітків.

ВПЛИВ ДИЗЕЛЕМЕНТОЗУ НА ФОРМУВАННЯ У ДІТЕЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ НАЯВНОСТІ ПАТОЛОГІЇ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Мітюряєва І.О., Гнилокурєнко Г.В., Кухта Н.М., Крепосняк А.А.

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

На сьогодні пароксизмальна вегетативна недостатність у дітей залишається актуальною проблемою у зв'язку із збільшенням поширеності та масою відкритих питань щодо визначення провокуючих факторів виникнення патології, особливо при наявності фонових захворювань шийного відділу хребта. На жаль, означені проблеми ускладнюють вибір необхідних методів лікування та знижують рівень ефективності терапії.

Мета. Визначити кореляційні зв'язки між вмістом мікроелементів у волоссі, у сироватці крові, у нутрієнтному статусі та змінами показників клініко-інструментального обстеження хворих на пароксизмальну вегетативну недостатність при наявності патології шийного відділу хребта.

Матеріали та методи. Обстежено 60 дітей 8-17 років із пароксизмальною вегетативною недостатністю (ПВН) на фоні патології шийного відділу хребта (ШВХ), яким проведено аналіз плазми крові, прикореневої зони волосся на вміст 16 хімічних елементів (S, Cl, K, Ca, Fe, Ni, Cu, Zn, Br, Cr, Mn, Se, I, Hg, Cd, Pb) і які проходили комплексне клініко-інструментальне обстеження на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 м. Києва. Кореляційний аналіз проводили за допомогою статистичного пакета SPSS 22,0. Вивчали взаємозв'язки концентрації мікро- та макроелементів зі змінами показників клініко-інструментальних методів дослідження: денситометрії, індексу маси тіла, рентгенологічного дослідження шийного відділу хребта з функціональними пробами та рентгену 1 та 2-го шийних хребців крізь відкритий рот, а також реоенцефалографії та електроенцефалографії.

Результати дослідження електроенцефалографії, а саме подразнення активності серединних структур ($r = 0,420$, $p < 0,05$) та зниження рівня біоелектричної активності ($r = 0,536$, $p < 0,05$) мають достовірний кореляційний зв'язок із дефіцитом селену сироватки крові, що виявлялось у 96,4% з нестабільністю та у 90,9% дітей з хондродиспластичними змінами ШВХ, які хворіють на ПВН. Дефіцит венозного відтоку за даними РЕГ достовірно пов'язаний із дефіцитом цинку сироватки крові ($r = 0,359$, $p < 0,05$), кальцію ($r = 0,282$, $p < 0,05$) та бромю ($r = 0,393$, $p < 0,05$) у волоссі. Вміст кальцію у волоссі хворих на ПВН знижено більше, ніж у половини дітей з нестабільністю (60,7%) та з хондродиспластичними змінами (59,1%) ШВХ.

Ознаки остеопорозу за даними денситометрії достовірно пов'язані із дефіцитом міді сироватки крові ($r = 0,304$, $p < 0,05$) та з відхиленнями індексу маси тіла ($r = 0,322$, $p < 0,05$). Виявлена патологія за рентгенологічним дослідженням корелює із дефіцитом хрому ($r = 0,299$, $p < 0,05$) та бромю ($r = 0,402$, $p < 0,05$) у волоссі. Причому встановлено дефіцит хрому, бромю у волоссі та дефіцит міді сироватки крові у хворих на ПВН з нестабільністю (100%, 57% і 67,9% відповідно) і з хондродиспластичними змінами ШВХ (90,9%, 22,7% і 59,1% відповідно).

Висновки. Визначені достовірні кореляційні зв'язки між зниженням вмісту мікроелементів у добовому раціоні їжі, у сироватці крові, волоссі та показниками розвитку патології шийного відділу хребта та нейровегетативних змін у хворих на пароксизмальну вегетативну недостатність дозволяє розробити ефективні напрямки їх корекції.

МОДЕЛЬ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТАХ У КРАЇНАХ ПРИБАЛТИКИ

Мітюряєва-Корнійко І.О., Салтикова Г.В., Гнилокурєнко Г.В.

Кафедра педіатрії №4, НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ

Обмін досвідом проведення наукових досліджень та ведення педагогічного процесу між викладачами та керівниками ВНЗ, що мають медичну спрямованість, різних країн світу дозволяє підвищити рівень їх знань, оптимізувати викладання та сприяти підвищенню конкурентоздатності студентів та випускників. Країни Прибалтики (Литва та Естонія) протягом останніх двох десятирічь набули досвіду у підготовці лікарів відповідно до стандартів університетської освіти країн Європейського Союзу.

Мета. Дослідити модель навчального процесу у країнах Прибалтики.

Матеріали отримані при безпосередньому перебуванні на кафедрах Литовського університету наук здоров'я (LSMU) у м. Каунас, Тартуського університету (Естонія) та їх університетських клініках, які є невід'ємною частиною практичної підготовки майбутніх лікарів.

Результати. Основою політики керівництва медичного факультету ВНЗ Прибалтики є призначення проректора з клінічної роботи одночасно директором університетських клінік, найбільш потужних у країнах. Ця посада обирається членами Вченої ради ВНЗ та керівництвом лікарні шляхом голосування. У навчальному процесі використовується дистанційне та кооперативне навчання (у групах по 2-3 студентів). Теоретична частина матеріалу вивчається студентами самостійно, класичні лекції замінені на дистанційні, або проводяться в форматі «гібридної» лекції (набір клінічних випадків). Практичні навички відпрацьовуються у симуляційних (гібридних) класах, що обладнані відео інструкціями, муляжами, алгоритмами ведення хворого та ситуаційними завданнями, які студенти вчать вирішувати. Викладач здійснює он-лайн контроль за роботою, оцінює виконання, робить зауваження та консультує з теоретичних питань.

Навчання на медичному факультеті складає 6 років, останні 5 місяців з яких є загальною інтернатурою, після чого отримується кваліфікація лікар та ступінь «Магістр медицини». Продовженням навчання є резидентура за спеціальністю, тривалістю 3-6 років, та отримання ступеня «Спеціаліст медицини». Навчання в університетах може відбуватися різними мовами, але навчання в резидентурі можливе лише мовою країни, в якій вона відбувається, за для якісного спілкування з пацієнтами. Вступ до резидентури відбувається на підставі середнього балу атестату університету, результатів практичного іспиту, результатів мотиваційної співбесіди та балу за наукову роботу. Молодші резиденти працюють у клініках лише у складі команди лікарів. Старші резиденти працюють самостійно, виконуючи обов'язки лікаря в повному обсязі. Заробітна плата резидента складається зі стипендії від Університету та зарплати лікаря клініки в якій вони працюють. Резиденти самостійно можуть вибрати базу навчання, але за наявності на ній робочих місць. Обов'язковим для вузької спеціалізації (5-6 рік резидентури) є оволодіння функціональними та інструментальними методами обстеження, що необхідні для тої чи іншої спеціалізації.

Висновки: Таким чином, максимальний термін отримання вищої медичної освіти до рівня вузького спеціаліста становить 12 років. Постійна практична робота в клініці та відпрацювання практичних навичок з діагностики та лікування в симуляційних класах та обов'язкова здача фінального практичного іспиту дозволяє молодим лікарям бути конкурентоздатними.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КРЕАТИВНОЇ МУЗИКОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ

Мітюряєва І.О., Чурилина А.В., Кухта Н.М., Тарнавська О.В.

НМУ імені О.О. Богомольця, кафедра педіатрії №4, м. Київ, Україна

Важливість використання нових психологічних методик, недостатнє вивчення можливостей музикотерапії – багатофункціонального потенціалу (корекційно-компенсаторного, лікувально-оздоровчого, стимулювального) у лікуванні дітей, хворих на різні прояви вегетативних дисфункцій (ВД).

Мета. Оцінити порівняльні можливості музикотерапії в комплексному лікуванні дітей, хворих на різні клінічні прояви ВД в умовах стаціонару.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі Центра вегетативних дисфункцій ДКБ №6 м. Києва. Під наглядом знаходились 149 дітей віком 12-17 років у яких в результаті клініко-інструментального обстеження було діагностовано: ВД з гіпертензією у 44 дітей (24 основна група, 20 контрольна), ВД з гіпотензією у 57 дітей (37 основна група, 20 контрольна),

ВД з ПВН у 48 дітей (28 основна група, 20 контрольна). Клініко-психологічні та інструментальні обстеження проводились до та після психокорегуючого лікування. Хворі основної групи 89 дітей брали участь у груповій психотерапії за інноваційною програмою з елементами музикотерапії. 60 хворих контрольної групи отримували базове медикаментозне лікування.

Результати дослідження. За результатами обстеження в основній групі майже в 2 рази частіше ніж в контрольній зменшилися скарги: на головний біль на 60,8% (в групі контролю на 30,2%), біль у ділянці серця на 45,2% (в контролі на 17,4%), серцебиття на 24,3% (в контролі на 14,6%), запаморочення на 46,7% (в контролі на 23,8%), швидку втомлюваність на 24,2% (на 11,7% в контролі), емоційна лабільність покращилася на 35,4% (на 16,3% в групі контролю). В контексті нашого дослідження ми отримали своєрідний рейтинг музичних творів, при прослуховуванні яких завдяки вербалізації переживань хворі підлітки мали можливість проводити рефлексію свого травматичного досвіду з емоційного на когнітивний рівень, що дозволило гармонізувати їх психоемоційний стан та підвищити успішність лікування. Лідером виявився твір сучасного композитора Х. Іглесіаса «Життя триває», який 96,4% хворим на різні прояви ВД дозволив відчути себе більш сильними, здатними робити свідомий вибір на користь власного здоров'я. Також, найбільш ефективними для хворих на ВД з гіпотензією виявилися класичні твори Бетховена увертюра «Едмонд» (89,2%), Е. Грига сюїта «Ранок» з твору «Пер Гюнт» (86,4%), В.А. Моцарта турецький вальс «Рондо» (81,1%); для хворих на ВД з гіпертензією – твори сучасних композиторів Х. Іглесіаса «Історія кохання» (95,8%), П. Марія «Жайворонок» (75%), Д. Руссо «Souvenirs to souvenirs» (75%), для хворих на ВД з ПВН – класичний твір В.А. Моцарта «Шлях до мрії» (97,3%), сучасні твори П. Марія «Історія кохання» (93,7%), Е. Мориконе до кінофільму «Ромео і Джульєтта» (89,2%). За результатами клініко-інструментальних методів дослідження після комплексного лікування збільшилося в 2,6 рази кількість дітей з достатнім вегетативним забезпеченням, що підтверджують дані КОП. Аналіз даних ЕКГ показав зниження частоти порушень серцевого ритму (з 24,2% до 18,6%, $p < 0,05$), визначена стабілізація АТ в межах $126,9 \pm 5,2$ (САТ) і $73,2 \pm 3,8$ (ДАТ), $p < 0,05$, виражено нормалізувалися показники вегетативної реактивності за рахунок зменшення гіперсимпатикотонічного на 38,4% та асимпатикотонічного на 12,2% типів.

Висновки. Проведене дослідження підтвердило доцільність та ефективність використання класичної музики та творів сучасних композиторів у інноваційній психокорекційній програмі з елементами музикотерапії, у комплексному лікуванні дітей, хворих на різні клінічні форми ВД в умовах стаціонару.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ЗА О.М. СТРЕЛЬНИКОВОЮ У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

**Мітюряєва І.О., Гнилокурєнко Г.В., Корнієнко А.Б.,
Походило О.В., Махортих А.І.**

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

Актуальність. Провокуючим фактором виникнення рецидивів у дітей, хворих на пароксизмальну вегетативну недостатність (ПВН), є наявність супутньої патології дихальної системи, що потребує впровадження адекватних методів лікування. Гімнастика за О.М. Стрельниковою є потужним фактором оздоровлення дітей, збільшення уваги та працездатності.

Мета. Вивчити ефективність застосування дихальної гімнастики за О.М. Стрельниковою, що використовується у комплексному лікуванні хворих дітей на ПВН з наявністю рекурентної патології дихальної системи.

Матеріали та методи. Обстежено 38 дітей віком від 8 до 17 років, зі встановленим діагнозом пароксизмальної вегетативної недостатності, які знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіоревматологічному відділенні ДКЛ №6 м. Києва. Першу групу склали 25 дітей, у яких було виявлено ПВН на фоні рекурентної патології органів дихання, другу – 13 дітей з ПВН без патології органів дихання. Всім хворим до початку лікування та після було проведено загальноклінічне, отоларингологічне обстеження, анкетування за суб'єктивним статусом, кліноортостатичні проби (КОП), спірометрію та кардіоінтервалографію (КІГ). Терапія включала в себе стандартне медикаментозне лікування та виконання упродовж п'яти днів дихальної гімнастики за О.М. Стрельниковою (вправи: «Долоні», «Погончик», «Насос», «Повороти голови»).

Результати. У хворих на ПВН при наявності рекурентної патології органів дихання після комплексної терапії, яка включала в себе стандартне медикаментозне лікування та проведення вправ дихальної гімнастики за О.М. Стрельниковою, достовірно зменшилися скарги на запаморочення майже в 2 рази, серцебиття в 1,84 разів, емоційну лабільність в 1,66 разів в порівнянні з хворими без наявності патології органів дихання. За даними КОП нормальне вегетативне забезпечення у пацієнтів двох груп зросло в 1,1 разів в першій групі та в 0,89 разів в другій. За даними КІГ, у хворих на ПВН, незалежно від наявності у них рекурентної патології органів дихання, після проведення курсу терапії достовірно підвищується АМо ($p < 0,05$), що свідчить про нормалізацію активності симпатичного відділу. За даними спірометрії у пацієнтів з наявністю рекурентної патології органів дихання збільшилися показники: ЖЕЛ більше 80% в 2 рази, резервного об'єму легень більше 80% в 1,66 рази, а ємності вдику більше 70% в 1,1 рази.

Висновок. Використання стандартного лікування у комплексі з вправами дихальної гімнастики, розробленими О.М. Стрельниковою, дає можливість покращити функціональний стан дихальної системи та відновити показники вегетативного гомеостазу у хворих на ПВН.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Міхеєва Т.М., Нечитайло Д.Ю.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці

Серед захворювань органів травлення значне місце посідає патологія шлунка та дванадцятипалої кишки, яка складає 70-75% від загальної кількості цих захворювань у дітей і набуває масштабів соціальної проблеми. Особливе значення у розвитку цієї групи хвороб належить дисфункції вегетативної нервової системи, яка лежить і в основі порушень роботи серцево-судинної системи, зокрема в регуляції рівня артеріального тиску.

Дуже важливим є виявлення артеріальної гіпертензії на стадії передгіпертензії для того, щоб провести своєчасну корекцію і недопустити розвитку гіпертонічної хвороби. Однією із можливостей виявлення артеріальної гіпертензії у дітей є проведення добового моніторингу артеріального тиску.

Метою роботи було провести добовий моніторинг артеріального тиску у дітей із хронічною гастродуоденальною патологією.

Обстежено 60 дітей шкільного віку, мешканців Чернівецької області та м. Чернівці з хронічною гастродуоденальною патологією, які лікувались у гастроентерологічному відділенні МДКЛ. Середній вік дітей 12,7. Співвідношення хлопців до дівчат 1:1. Оцінку рівня артеріального тиску у школярів проводили за допомогою методики добового моніторингу артеріального тиску, яка полягає в тому, що спочатку з дитиною проводиться роз'яснювальна бесіда. Лікар спокійно пояснює дитині суть методу та його особливості. Вподальшому дослідник підбирає розмір манжети відповідно віку дитини. Манжета накладається на ліве плече на 1 см. вище ліктьового згину. Сам апарат в спеціальному чехлі фіксується двома ремінцями і підганяється по розмірам навколо поясу так, щоб він дитині не заважав. З моменту включення апарату він залишається на пацієнтові впродовж доби.

Кратність вимірювань артеріального тиску становить: кожні 30 хвилин в денний час та кожні 2 години в нічний час. Після закінчення добового моніторингу апарат знімається, дані синхронізуються з комп'ютером для подальшого аналізу.

Ця методика дає можливість спостерігати за добовими коливаннями артеріального тиску, виявити співвідношення артеріального тиску у денний та нічний час, а також набагато достовірніше виявити передгіпертензію чи гіпертензію. Крім того, великою перевагою цієї методики є те, що вона фактично усуває псевдопозитивний результат, тобто коли у дитини спостерігаються підвищені показники артеріального тиску при одноразовому вимірюванні, як наслідок на стресову ситуацію під час першого візиту в лікаря.

У обстежених дітей отримали такі результати: передгіпертензію було виявлено у 11 дітей (18%), артеріальну гіпертензію – у 3 дітей (5%).

Проведення добового моніторингу артеріального тиску у дітей із хронічною гастродуоденальною патологією дає можливість виявити у них передгіпертензію та гіпертензію і сформувати групу ризику по розвитку в майбутньому гіпертонічної хвороби.

БІЛЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕННІ МАНІПУЛЯЦІЙ ТА ЙОГО ОЦІНКА

Моравська О.А., Мількевич Т.В., Ізюмець О.І., Кондратюк Л.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Актуальність: Новонароджені мають особливу больову чутливість, що відрізняється низьким порогом сприйняття болю, більш широкими рецепторними полями та тривалістю реакції на біль, незрілістю системи низхідного контролю болю та відсутністю впливу зовнішніх факторів, що накладають відбиток на остаточне відчуття болю.

Мета: Оцінити прояви больового синдрому у новонароджених за поведінковою шкалою FLACC при проведенні маніпуляцій з використанням мір комфорту та без них, оцінити результат методом статистичного аналізу.

Матеріали та методи: Обстежено 63 пацієнти, що були на стаціонарному лікуванні у відділенні патології новонароджених. Реакція на болісну маніпуляцію (взяття крові з пальцю) оцінювалась з використанням поведінкової шкали болю FLACC, що враховує вираз обличчя, позицію ніг, активність, плач/крик, реакцію на намагання заспокоїти (по 0, 1, 2 бали за кожну ознаку) без методів знеболення та з ними (40% розчин глюкози та крем EMLA). Для оцінки достовірності різниці результатів поданих методів використовувався критерій Стьюдента.

Результати: Середня оцінка показника за шкалою FLACC складала: для дітей без використання мір комфорту $6,17 \pm 0,36$; для групи з пероральним вживанням глюкози $2,43 \pm 0,33$ та для групи з використанням крему EMLA $4,71 \pm 0,28$ балів при $p < 0,05$. Критерій Стьюдента при порівнянні другої групи з контрольною склав 7,67, а для третьої – 6,4.

Висновки: З вірогідністю безпомилкового прогнозу, рівною 95,5%, можна стверджувати, що є статистично значима різниця між порівнюваними величинами, для регулювання болісних маніпуляцій у новонароджених дітей можна використовувати 40% розчин глюкози у вигляді перорального розчину.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСТРАСИСТОЛІЧНОЇ АРИТМІЇ У ДІТЕЙ З КЛАПАННИМ І ТОРАКОДІАФРАГМАЛЬНИМ СИНДРОМАМИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Москалюк О.М., Чала Л.Ф.

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

Кардіальні дизритмії є одним з прогностично несприятливих ускладнень пролапсу мітрального клапана. Метою даного дослідження було вивчення особливостей екстрасистолічної аритмії у дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДДСТ), що мають пролапс мітрального клапана (ПМК) і торакодіафрагмальний синдром (ТДС).

Обстежено 126 дітей у віці 7-17 років з НДДСТ, що мають ПМК. До основної групи увійшли 85 ($67,5 \pm 4,2\%$) пацієнтів з ТДС, в групу порівняння – 41 ($32,5 \pm 5,4\%$) без ТДС. Обстеження проводилося із застосуванням апарату для ЕКГ моніторингу по Холтеру «ДХ-АКМ-03». Для виявлення НДДСТ використовували критерії Т.І. Кадуріної (2009), ТДС – Г.І. Нечаєвої (2008). Діагностику пролапсу мітрального клапана проводили на підставі критеріїв Фремінгемського дослідження.

Екстрасистоля виявлена у 104 ($82,5 \pm 3,4\%$) пацієнтів. У всіх випадках вона була суправентрикулярною, в 52 ($41,3 \pm 4,4\%$) – суправентрикулярною і шлуночковою. Переважна більшість екстрасистол були поодинокими. Спарені екстрасистоли зареєстровані в 9 ($7,1 \pm 2,3\%$) випадках, групові – 5 ($3,9 \pm 1,7\%$), бігемінія – 8 ($6,3 \pm 2,2\%$), тригемінія – 7 ($5,6 \pm 2,0\%$), квадрігемінія – 1 ($0,8\%$). Всі спарені і групові екстрасистоли були суправентрикулярними, більша частина аллоритмічних – шлуночковими. 38 ($44,7 \pm 5,4\%$) дітей мали правошлуночкові, 4 ($4,7 \pm 2,3\%$) – політопні екстрасистоли. У дітей з ТДС виявлені всі види екстрасистол, без ТДС – тільки поодинокі і спарені; тільки пацієнти з ТДС – 19 ($22,4 \pm 4,5\%$) одночасно мали декілька видів екстрасистол. У дітей з ТДС екстрасистоли в патологічній кількості виявлені достовірно частіше, ніж у дітей без ТДС: відповідно суправентрикулярні – в 64 ($75,3 \pm 4,7\%$) і 16 ($39,0 \pm 7,6\%$) випадках ($p < 0,01$); шлуночкові – в 40 ($47,1 \pm 5,4\%$) і 12 ($29,3 \pm 7,1\%$, $p < 0,05$). У структурі шлуночкових екстрасистол превалювали дизритмії I градації – в 25 ($19,8 \pm 3,6\%$) випадках: 18 ($21,2 \pm 4,4\%$) дітей з ТДС і 7 ($17,7 \pm 5,8\%$) без ТДС ($p < 0,05$). Шлуночкові екстрасистоли II градації виявлені у 16 ($12,7 \pm 2,9\%$) дітей, зокрема у 12 ($14,1 \pm 3,8\%$) з ТДС і 4 ($9,8 \pm 4,6\%$) без ТДС ($p < 0,05$). Шлуночкові дизритмії III градації зареєстровані тільки у пацієнтів з ТДС - у 10 ($11,8 \pm 3,4\%$) випадках, зокрема IIIа градації – у 4 ($4,7 \pm 2,3\%$) дітей, IIIв градації – у 6 ($7,1 \pm 2,8\%$). При вивченні циркадного типу екстрасистолії денний тип виявлено у 62 ($59,6 \pm 4,4\%$) дітей, нічний – у 22 ($21,2 \pm 3,7\%$), змішаний – у 20 ($19,2 \pm 3,4\%$). При цьому змішаний тип екстрасистолії зареєстрований у 16 ($18,8 \pm 4,3\%$) дітей з ТДС і 4 ($9,8 \pm 5,5\%$) без ТДС ($p < 0,05$).

Таким чином, у дітей НДДСТ, що мають ПМК і ТДС, прогностично несприятливі види екстрасистолії зареєстровані значно частіше, ніж у пацієнтів без ТДС, що необхідно враховувати при спостереженні за цією групою пацієнтів.

АЛГОРИТМИ ВИЯВЛЕННЯ І ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМОГИ ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ

Мостова О.П.

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

Розлади психіки і поведінки у дітей мають високу поширеність і складають від 10% в популяції (наприклад, гіперактивність у хлопчиків) до 20% (наприклад, різні форми депресій у підлітків) і наступні особливості і проблеми в виявленні і веденні.

В нашій області розроблена і впроваджена практика навчання сімейних лікарів знанням в галузі розладів психіки і поведінки шляхом застосування алгоритмів дій.

Представлені алгоритми стосуються найбільш складних інвалідізуючих або смертельно небезпечних розладів. Як такі, небезпечними виділені наступні: аутизм, суїциди, синдром Дауна та інші генетичні розлади, не випадкова травма, прийоми діти.

Структура алгоритму:

- описання проблеми;
- схема взаємодії лікарів різного профілю, причетних до вирішення проблеми.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ

Неділько В.П., Руденко С.А., Пінчук Л.П., Пономаренко М.В.

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

Проблема формування репродуктивного здоров'я є одним з основних критеріїв ефективності соціально-економічної політики держави, чинником національної безпеки. Слід відмітити, що питанню репродуктивного здоров'я дітей приділяється недостатньо уваги, особливо це стосується підлітків чоловічої статі.

Між тим, статистичні дані свідчать про зростання «провини» чоловіків в безплідді. Нині роль «чоловічого чинника» в безплідному шлюбі спостерігається до 50%. Це вказує на необхідність посилення уваги до проведення просвітницької роботи серед дітей з проблем статевого виховання та залучення дитячих урологів до профілактичних оглядів хлопчиків.

Проведення огляду 1011 хлопчиків базових шкіл урологом виявило у 112 дітей різні відхилення в їх статевих органах, серед яких перше місце займає фімоз, друге – варикоцеле, на третьому – гідроцеле, крипторхізм і гіпоспадія.

З метою вивчення причин, які могли б впливати на виявлену патологію у згаданих дітей було проведено опитування їх батьків та ознайомлення з медичною документацією. На жаль, ці відхилення в стані здоров'я хлопчиків не були відомі ні медичним працівникам, ні батькам.

Слід зазначити, що значна частина хлопчиків та їх батьки не обізнані з проблем репродуктивного здоров'я. Як встановлено, батьки мало цікавляться цією стороною здоров'я хлопчиків, не проводять з ними бесіди з питань гігієни статевих органів, симптомів розладів та фізіологічних проявів статевого визрівання, цим проблемам також мало приділяють уваги і медичні працівники.

Отримані дані свідчать про важливість існуючої проблеми відносно репродуктивного здоров'я підлітків чоловічої статі, рішення якої потребує на якісно новому рівні проведення диспансеризації дітей та просвітницької роботи серед батьків і підлітків. Поряд з цим, необхідно посилити увагу до вивчення соціальних, біологічних, поведінкових проблем, які впливають на формування репродуктивного здоров'я дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ З МІГРЕННЮ ТА ГОЛОВНИМ БОЛЕМ НАПРУГИ

Нечитайло Ю.М., Ковтюк Н.І, Понюк В.В.

ВДНУЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Рівень якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖПЗ) у дитини, в медицині розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Кожен із компонентів, у свою чергу, включає цілий ряд складових: фізичний – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, навчання тощо. Вивчення таких факторів дозволяє визначити рівень якості життя як окремої дитини, так і цілих груп, і встановити, за рахунок чого змінюється загальний показник та на що необхідно вплинути, щоб його покращити (скоригувати лікування, надати соціальну підтримку, втілити певні програми адаптації та реабілітації тощо). Вивчення ЯЖПЗ дітей набуває актуальності, але єдиного системного підходу поки що немає.

Метою нашої роботи була оцінка якості життя у дітей з інтермітуючою патологією. В нашому дослідженні було обстежено 310 дітей у віці від 7 до 17 років: здорових (226 дітей) та з хронічним первинним головним болем (ГБ) (84 дитини) – з мігренню та головним болем напруги. Критеріями включення в групу з головним болем була наявність відповідної патології не менше одного року, інтермітуючий характер перебігу з тривалими світлими періодами, задовільний загальний стан дитини на момент обстеження. Критеріями виключення – вторинний характер ГБ. Всім дітям проводили комплексне клінічне обстеження. Оцінка ЯЖПЗ проводилась шляхом опитування дітей генеричною анкетною CHQ-CF-87 з відповідями за п'ятибальною шкалою Лікерта. Паралельно оцінювалися ще 2 показники – якість харчування за індексом здорового харчування (ІЗХ, HEI) та якість сну за комплексом даних. Зібраний матеріал оброблявся статистично згідно загальноприйнятих методик.

Головний біль у дітей при прийомі в стаціонар переважно був інтенсивним (35,3%), і у 47,1% поєднувався з відчуттям напруження м'язів скроневої, лобної, потиличної ділянок або плечового поясу. Інтенсивність болю за 5-ти бальною шкалою складала $3,0 \pm 0,15$. Більшість дітей відмітили емоційний стрес, як основний провокуючий фактор початку болю. На ЕЕГ спостерігалися помірні зміни зі сторони активності бета-ритму, у кровопостачанні головного мозку спостерігалися асиметрія та зниження кровотоку, уповільнення венозного відтоку. Головний біль викликав ряд ефектів: погіршення сну, пам'яті, психоемоційні розлади, обмеження фізичної активності, погіршення розумової працездатності. За даними анкети у дітей з ГБ були достовірно нижчими показники оцінки стану свого здоров'я ($53,4 \pm 3,2\%$ проти $60,7 \pm 1,6\%$ у здорових), фізичного та психічного функціонування, загального показника ЯЖПЗ ($73,9 \pm 1,0$ проти $78,7 \pm 0,7\%$, $p < 0,05$). Провівши кластерний аналіз за основними складовими показниками ЯЖПЗ дітей встановлено наявність двох кластерів. У перший кластер безпосередньо поруч із показниками ЯЖПЗ потрапляють індекс здорового харчування, у другий – дотримання режиму дня, якість сну. Вони опосередковано результують у індексі маси тіла і мають безпосередній вплив на загальний показник ЯЖПЗ.

Таким чином, у дітей з хронічним первинним головним болем, станом інтермітуючого характеру, навіть з неважким перебігом, встановлено порушення якості життя зі зниженням фізичної працездатності та психічного здоров'я.

ДОБОВИЙ МОНІТОРИНГ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ І ОСОБЛИВОСТІ ХРОНОТИПУ У ДІТЕЙ

Нечитайло Ю.М., Підмурняк О.Я., Нечитайло Д.Ю.

ВДНУЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Добовий біоритм синхронізований зі зміною дня і ночі забезпечує адаптацію організму до змін геофізичних чинників. Десинхронізація цього ритму призводить до несприятливих змін в організмі та провокує виникнення цілого ряду розладів. Важливим компонентом адекватної синхронізації є знання хронотипу дитини і побудова відповідного розпорядку дня. Порушення добових біоритмів призводять не тільки до розладів сну, зниження стійкості до стресів, погіршення розумової і фізичної працездатності, але і є компонентами в розвитку різних захворювань, в тому числі артеріальної гіпертензії.

Нами було проаналізовано зв'язок хронотипу дитини з особливостями змін при добовому моніторингу артеріального тиску (АТ). При виконанні роботи було обстежено 140 дітей у віці від 13 до 16 років, клінічно здорових, з підвищеним артеріальним тиском та з цукровим діабетом. У пацієнтів вивчалися особливості режиму дня, харчування, сну і проводи-

лося визначення хронотипу за допомогою анкети Хорна-Остберга. Для проведення добового моніторингу був використаний реєстратор добового АТ АВРМ50 фірми Неасо. Інтервал між вимірами у денний час складав 30 хвилин, у період нічного відпочинку – 2 години. Результати оброблялися статистично за допомогою програми «Статистика 6,0» з поділом бальної оцінки хронотипу за перцентильним коридором. До безумовно ранкового типу відносили дітей з показником вище 90%, до безумовно вечірнього – нижче 10%, до денного типу – у межах від 25% до 75%, проміжні показники оцінювалися як помірний відповідний хронотип.

У середньому рівень систолічного артеріального тиску (САТ) у хлопчиків становив $126,7 \pm 1,8$ мм Hg (з мінімальним рівнем – 104, максимальним – 157), рівень діастолічного артеріального тиску (ДАТ) – $71,9 \pm 1,2$ мм Hg (з мінімальним рівнем – 58, максимальним – 92). Дослідження артеріального тиску у дівчаток показало, що у середньому рівень САТ становив $120,3 \pm 1,2$ мм Hg (з мінімальним рівнем – 90, максимальним – 153), рівень ДАТ – $73,5 \pm 1,0$ мм Hg (з мінімальним рівнем – 48, максимальним – 100). У дітей з безумовно ранковим хронотипом рівень САТ становив $110,7 \pm 1,2$ мм Hg, в той час як у дітей з безумовно вечірнім хронотипом – $120,4 \pm 0,7$ мм Hg, рівень ДАТ, відповідно – $66,5 \pm 0,9$ та $71,4 \pm 0,5$ мм Hg. Отримані при добовому моніторингу результати свідчать, що коливання показників АТ протягом доби підлягають циркадіанному ритму. Крива добового профілю АТ утворює плато з двома піками ДАТ та середнього АТ об 11-12 год. та з 18 по 20 год. Найвищий рівень САТ спостерігався з 15 по 16 год. Після 20 години показники АТ починають знижуватись і досягають мінімуму в період з 2 до 7 години, потім спостерігається помітне підвищення АТ в ранковий час з 7 до 9 години. Це співпадає з результатами інших досліджень про регулярність і стійкість коливань АТ протягом доби, як у здорових людей, так і в гіпертоніків, які мають двофазний ритм із нічним зниженням АТ порівняно з середньодобовим рівнем. У дітей з вечірнім та ранковим хронотипами характер коливань АТ був різним. В той же час, у хворих на цукровий діабет спостерігалися явища десинхронозу. Таким чином, середній рівень артеріального тиску і його добові коливання мають залежність від циркадіанного хронотипу дітей, що слід враховувати при клінічних обстеженнях.

РОЛЬ БІОМІКРОСКОПІЇ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Нечитайло Ю.М., Міхеєва Т.М.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

В структурі хронічних захворювань органів травлення у дітей значне місце належить патології шлунка та дванадцятипалої кишки, складаючої більше половини випадків, що зумовлює не тільки медичне значення, а і надає їм характеру соціальної проблеми. Тенденція до підвищення захворюваності, «помолодшання» та збільшення кількості важких та ускладнених форм хронічних гастродуоденітів у дітей диктують потребу детального вивчення патогенетичних механізмів в їх основі, а також впровадження інформативних методів діагностики цієї патології. Кореляції між станом слизової оболонки верхніх відділів травної системи та системним кровоотоком і мікроциркуляцією роблять актуальним вивчення останніх. Дослідження стану капілярів у дітей за останні роки є актуальною неінвазивною методикою. Біомікроскопічне дослідження легко проводити у дітей різних вікових груп.

Цифрова капіляроскопія являє собою метод візуалізації мікросудин із застосуванням оптичної техніки, що дає можливість проводити оцінку стану капілярної мережі. У ділянці нігтьової складки капіляри розташовані паралельно до поверхні шкіри, в той час як в інших ділянках судини ідуть у перпендикулярному напрямку. Комп'ютерний капіляроскоп дозволяє збільшити зображення у сотні разів. Виявлені зміни у капілярах дають можливість провести уточнення діагнозу та відкорегувати лікування.

Метою роботи було вивчення стану мікроциркуляції за допомогою біомікроскопії капілярів нігтьового ложа у дітей із хронічною гастродуоденальною патологією. Було обстежено 80 школярів (середній вік дітей становив $11,4 \pm 0,12$, співвідношення дівчат та хлопців – 1:1), які знаходились на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні з приводу хронічних гастродуоденітів. Нами були використані наступні методи дослідження: антропометричний, клінічний, соціометричний, інструментальний та статистичний. Для оцінки периферичної мікроциркуляції усім дітям проведено біомікроскопію капілярів нігтьового ложа за допомогою цифрового мікроскопа з 400-кратним збільшенням.

Умовно всіх школярів розділили на дві групи: 1-шу групу (40 осіб) склали діти з наявними хронічними неерозивними гастродуоденітами, 2-гу – 40 дітей із ерозивними гастродуоденітами. Під час проведення біомікроскопії капілярів нігтьового ложа у 11 дітей (27,5%) 1-ї групи виявлено локальну спазмованість, у 12 (30,0%) – патологічну звивистість, у 12 (30,0%) дітей – «сладж-феномен», у однієї дитини (2,5%) – зменшення кількості капілярів на одиницю площі. У дітей 2-ї групи спостерігалися такі зміни мікроциркуляції: локальна спазмованість виявлена у 20 дітей (50,0%), патологічна звивистість – у 19 (47,5%), «сладж-феномен» – у 14-х дітей (35,0%), зменшення кількості капілярів на одиницю площі – у 4 (10,0%) пацієнтів.

Висновки: 1. Застосування біомікроскопії капілярів нігтьового дозволяє виявити зміни в мікросудинах та дає можливість побачити патогенетичні механізми розвитку як захворювань серцево-судинної системи, так і травної

2. Мікроциркуляторні розлади капілярів нігтьового ложа у дітей із хронічними гастродуоденітами є ранніми ознаками цих захворювань на капілярному рівні.

3. У школярів із хронічними ерозивними гастродуоденітами розлади мікроциркуляції більше виражені, ніж у дітей із неерозивними процесами.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНА ЛАКТАЗИ ПРИ ОЖИРІННІ У ДІТЕЙ

Нікуліна А.О., Кривуша О.Л.

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

Ожиріння - це найбільш розповсюджене хронічне захворювання в світі, але залишаються недостатньо вивченими генетичні фактори, зумовлені харчовою інтервенцією в дитячому віці. В останні роки активно вивчалися та були встановлені взаємозв'язки між поліморфізмами гена лактази (SNP LCT) та індивідуальними особливостями формування харчової поведінки, зумовленої лактазною недостатністю. Передбачається, що зміна певних нуклеотидів в енхансері MCM6 (minichromosome maintenance complex component 6) гена, який кодує фермент лактазу, може стати причиною прозапальної імунної відповіді за Th1- та Th17- типами, внаслідок мальабсорбції лактози.

Мета роботи - вивчити асоціації поліморфізму 13910 C>T гена лактази (LCT) з інсулінорезистентністю, дисліпопротеїдемією, індексом Кердо при ожирінні у дітей.

Матеріали та методи. Проведено генотипування гена LCT за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі у 52 дітей 10-18 років з різними формами ожиріння, що проходили курс лікування в дитячому ендокринологічному відділенні КЗ «МДКЛ №1» ДООС, м. Дніпро. У обстежених були розраховані показники інсулінорезистентності (індексу НОМА-IR) за допомогою імуноферментних методів дослідження (ECLIA), атерогенності за вмістом ліпідів в сироватці крові за допомогою ферментативно-колориметричного методу та індекс Кердо.

Результати та обговорення. Першу групу (n=26) склали діти з генотипом C/C 13910, що асоціюється з лактазною недостатністю дорослого типу, другу групу (n=26) склали фенотипово схожі діти з генотипами C/T та T/T 13910, що пов'язані з лактазною толерантністю. В першій групі середнє значення індексу НОМА-IR було 5,63±0,42, в другій групі – 3,3±0,04. В першій групі середнє значення триацилгліцеридемії склало 1,34±0,1 ммоль/л, в другій групі – 0,89±0,1 ммоль/л. Середнє значення І Кердо<1, що асоціюється з симпатикотонічним вегетативним статусом в першій групі склало 0,81±0,04, тоді як в другій групі порівняння – 1,48±0,06.

Висновки. Доведена асоціація генотипу C/C 13910 з підвищенням інсулінорезистентності, гіпертриацилгліцеридемії, гіперсимпатикотонії у дітей з патологічним ожирінням (p<0,05).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ И СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РЕКУРРЕНТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Овчаренко Л.С., Шелудько Д.Н., Вертегел А.А.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины», г. Запорожье

Актуальность. Современный школьник постоянно находится в высоко информационной среде, что зачастую способно вызывать функциональные нарушения вегетативной нервной системы (ВНС). Распространенность вегетативных расстройств, по данным некоторых авторов, составляет от 20 до 56% от всех заболеваний детского возраста. Состояние сбалансированности в работе всех систем и организма в частности есть не что иное, как соотношение работы двух основных составляющих вегетативной нервной системы (ВНС): симпатический и парасимпатический ее отделы. Одним из основных показателей, характеризующих состояние ВНС, является исходный вегетативный тонус (ИВТ). ИВТ изучается методом кардиоинтервалографии (КИГ) в горизонтальном положении. По результатам КИГ определяется четыре типа вегетативного тонуса: эйтония, ваготония, симпатикотония и гиперсимпатикотония (ригидный ритм). Анализ динамических рядов кардиоинтервалов дает нам понятие о вариабельности сердечного ритма (ВСР). Показатель ВСР отражает работу сердечно-сосудистой системы и работу механизмов регуляции целостного организма. Благодаря анализу ВСР

можно определить, помимо типа ИВТ, состояние общей активности регуляторных механизмов. В математическом анализе ВСР и расчете интегрального показателя активности регуляторных систем (ПАРС) отражается состояние регуляторных систем организма.

Цель работы: оценить взаимосвязь показателей активности регуляторных систем и состояния вегетативной нервной системы у детей с рекуррентными острыми заболеваниями респираторного тракта (ОРЗ).

Материалы и методы: обследовано 210 детей в возрасте от 6 до 9 лет. Дети разделены на 2 группы: группа 1 – дети с рекуррентными ОРЗ – 117 человек. Группа 2 – дети, эпизодически болеющие ОРЗ – 93 ребенка. Проведен анализ результатов взаимосвязи между ПАРС и ВСР у детей с рекуррентными ОРЗ.

Результаты: у детей с рекуррентными ОРЗ, имеющих нарушения ПАРС, в 3,5 раз чаще регистрируется симпатикотония 21,7%, в сравнении с учащимися, болеющими эпизодически – 6,3% ($p < 0,01$). При наличии срыва адаптации симпатикотония в 1-й группе регистрировалась у 2,8% детей, тогда как среди детей 2-й группы она не регистрировалась. Вероятность у учащихся с нарушением ПАРС из первой группы иметь ригидный ритм согласно данным отношения шансов (ОШ) в 2,5 раз выше, чем у школьников из 2-й группы (ОШ=2,5; 95% ДІ: 0,8-7,8, $p < 0,05$), аналогичная картина наблюдается и при оценке относительного риска (ОР) (ОР=1,3; 95% ДІ: 1,0-1,7, $p < 0,05$). Согласно анализу данных ОШ и ОР вероятность формирования ригидного ритма на фоне срыва адаптации у школьников младших классов в 2 раза выше у детей из группы 1, по сравнению с группой 2 (ОШ=2,1; 95% ДІ: 0,5-7,9, $p < 0,05$) и ОР (ОР=1,3; 95% ДІ: 0,9-1,8, $p < 0,05$).

Выводы: у детей с нарушениями ПАРС симпатикотония чаще регистрируется среди детей 1-й группы (21,7%) в сравнении с эпизодически болеющими (6,3%) ($p < 0,01$). Наличие ригидных ритмов на фоне нарушения ПАРС встречается чаще среди школьников с рекуррентными ОРЗ в сравнении с эпизодически болеющими детьми.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Ошлянська О.А., Омельченко Л.І.

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

Імунізація визнана одним з найбільш ефективних методів профілактики інфекцій у дітей. Але, за офіційними даними МОЗ України, лише 43% українських дітей повністю вакциновані, що обумовлене відмовами батьків та недостатньою кількістю вакцин. Ревматичні захворювання взагалі не включені в розділи Наказу МОЗ «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», проте отримання імуносупресивної терапії розглядається як протипокази до вакцинації. Національний календар щеплення передбачає можливість вакцинації дітей, які отримують низькі дози глюкокортикоїдів, але він не включає інформацію, коли ми можемо вакцинувати дітей, які отримують базисні хвороб-модифікуючі засоби та біологічні препарати. Особливе занепокоєння батьків та лікарів викликає можливість ініціації та загострення аутоімунного захворювання після вакцинації. За даними клінічного реєстру відділення захворювань сполучної тканини у дітей вакцинація є тригером ревматичних захворювань (РЗ) вірогідно рідше, ніж інфекції, в тому числі, керовані. З іншого боку, діти з ревматичними хворобами хворіють на гостру інфекційну патологію частіше, ніж діти без ревматичних хвороб ($R=0,78$ ($\sigma=0,02$, $\Phi z=0,999$), що вимагає продовження їх імунопрофілактики. В жодному випадку у хворих на РЗ нами не відзначено розвиток інфекційного захворювання, до якого дитина була попередньо щеплена. В попередньому дослідженні були визначені титри антитіл до дифтерії, правцю і поліовірусу у 30 хворих на РЗ. Всі обстежені діти завершили вакцинопрофілактику та на час обстеження були в періоди ремісії хвороби. Всі пацієнти отримували метотрексат, 23% глюкокортикоїди. За результатами цього дослідження більшість пацієнтів зберігали захисні титри антитіл проти дифтерії, правця через 5 років після вакцинації, проте ефективність захисту після вакцинації проти поліомієліту в обстежених хворих була недостатньою. Застосування біологічної терапії відкрило нові можливості для лікування і соціалізації дітей з важкими резистентними формами ювенільного ідіопатичного артриту (ЮІА). Серед препаратів, що застосовуються, найчастіше використовуються блокатори фактора некрозу пухлин. Останні здатні моделювати імунну відповідь, включаючи поствакцинальний імунітет, що призводить до його послаблення. Рекомендації щодо вакцинації дітей з РЗ були розроблені з використанням стандартизованих процедур та затверджені EULAR ще у 2011 р., в них передбачена можливість і описані правила застосування вакцин при використанні біологічної терапії. В нашій популяції дітей з ЮІА лише 4,9% продовжують вакцинацію після дебюту хвороби. Серед 451 пацієнта в Україні, які отримують біологічну терапію, були проаналізовані дані про вакцинацію 142 дітей. Тільки 52% з них вакциновані повністю до дебюту захворювання, 6% не вакциновані взагалі. Ніхто не продовжує щеплення на тлі біологічної терапії. В умовах низького охоплення вакцинацією в країні, не вакциновані діти, які отримують препарати біологічної дії є першою групою ризику розвитку важких форм керованих інфекцій. Тому, вкрай необхідним є внесення доповнень до наказу МОЗ України №595, що конкретизуватимуть покази для вакцинопрофілактики дітей з РЗ відповідно до світових стандартів.

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА ЮІА: АКЦЕНТ НА РОЛЬ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D В ЇХ ФОРМУВАННІ

Омельченко Л.І., Муквіч О.Н., Ошлянська О.А., Дудка І.В, Бельська О.А. Людвік Т.А.

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

Дослідження останніх років у значній мірі розширили наукові уявлення про біорегуляторну роль вітаміну D (BD3) в організмі, його вплив на метаболічні та фізіологічні процеси, у тому числі стан неспецифічного та адаптивного імунітету. Недостатній його рівень асоціюється зі схильністю до несприятливого перебігу аутоімунних захворювань, в т.ч. ювенільного ідіопатичного артриту (ЮІА), з ризиком розвитку коморбідних станів, що значно обтяжує клінічний перебіг та визначає несприятливий прогноз з ранньою інвалідізацією такої категорії хворих.

Мета: визначити вплив забезпеченості організму BD3 на особливості клінічного перебігу та розвиток серцево-судинних порушень при ЮІА.

Методи дослідження. BD-статус оцінювали відповідно існуючим настановам із клінічної практики (M.F. Holick et al., 2011). Концентрацію 25(OH)D визначали на аналізаторі-фотометрі COBAS 6000, ф. "Roche Diagnostics", лептин – шляхом твердофазного радіоімунологічного аналізу; для визначення стану серцево-судинної системи (ССС) – апарат "ARNICA", «Магніскан», аналізатор лазерний комп'ютеризований, «ЛАКК-02».

Результати дослідження. Обстежено 98 хворих на ЮІА віком 3-17 років, середня тривалість захворювання (3,6±1,7) років, I-III ст. активності. Зниження забезпеченості організму BD3, зміни кальцієвого та ліпідного обмінів встановлені у 82,6% дітей. Концентрація 25(OH) D у крові при ЮІА становила (28,07±1,8) нг/мл проти (49,98±3,1) нг/мл у здорових дітей. Найбільш низькі середні показники вмісту 25(OH) D у крові спостерігались у дітей з системним варіантом ЮІА при II-III ст. активності захворювання і були на межі дефіциту його в організмі (20,20±2,4) нг/мл. Знижений вміст 25(OH) D мав обернено пропорційну залежність з показниками активності хвороби (СРБ, ШОЕ) та пряму – з тривалістю захворювання і прийомом глюкокортикоїдів. Виявлено також пряму залежність рівня лептину в сироватці крові від концентрації 25(OH) D ($r=0,75$), ступеня активності запального процесу та трофологічної недостатності ($r=0,63$). Ураження ССС спостерігались у 56,7% дітей із ЮІА, з них у 66,8% вони мали субклінічний перебіг, рідко призводили до розвитку серцевої недостатності і виявлялись лише при проведенні додаткового інструментального обстеження. Встановлено негативний вплив недостатності BD3 та іонізованого кальцію в сироватці крові на окремі параметри добового моніторингування АТ, ЕКГ та магнітокардіографії, що відображає негомогенність електрофізіологічних змін в міокарді внаслідок комплексних метаболічних порушень. У дітей з ЮІА встановлено низький рівень мікроциркуляції (МЦ); зниження коефіцієнта варіації та амплітуди коливань в діапазоні ендотеліальної активності; прояви артеріоло-венулярного шунтування; підвищення рівня МЦ під час реактивної гіперемії при зниженні резервних можливостей МЦ русла. Визначена пряма кореляційна залежність між концентрацією 25ОНD в сироватці крові та загальним рівнем МЦ, амплітудою коливань кровообігу, обумовленою активністю ендотеліоцитів, що доводить залежність між концентрацією BD3 та показниками МЦ.

Висновок. Дітям з ЮІА показане монітування рівня забезпеченості BD3 та відновлення його фізіологічної концентрації в крові для нормалізації кальцієвого і ліпідного обмінів, що сприятиме упередженню розвитку міокардіальних та МЦ порушень, поліпшення клінічного перебігу захворювання та покращанню якості життя пацієнтів.

ПОКАЗНИКИ ІНДЕКСУ РУФЬЄ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ

Осичнюк Л.М., Ракова К.В., Чередніченко Г.М.*

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

*Рубіжанська міська лікарня м. Рубіжне

Дисплазія сполучної тканини (ДСТ) в дитячому віці – актуальна проблема сучасної педіатрії, що пов'язано із її розповсюдженістю та широким спектром клінічних і параклінічних ознак. В дошкільному і молодшому шкільному віці відмічаються такі ознаки ДСТ з боку кістково-м'язової системи: гіпермобільність суглобів, кіфосколіоз, деформація грудної клітки, сколіоз хребта, плоскостопість. За статистичними даними, в Україні кожна четверта дитина має порушення постави, а 5-6 чоловік з 1000 населення – сколіоз. Сколіоз приводить до погіршення роботи внутрішніх органів через зміну їх положення.

Метою нашої роботи було визначити конституційний тип та оцінити функціональний стан серцево-судинної системи у дітей молодшого шкільного віку, хворих на сколіоз I-II ступеню.

Матеріали і методи. Всього обстежено 34 дитини віком 7-9 років (серед них хлопчиків – 19, 55,9%, дівчаток – 15, 44,1%), які навчаються в спеціалізованій школі-інтернаті для дітей із порушенням постави. За даними рентгенологічного дослід-

ження сколіоз I ступеню (кут сколіозу 1-10°) діагностований у 23 (67,6%) школярів, II ступеню (кут сколіозу 11-25°) – у 11 (32,4%). Для визначення конституційного типу статури ми використовували індекс Вервека, для оцінки реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження – індекс Руфьє.

Результати та їх обговорення. У більшості (20, 58,8%) обстежених дітей визначений доліхоморфний тип статури, індекс Вервека у них був вище 1,26: у 11 хворих на сколіоз I ступеню, у 9 – II ступеню. Брахіморфний тип статури, індекс Вервека менше 0,85, визначений лише у 2 (5,9%) школярів: по 1 зі сколіозом I і II ступеню. Інші діти за статурою віднесені до мезоморфного типу.

Результати проби Руфьє ми оцінювали з урахуванням віку дитини: відмінний результат для 7-8-річних індекс Руфьє менше 6, для 9-річних – менше 4,5, добрий – 6,5-11 і 5-9,5 відповідно, задовільний – 12-16 і 10,5-14,5. Серед дітей із сколіозом I ступеню відмінний результат мали 2 (8,7% серед даної групи) школярів, добрий – 18 (78,3%), задовільний – 3 (13,0%). Жодна дитина із сколіозом II ступеню не мала відмінних результатів проби Руфьє, добрий відмічений у 5 (45,5%) та задовільний – у 6 (54,5%).

Таким чином, серед дітей молодшого шкільного віку, хворих на сколіоз I-II ступеню, переважає доліхоморфний тип статури, в той час, як брахіморфний зустрічається рідко, із наростанням ступеню сколіозу збільшується відсоток дітей із доліхоморфним типом. Відмічається прямо пропорційна залежність індексу Руфьє від ступеню сколіозу.

ОЦІНКА МЕТАБОЛІЧНИХ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ РЕЦИДИВУЮЧОМУ БРОНХІТІ ТА СУБКЛІНІЧНОМУ ГІПОТИРЕОЗІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Павликівська Б.М., Юрцева А.П., Костишин Н.С., Уліцький А.М., Гловяк В.Г.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Захворювання серцево-судинної системи у дітей залишаються однією з найбільш складних проблем в педіатрії. Проблема серцево-судинних розладів є особливо актуальною у пацієнтів з прихованими порушеннями у функціонуванні щитоподібної залози, зокрема при субклінічному гіпотиреозі (СГ). За даними літератури, при СГ клінічні прояви часто маскуються супутньою патологією. Метою роботи стало вивчення особливостей метаболічних та функціональних порушень серцево-судинної системи у дітей шкільного віку з рецидивуючим бронхітом на тлі субклінічного гіпотиреозу. Для виконання поставленої мети було обстежено 78 дітей – школярів віком від 10 до 15 років, які перебували на лікуванні в міській дитячій клінічній лікарні з приводу рецидивуючого бронхіту. Проведене вивчення функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи дозволило сформулювати дві групи. В основну групу ввійшли 33 дитини, у яких діагностовано субклінічний гіпотиреоз (СГ), групу порівняння склали 45 дітей без клініко-лабораторних ознак СГ. Для оцінки рівня енергетичного обміну у дітей визначали концентрацію основної макроергічної сполуки АТФ, пірувату та лактату в сироватці крові. При аналізі отриманих даних відмічаємо достовірне ($p < 0,001$) зниження рівня АТФ та пірувату, достовірне ($p < 0,05$) підвищення рівня лактату. Виявлені нами біохімічні порушення вказують на компенсаторне посилення анаеробного гліколізу за умов гіпоксії, яка має місце у обстежених дітей. Висока концентрація лактату у крові пацієнтів, особливо з СГ, свідчить про розвиток лактоацидозу і порушення енергозабезпечення організму, що значно знижує концентрацію АТФ у всіх дітей. Слід відмітити, що виявлені порушення, очевидно, можуть служити маркерами гіпоксії ще на до клінічного етапі. За даними ЕКГ-обстеження найбільш часто у дітей з рецидивуючою патологією органів дихання спостерігались порушення процесів реполяризації, ознаки гіпоксії міокарду, синусова бради- або тахікардія, подовження інтервалу QT, причому у дітей основної групи ці зміни зустрічались достовірно частіше. При проведенні ехокардіоскопії у обстежених дітей встановлено три типи гемодинаміки: еукінетичний, гіпокінетичний та гіперкінетичний. У дітей на тлі СГ переважає гіпокінетичний тип. Для діагностики адаптаційно-функціональних можливостей дитячого організму розраховували індекс функціональних змін (ІФЗ) та індекс Робінсона (ІР). Проведене дослідження показало, що задовільний рівень функціонування системи кровообігу у дітей з патологією органів дихання спостерігається надзвичайно рідко. Встановлено, що незадовільна адаптація та зрив адаптації частіше зустрічаються у хворих дітей на тлі субклінічного гіпотиреозу і гіподинамічного типу гемодинаміки. Таким чином, у дітей з рецидивуючим бронхітом діагностовано порушення у функціонуванні серцево-судинної системи зміни показників метаболізму, особливо на фоні субклінічного гіпотиреозу. Для профілактики незадовільної адаптації та зриву адаптаційно-резервних можливостей організму у дітей з патологією органів дихання на фоні субклінічного гіпотиреозу слід визначати індекс функціональних змін та індекс Робінсона. Вивчення адаптаційно-функціональних можливостей серцево-судинної системи у дітей з патологією органів дихання на фоні субклінічного гіпотиреозу може стати основою для прогнозування перебігу захворювання та удосконалення терапії з включенням у комплекс лікування препаратів енерготропної дії.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ

Пашенко І.В., Підкова В.Я., Круть О.С.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Функціональні гастроінтестинальні розлади є найпоширенішою патологією органів травлення в дитячому віці, що зустрічаються як у новонароджених та немовлят, так і у старших дітей та підлітків. Діагностика функціональної диспепсії (ФД) базується на різноманітній комбінації проявів порушення моторно-евакуаторної функції системи травлення, з незрілістю іннервації без структурних або біохімічних змін. З 2006 року в світовій практиці розпочалось широке використання Римських критеріїв III для діагностики ФД на основі доказової медицини. Але нові дослідження і подальша робота експертів по оновленню та уточненню критеріїв привела до прийняття у травні 2016 року Римських критеріїв діагностики IV (перегляду). Сучасна версія Римських критеріїв діагностики базується на анатомічному принципі та характеризує гастроінтестинальні розлади як «розлади взаємодії «кишка–головний мозок»» (disorders of gut-brain interaction). В останньому Римському перегляді надається перевага посиндромній діагностиці, відокремлюючи синдром епігастрального болю і постпрандіальний дистрес-синдром.

Мета дослідження: вивчити особливості проявів функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей шкільного віку.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебувало 65 дітей віком від 7 до 16 років (39 дівчаток і 26 хлопчиків) з підтвердженим діагнозом функціональної диспепсії, жителів м. Запоріжжя. Обстеження хворих включало: аналіз анамнестичних даних; загально клінічне обстеження, лабораторне (клінічний аналіз крові та сечі, копрограма, копроовоскопічний аналіз для виявлення гельмінтозів, визначення активності трансаміназ, загального білірубину та його фракцій, лужної фосфатази); інструментальні дослідження: ультразвукове обстеження органів гепатобіліарної системи і підшлункової залози (УЗД), фіброезофагогастродуоденоскопія.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами аналізу клінічних проявів виявлено, що абдомінальний больовий синдром спостерігався у всіх дітей, але синдром епігастрального болю був у 56,9% дітей. Ізольовані прояви постпрандіального дистрес-синдрому, такі як рання ситість, важкість після вживання їжі, високе здуття черева, спостерігались тільки у 3 дітей (4,62%). У 22 дітей (33,85%) відмічено сукупність проявів постпрандіального дистрес-синдрому з синдромом епігастрального болю. Супутньою патологією у 19 дітей з ФД (29,2%) були функціональні розлади біліарного тракту, у 9 (13,85%) – синдром подразненого кишечника, а в 2 випадках (3,08%) – гастрозофагальний рефлюкс. Тригерними факторами розвитку ФД були нераціональне харчування, спадкова схильність до гастродуоденальної патології, повторні курси призначення антибактеріальної терапії, емоціональні навантаження і супутні захворювання нервової системи.

Таким чином, синдром епігастрального болю, постпрандіальний дистрес синдром та функціональні розлади біліарного тракту є поширеними частинами функціонального спектру диспепсії у дітей. Ізольовані форми проявів ФД зустрічаються у дитячому віці рідко, що треба враховувати при призначенні лікування в клінічній практиці.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКГ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Пеший М.М., Танянська С.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Проблема артеріальної гіпертензії (АГ) на сучасному етапі залишається актуальним питанням підліткової кардіології. Одним із основних факторів ризику розвитку гіпертонічної хвороби (ГХ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) у дорослих є АГ в дитячому віці. Як відомо, при АГ нерідко спостерігаються різноманітні зміни з боку серцево-судинної системи, скринінговим методом яких у дітей із АГ є електрокардіографія (ЕКГ).

Нами обстежено 40 дітей віком 12-15 років (24 хлопчика і 16 дівчаток), у яких вперше було виявлено стійке підвищення АТ до високих цифр. Запис ЕКГ проводили по стандартній методиці у 12 відведеннях на апараті «Мідас ЕК1Т» (Україна).

Аналіз отриманих результатів дослідження свідчив, що у дітей з АГ частіше спостерігались порушення ритму серця та провідності. Так, синусова тахікардія відмічена у 16% дітей, тоді як синусова брадікардія реєструвалась тільки у 8% обстежених. У 18 дітей (45%) відмічена синусова аритмія, а у 8 – ектопічний ритм у вигляді суправентрикулярної та шлуночкової екстрасистолії. Уповільнення AV-провідності спостерігалось у 8%, міграція водія ритму по передсердям – 7,3 % дітей, синдром ранньої реполяризації шлуночків – у 6,7% обстежених, що свідчить про вплив вегетативної нервової системи на регуляцію ритму серця. Практично у всіх хворих (65%) відмічено порушення метаболічних процесів в міокарді лівого шлуночка у вигляді зниження зубця Т та змін сегменту ST відносно ізолінії. Ознаки електричної активності лівого шлуночка

ка спостерігались у 8% хворих з АГ, а 5% випадків відмічені ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, що може бути маркером розвитку ГХ в подальшому.

Таким чином, у дітей з синдромом АГ спостерігаються різноманітні зміни на ЕКГ, що свідчить про підвищену чутливість міокарда до нейрогуморальних впливів та дисбаланс вегетативних реакцій, що визначає різноманітну клінічну симптоматику у цих хворих і необхідність враховувати її при призначенні лікувальних заходів хворим із АГ.

ПРОБЛЕМА ХАРЧУВАННЯ ШКОЛЯРІВ

Підкова В.Я., Пащенко І.В., Шульга А.О., Радутна О.А.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Харчування школярів – це проблема, яка завжди знаходилась у полі зору педіатрів, дієтологів, а з деякого часу – і сімейних лікарів. У дитячому віці закладається основа майбутнього способу життя людини, а обраний алгоритм харчування може як знизити, так і підвищити ризик придбання в подальшому серйозних захворювань. В сучасних умовах це питання набуває актуальності завдяки формуванню у дітей взагалі і в школярів, зокрема, дієтичних звичок, що впливають на стан здоров'я дитини, як в короткостроковій перспективі (формування захворювань шлунково-кишкового тракту), так і в довгостроковій (ожиріння, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба та ін.).

Нашою метою стало дослідити харчування і захворюваність школярів загальноосвітніх шкіл за результатами опитування школярів і їх батьків.

За результатами проведеного дослідження розбіжності у відповідях були значними. Так, 88% батьків вважають, що їхні діти харчуються 3-4 рази на день. Водночас, після опитування дітей, встановлено, що тільки половина опитаних школярів (43%) приймають їжу 3-4 рази на день, 39% – 2-3 рази, а 18% школярів – 1-2 рази на день. Значні відмінності в харчуванні встановлено між учнями молодших і старших класів: в той час, як серед першокласників близько 5% не дотримуються рекомендованого режиму харчування, серед старшокласників таких дітей – майже 75%. З віком у школярів формується звичка йти до школи без сніданку, причому частіше це явище стосується дівчаток (48%). Більшість опитаних школярів (74%) самостійно вибирають їжу в шкільних їдальнях. Не відвідують їдальні і взагалі не приймають їжу протягом навчального дня близько 19% старшокласників. Причини відмов від харчування в шкільних їдальнях такі: недостатність часу на перервах, черги в їдальнях, бідний асортимент, низькі смакові якості готових блюд. 6% дітей мають звичку взагалі не приймати їжу за межами дому. Серед відвідувачів їдальні більшість школярів – 55% в якості перекусів віддають перевагу здобі й печиву, 23% – чіпсам, сухарикам, цукеркам, 13% – газованим напоям, і тільки 9% – сокам та фруктам.

Що стосується вихідних днів, то за даними опитування, режим харчування школярів значно відрізняється від рекомендованих норм. Серед першокласників тільки 41% дітей харчуються 4 рази на день, 46% – тричі на день, 9% – двічі на день. З віком кількість школярів, які приймають їжу 4 рази на день у вихідні дні, зменшується до 18%.

Захворювання шлунково-кишкового тракту у дітей молодших класів, за даними батьків, спостерігаються в 11% опитуваних. З віком відсоток хвороб травної системи зростає до 37%. Збільшується кількість дітей із зайвою вагою (від 7% до 21%). За даними медичних обстежень відсоток захворювань шлунково-кишкового тракту у школярів більший.

Таким чином, порушення режиму харчування формує в школярів дієтичні звички, які в подальшому призводять до нерационального, незбалансованого харчування, і як наслідок – до формування порушень у стані здоров'я.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Починок Т.В.¹, Павленко О.В.², Васюкова М.М.¹, Казакова Л.М.¹, Мельничук В.В.²

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

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

Мета – дослідити стан органів травної системи у дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ).

Обстежено 150 дітей з НДСТ та 30 здорових дітей 14-18 років. Виявлено, що частота аномалій внутрішніх органів, за даними ультразвукового дослідження (УЗД), у вигляді деформації жовчного міхура з клінічними ознаками дисфункції жовчних шляхів корелювала з тяжкістю проявів НДСТ ($r=0,97$). В середньому у дітей з НДСТ зареєстровано 57% дітей з деформацією жовчного міхура (ДЖМ), у дітей з тяжкою формою НДСТ (10 фенотипових ознак та більше) ДЖМ виявили практично в кожному випадку (98%). У половини дітей при УЗД жовчного міхура виявлено осад в жовчі, що можна розцінити як фізико-хімічну стадію жовчнокам'яної хвороби з холестазом. Тільки у дітей з MASS –

фенотипом НДСТ (30 дітей) спостерігалася декомпенсована форма активності карієсу (ДФАК) на тлі змін місцевого імунітету слизових оболонок порожнини рота, кальцій-фосфорного обміну та наявності рефлюкс-езофагіту 2 ступеня (у 86% дітей). У дітей з ДФАК спостерігалася зниження рівня в слині імуноглобулінів (Ig)-Ig A і sIg A ($0,12 \pm 0,01$ ммоль/л та $0,28 \pm 0,01$ ммоль/л відповідно показникам у здорових $0,42 \pm 0,13$ ммоль/л та $0,86 \pm 0,06$ ммоль/л) ($P < 0,05$). У дітей з ДФАК на фоні рефлюкс – езофагіту відбувалося більш значне зниження вказаних показників у ротовій рідині (Ig A - $0,048 \pm 0,03$ ммоль/л и sIg A - $0,165 \pm 0,06$ ммоль/л) у порівнянні з показниками у здорових дітей та без проявів рефлюкс-езофагіту, $P < 0,05$. У дітей підліткового віку з НДСТ зареєстровано дисбіоз травного каналу, ступінь якого також корелює з тяжкістю НДСТ ($r=0,87$). При дослідженні мазків з носоглоткового змиву на патологічну флору частіше і значно вищих титрах висівався *St. aureus* у дітей з НДСТ (86%) у порівнянні з дітьми, що не мали проявів диспалазії сполучної тканини. Підґрунтям для цього є порушення імунітету у дітей з НДСТ: більш значне зниження показників місцевого імунітету слизових оболонок порожнини рота, активності фагоцитозу, кисень-залежного метаболізму нейтрофілів та активація перекисного окислення ліпідів (ПОЛ): (підвищення рівней малонового діальдегіда – $94,3 \pm 0,5$ мкмоль/1мл еритр. проти $55,6 \pm 0,5$ мкмоль/1мл еритр. у дітей без НДСТ, $P < 0,05$; та гідроперекисів ліпідів – $4,08 \pm 0,03$ мкмоль/1мл еритр. проти $2,44 \pm 0,03$ мкмоль/1мл еритр у дітей без НДСТ, $P < 0,05$), зниження активності антиоксидантної системи захисту (АОСЗ) (відновного глутатіону: $0,484 \pm 0,002$ мМольGSH/1мл еритр. проти $0,997 \pm 0,015002$ мМольGSH/1мл еритр. $P < 0,001$; глутатіонпероксидаза: $15,53 \pm 0,02$ мМоль GSH/1 мл ер. проти $20,33 \pm 0,37$ мМоль GSH/1 мл ер., $P < 0,001$; глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа: $1,415 \pm 0,011$ мкмоль НАДФН2/1 мл ер. проти $1,842 \pm 0,030$ мкмоль НАДФН2/1 мл ер. $P < 0,001$). Зміни в показниках імунітету наростали з віком, що, вірогідно, пов'язано з підвищенням розпадом колагену (за даними рівнів оксипроліну та глікозаміногліканів в добовій сечі) та дисбалансу у системі ПОЛ-АОСЗ у дітей з НДСТ.

Таким чином, частота і тяжкість ураження шлунково-кишкового тракту залежить від ступеня НДСТ. Наявність 10 та більше фенотипових ознак ДСТ є прогностичним критерієм формування ДФАК, ДЖМ, рефлюкс-езофагіту 2 ст. та дисбіозу травного каналу 2-3 ступеню.

ПОРУШЕННЯ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ЧАСТО ХВОРЮЧИХ ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Починок Т.В., Журавель О.В., Галазюк Л.В., Сліпачук Л.В., Чернишова О.В.

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

Незважаючи на значну кількість досліджень присвячених проблемі частих гострих респіраторних захворювань (ГРЗ), цю проблему не можна вважати вирішеною у зв'язку в ростом в Україні числа дітей, які часто хворіють на ГРВІ не лише раннього віку, а й підліткового, що, можливо, пов'язано з погіршенням соціально-економічного стану сімей та несприятливим впливом довкілля на організм. У зв'язку з віковими особливостями імунної системи організм дитини особливо чутливий до впливу несприятливих факторів оточуючого середовища, і це створює умови до зростання числа осіб, схильних до ГРЗ. Тому метою дослідження була розробка критеріїв ранньої діагностики порушень імунної системи у частохворючих (ЧХ) на ГРВІ дітей підліткового віку.

Обстежено 73 дитини віком від 10 до 16 років, серед яких в I групу увійшло 38 дітей (18 дівчат та 10 хлопчиків) частота ГРЗ – 6-8 разів на рік з тривалістю від 8 до 18 днів; у 2 групу – 35 дітей (12 дівчат та 13 хлопчиків) відповідного віку, які хворіють епізодично (1-2 рази на рік). Методи дослідження включали визначення у венозній крові показників гуморального імунітету за рівнями імуноглобулінів (Ig) класів A, M, G; циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), НСТ-тесту, місцевого імунітету слизових оболонок ротової порожнини за даними секреторного IgA (sIgA) у ротовій рідині, бакпосів на флору мазку із носоглотки. Статистичний аналіз проводили за допомогою Statistica for Windows версії 6.0 (Stat Soft inc., США). Вивчення стану гуморального імунітету у ЧХ на ГРВІ дітей підліткового віку різних груп наглядно показало, що найбільш глибокі зміни виявляються у дітей I групи у порівнянні з дітьми із групи контролю. Так, у ЧХ дітей спостерігалася зниження в венозній крові показників IgA ($1,59 \pm 0,01$ мг/мл) у порівнянні із значеннями у дітей контрольної групи ($2,33 \pm 0,01$ мг/мл) $p \leq 0,0001$; IgM в основній групі дітей ($0,57 \pm 0,03$ мг/мл) ($p = 0,0001$) у порівнянні з відповідними показниками у дітей контрольної групи ($0,84 \pm 0,01$ мг/мл) $p \leq 0,0001$. Разом з тим, виявлено підвищення показників IgG у ЧХ на ГРВІ дітей ($8,7 \pm 0,04$ мг/мл) у порівнянні з контрольною групою ($6,8 \pm 0,6$ мг/мл) $p \leq 0,0025$. Враховуючи підвищення рівня IgG у венозній крові ЧХ на ГРВІ дітей, було вивчено показники ЦІК у обстежених груп дітей. Виявлено тенденцію до підвищення рівня ЦІК у дітей основної групи. У ЧХ на ГРВІ дітей відмічалася зниження числа фагоцитуючих клітин – нейтрофілів, фагоцитарного числа, а також індукованої фагоцитарної активності нейтрофілів та їх фагоцитарного резерву у порівнянні з показниками здорових дітей відповідної вікової групи ($p \leq 0,0001$). У дітей основної групи також

спостерігалось зниження рівнів в ротовій рідині slg A ($101,38 \pm 0,97$ мг/л) відповідно показникам у здорових дітей ($138,64 \pm 0,49$ мг/л) $p < 0,05$. У ЧХ дітей підліткового віку зареєстровано дисбіоз травного каналу, ступінь якого корелює з частотою та тривалістю епізодів ГРВІ ($r=0,87$). При дослідженні мазків із носоглотки на патологічну флору частіше і значно вищих титрах висівався *St. aureus* у ЧХ на ГРВІ дітей (80%) у порівнянні з дітьми 2 групи (60%), $p < 0,05$. Підґрунтям росту патологічної флори у носоглотковому секреті ЧХ на ГРВІ дітей підліткового віку є порушення імунітету у ЧХ дітей: дисімуноглобулінемія, зниження показників місцевого імунітету порожнини рота, активності та інтенсивності фагоцитозу, кисень-залежного метаболізму нейтрофілів.

Таким чином, частота і тривалість ГРВІ у дітей підліткового віку сприяє зниженню показників імунітету та формуванню хронічної соматичної патології: у 36% ЧХ на ГРВІ дітей діагностовано хронічний холецистохолангіт, хронічний гастродуоденіт, хронічний тонзиліт; декомпенсована форма активності карієсу – у 25% та вегетативна дисфункція – 67% випадків.

ПОРУШЕННЯ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Починок Т.В., Журавель О.В., Галазюк Л.В., Сліпачук Л.В., Чернишова О.В.

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

Незважаючи на значну кількість досліджень присвячених проблемі частих гострих респіраторних захворювань (ГРЗ), ця проблема не можна вважати вирішеною у зв'язку з ростом в Україні числа дітей, які часто хворіють на ГРВІ не лише раннього віку, а й підліткового, що, можливо, пов'язано з погіршенням соціально-економічного стану сімей та несприятливим впливом довкілля на організм. У зв'язку з віковими особливостями імунної системи організм дитини особливо чутливий до впливу несприятливих факторів оточуючого середовища, і це створює умови до зростання числа осіб, схильних до ГРЗ. Тому метою дослідження було розробка критеріїв ранньої діагностики порушень імунної системи у частохворюючих (ЧХ) на ГРВІ дітей підліткового віку. Обстежено 73 дитини віком від 10 до 16 років, серед яких в I групу увійшло 38 дітей (18 дівчат та 10 хлопчиків) частота ГРЗ - 6-8 разів на рік з тривалістю від 8 до 18 днів; у 2 групу - 35 дітей (12 дівчат та 13 хлопчиків) відповідного віку, які хворіють епізодично (1-2 рази на рік). Методи дослідження включали визначення у венозній крові показників гуморального імунітету за рівнями імуноглобулінів (Ig) класів А, М, G; циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), НСТ-тесту, місцевого імунітету слизових оболонок ротової порожнини за даними IgA та секреторного IgA (slgA) у ротовій рідині, бакпосів на флору мазку із носоглотки. Статистичний аналіз проводили за допомогою Statistica for Windows версії 6.0 (Stat Soft inc., США). Вивчення стану гуморального імунітету у ЧХ на ГРВІ дітей підліткового віку різних груп наглядно показало, що найбільш глибокі зміни виявляються у дітей I групи у порівнянні з дітьми із групи контролю. Так, у ЧХ дітей спостерігалось зниження в венозній крові показників IgA ($1,59 \pm 0,01$ мг/мл) у порівнянні із значеннями у дітей контрольної групи ($2,33 \pm 0,01$ мг/мл) $p \leq 0,0001$; IgM в основній групі дітей ($0,57 \pm 0,03$ мг/мл) ($p=0,0001$) у порівнянні з відповідними показниками у дітей контрольної групи ($0,84 \pm 0,01$ мг/мл) $p \leq 0,0001$. Разом з тим, виявлено підвищення показників IgG у ЧХ на ГРВІ дітей ($8,7 \pm 0,04$ мг/мл) у порівнянні з контрольною групою $6,8 \pm 0,6$ мг/мл) $p \leq 0,0025$. Враховуючи підвищення рівня IgG у венозній крові ЧХ на ГРВІ дітей, було вивчено показники ЦІК у обстежених груп дітей. Виявлено тенденцію до підвищення рівня ЦІК у дітей основної групи. У ЧХ на ГРВІ дітей відмічалось зниження числа фагоцитуючих клітин – нейтрофілів, фагоцитарного числа, а також індукованої фагоцитарної активності нейтрофілів та їх фагоцитарного резерву у порівнянні з показниками здорових дітей відповідної вікової групи ($p \leq 0,0001$). У дітей основної групи також спостерігалось зниження рівнів в ротовій рідині Ig A і slg A відповідно показникам у здорових дітей ($p < 0,05$). У ЧХ дітей підліткового віку зареєстровано дисбіоз травного каналу, ступінь якого корелює з частотою та тривалістю епізодів ГРВІ ($r=0,87$). При дослідженні мазків із носоглотки на патологічну флору частіше і значно вищих титрах висівався *St. aureus* у ЧХ на ГРВІ дітей (80%) у порівнянні з дітьми 2 групи (60%), $p < 0,05$. Підґрунтям росту патологічної флори у носоглотковому секреті ЧХ на ГРВІ дітей підліткового віку є порушення імунітету у ЧХ дітей: дисімуноглобулінемія, зниження показників місцевого імунітету порожнини рота, активності та інтенсивності фагоцитозу, кисень-залежного метаболізму нейтрофілів. Таким чином, частота і тривалість ГРВІ у дітей підліткового віку сприяє зниженню показників імунітету та формуванню хронічної соматичної патології: у 36 % ЧХ на ГРВІ дітей діагностовано хронічний холецистохолангіт, хронічний гастродуоденіт, хронічний тонзиліт; декомпенсована форма активності карієсу – у 25% вегетативна дисфункція – 67% випадків.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ РЕВМАТИЧНИХ ХВОРОБАХ У ДІТЕЙ

Пушкарьова Т.М., Бельська О.А., Омельченко О.С.

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

Актуальність оцінки психосоматичних порушень при ревматичних хворобах (РХ) у дітей обумовлена частотою функціональних обмежень, інвалідизацією, що супроводжуються психосоціальною дезадаптацією пацієнтів. Діти, які страждають на РХ, мають різні ознаки психологічного дискомфорту, розлади адаптації, посттравматичні стресові розлади, що вимагають своєчасного виявлення, адекватного лікування та психологічної допомоги і психосоціальної реабілітації. Адаптація вимагає співпраці з сім'єю, а в деяких випадках – потрібна психологічна корекція і психотерапія дитини та дитячо-батьківських відносин.

Структура розробленого і апробованого алгоритму діагностики психосоматичних розладів при РХ у дітей включає в себе вивчення психологічного стану дитини та вивчення дитячо-батьківських відносин. У дослідженні мають брати участь як хворі діти, так і їх батьки. Для оцінки рівня усвідомлення емоційних і психосоматичних компонентів в стані дитини, особливо в зв'язку з невротичними і психосоматичними розладами, вивчається батьківська рефлексивна функція. Рефлексивні функції особистості в стосунках між людьми можна уявити як здатність бачити себе ззовні, а інших людей – з середини (Fonagy 1995). До складу запропонованого алгоритму введено: метод клінічного інтерв'ю; оцінка функціональних обмежень дітей за допомогою опитувальника CHAQ (The Childhood Health Assessment Questionnaire) (заповнюється батьками), оцінка якості життя (Опитувальник CHQ (Child Health Questionnaire) – заповнюється батьками, оцінка рівня тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна, або використовуючи методику Теммла (у дітей до 10 років), оцінка рівня депресивних проявів методикою Жмурова (для дітей старше 12 років), оцінка функціонування когнітивних навичок (пам'ять, увага), дослідження характеристик особистості підлітків за методикою Леонгарда-Шмишека. Відповідно до теорії «акцентуованих особистостей» існують риси особистості, які самі по собі ще не є патологічними, однак можуть за певних умов розвиватися в позитивному або негативному напрямі, оцінка дитячо-батьківських відносин, використовуючи методику Варга-Столина, методика Зунга для диференціальної діагностики депресивних розладів; методика «Оцінка рефлексивної функції батьків» (Л. Майес, П. Фонагі, П. Лаут з співавт.).

Алгоритм діагностики психосоматичних порушень при РХ у дітей пройшов апробацію в групі з 65 хворих. На основі результатів, отриманих на етапі оцінки психосоматичного стану дітей з РХ, складається план заходів щодо медико-психологічної допомоги як дітям з РХ, так і їх сім'ям. Новим аспектом в даному алгоритмі є оцінка дитячо-батьківських відносин, і зокрема використання нового опитувальника для оцінки батьківської рефлексивної функції.

Таким чином, структура алгоритму оцінки психосоматичних аспектів ревматоїдних захворювань у дітей включає в себе етап оцінки психологічного стану дитини, дитячо-батьківських відносин, оцінку функціональних обмежень дітей і якості життя. Новим компонентом в даному алгоритмі є включення оцінки батьківської рефлексивної функції за новою методикою, яка була вперше впроваджена в цьому алгоритмі.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ АРТРОПАТИЙ В ПЕДІАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Самойленко И.Г., Герасименко В.А., Паксашвили К.З.

Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман

Суставной синдром является одним из наиболее частых патологических состояний, встречающихся как внутри группы ревматологических болезней, так и за ее пределами. При ряде заболеваний (ювенильный ревматоидный артрит, реактивный артрит и другие) он играет ведущую роль в клинической картине, при других – является одним из клинических проявлений, что затрудняет верификацию диагноза. Целью работы было усовершенствовать дифференциальную диагностику суставного синдрома в педиатрической практике путем анализа случаев позднего установления нозологической формы артрита. Объектом исследования явились 53 ребенка в возрасте от 3 до 16 лет, поступившие в педиатрическое отделение КМУ «ДТМО» с признаками суставного синдрома с 2015 по апрель 2017 года. Объем исследования включал оценку анамнестических и эпидемиологических данных, объективного осмотра с подробной характеристикой суставного синдрома, унифицированные методы инструментального, лабораторного и иммунологического обследования больных.

Анализ результатов исследования показал, что в общей группе больных отмечалась более частая заболеваемость детей младшего школьного возраста у 43, что составило 81,1%. Преобладало ассиметричное поражение суставов нижних конечностей по варианту моноолигоартрита у 49 исследуемых (92,4%). Изучение клинических особенностей показало, что преобладало острое начало заболевания с появлением выраженной боли, припухлости и ограничения объема движений пораженных суставов у 32 детей (60,4%) из исследуемой группы. Подострое течение отмечалось у 21 пациента (39,6%), характеризовалось неярко выраженной деформацией суставов и умеренным болевым синдромом. При этом у 35 (66,0%) больных в анамнезе указывалась тесная хронологическая связь заболевания с предшествующей носоглоточной инфекцией, у 19 больных – наличие очагов хронической инфекции. Из них у 7 детей (36,8%) в роли этиологического фактора выступала стрептококковая инфекция, реже – вирусная – у 3 что составило 15,8%. В наблюдаемой группе детей, признаков органического поражения сердечно-сосудистой системы, по данным клинко-инструментальных исследований, выявлено не было, что позволило исключить острую ревматическую лихорадку. У 16 (30,2%) больных относительно поздно (на 4-6 неделе) диагностировали ЮРА. В 7 (13,2%) случаях проявления суставного синдрома были связаны с заболеваниями крови.

Таким образом, проведенные исследования показали, что наиболее часто встречающейся нозологией с суставным синдромом в педиатрической практике является реактивный артрит. Суставной синдром требует проведения тщательного анализа, своевременное установление этиологического фактора способствует правильному и рациональному подбору этиопатогенетической терапии. Снижение настороженности в плане диагностики ЮРА, примерно треть случаев, представляет собой серьезную медико-социальную проблему, поздняя диагностика данного заболевания приводит к пожизненной инвалидизации. Необходимость правильного трактования суставного синдрома, изучение особенностей современного течения артропатий у детей способствует своевременному и рациональному началу лечения, что улучшает прогноз и течение заболевания в целом.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ ПІСЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ГРИПУ

Самойленко І.Г.¹, Власенко О.Б.², Ольховська Г.В.², Ольховський С.О.¹

Донецький національний медичний університет, м. Краматорськ¹
КЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 м. Краматорська»²

Поки що грип залишається неконтрольованою і малокерованою інфекцією, яка широко розповсюджена серед дитячого населення та має тяжкий перебіг з великою кількістю ускладнень. За рахунок створення у багатьох країнах систем епідемічного нагляду, ВОЗ здійснює постійний моніторинг зміни структури вірусу для створення вакцини та раннього виявлення нових штамів. Вакцинація – єдина соціально та економічно виправдана міра боротьби з грипом. У власній практиці, як лікаря-педіатра так і лікаря загальної практики-сімейної медицини, вакцинація проти грипу стала в рівень обов'язкових щеплень, як захист ще задовго до початку епідемії.

Метою дослідження було виявлення ефективності щеплення за період з листопада 2016 року по квітень 2017 року та оцінка захворюваності дітей, вакцинованих проти грипу.

Проведено аналіз 52 історій розвитку дитини (форма № 112/о), яких доглядає КЗ «ЦПМСД № 1 м. Краматорська», діти були вакциновані проти грипу у листопаді 2016 року за бюджетні кошти. Враховувались такі дані: вік, стать, скарги, відвідування дошкільних закладів, результати експрес-тесту на грип, виписний епікриз стаціонарного хворого. Провакциновану групу склали діти від 3 до 6 років (включно), яким попередньо були проведені загальноклінічні дослідження. З них організованих дітей (I група), які відвідували дитячий дошкільний заклад, було 35 дітей (67,3%), неорганізованих (II група) – 17 дітей (32,7%). Розподіл за статтю: хлопчики – 23, дівчата – 29. У дітей II групи за досліджуваний період захворювання на грип було зафіксовано у двох випадках, що склало 11,8%. Необхідно зауважити, що ці дві дитини одужали на 5-6 день та перенесли грип у легкій формі. За даними контрольної (I) групи за період з листопада 2016 року по квітень 2017 року у 24 (68,6%) вакцинованих дітей захворюваності на грип не зафіксовано. У 11 (31,4%) дітей тієї ж групи було підтверджено захворювання за даними швидкого експрес-тесту на грип. Серед них у 8-ох малюків був легкий перебіг хвороби, загальний стан яких стабілізувався на 3 добу амбулаторного симптоматичного лікування. А у 4-х пацієнтів, за даними клінічного обстеження та лабораторної діагностики, було зафіксовано грип середнього ступеня важкості та вони направлені на стаціонарне лікування. За даними анамнезу, серед госпіталізованих дітей двоє відносились до групи часто і тривало хворюючих, 1 дитина напередодні перенесла вітряну віспу, 1 – мала бронхіальну астму. У 3 дітей під час стаціонарного лікування було зафіксовано ускладнення: двосторонній гнійний отит, пневмонія, загострення бронхіальної астми).

Таким чином, вакцинація проти грипу є найбільш ефективним захистом як організованої дитини, так і «домашньої». Усі діти, які потрапили у стаціонар, мали преморбідно обтяжений фон, але і в них грип протікав в середньо-тяжкому стані. Завдяки профілактичному щепленню проти грипу ми спостерігали зниження захворюваності малюків, які відвідують дошкільні заклади та мають високий ризик контакту з вірусом.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АНОМАЛІЇ ЛЕЙКОЦИТІВ ПЕЛІНГЕРА-ХЮЄТА

Сем'янчук В.Б., Вовк З.В., Цимбаліста О.Л., Тулай Г.М.*, Парандій І.Б.*, Пастух О.В.*, Ковцун Л.В.*

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Усім відомо, що вираженість зсуву лейкоцитарної формули вліво відображає важкість патологічного процесу. Більшість лікарів розцінюють суттєве збільшення паличкоядерних нейтрофілів, як ознаку інфекційного процесу в організмі та призначають емпірично антибактеріальну терапію. Однак, у здорових людей також можуть спостерігатись такі зміни у нормі при аномалії лейкоцитів Пельгера-Хюєта, яка зустрічається з частотою 1:1000-1:1500. Успадкування автосомно-домінантне. В крові людей, які страждають даною аномалією виявляється велика кількість лейкоцитів, що мають несегментоване еліпсоїдне, бобовидне чи нирковидне ядро. В деяких клітинах ядро нагадує гирю (є невеличка перетяжка) або арахіс. Незначна частина ядер виглядає перехідними до двох сегментних. Ядра з трьома сегментами не зустрічаються.

Звичайно, без адекватного аналізу мікроскопії крові лікарю важко встановити діагноз відразу. Однак, постійне збільшення кількості паличкоядерних нейтрофілів у периферичній крові на фоні повного здоров'я повинно насторожити стосовно аномалії Пелінгера-Хюєта. Адже, вчасне встановлення діагнозу запобігає необгрунтованому призначенню різноманітних обстежень та тривалій антибіотикотерапії.

Клінічний випадок: хлопчик 16 р. поступив в обласну дитячу лікарню м. Івано-Франківська для обстеження у зв'язку з постійним збільшенням паличкоядерних нейтрофілів у периферичній крові (28-36%). До цього часу на фоні будь-якого захворювання та згідно результатів аналізів отримував тривалу антибіотикотерапію. При об'єктивному огляді виявлено на шкірі обличчя та плечей підліткові акне, які на даний час розцінювали, як причину зсуву лейкоцитарної формули вліво. Будь-яких відхилень у розвитку дитини, симптоматики гострого чи хронічного захворювань не виявлено. Температура тіла 36,7°C, АТ 110/65мм рт. ст. Згідно результатів ультразвукового обстеження органів черевної порожнини, малого тазу, середостіння, лімфатичних вузлів – відхилень не виявлено. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 120г/л, еритроцити – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $6,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 5мм/год. Лейкоцитарна формула: еозинофіли 3%, паличкоядерні 29%, сегментоядерні 25%, лімфоцити 36, моноцити 7%. Біохімічний аналіз крові: заг. білок – 60,2г/л; АЛТ- 25, АСТ-17 (N до 40 од.), креатинін-70мкм/л, сечовина – 2,8 ммоль/л, білірубін заг. – 14,62 мкмоль/л; (прямий – 3,41мкмоль/л; непряма – 11,21мкмоль/л); калій – 4,21ммоль/л; натрій – 138,9 ммоль/л; хлориди – 96,8 мкмоль/л; кальцій – 2,29ммоль/л; лужна фосфатаза – 124. Імунограма: Ig G – 12,1 г/л (норма 10,0-21,0 г/л); Ig A – 1,5 (норма 1,3 – 2,8); Ig M – 1,2 (норма 1,0-2,3 г/л). С-реактивний білок: реакція негативна; ревматоїдний фактор: реакція негативна, антистрептолізин «О»- 86,04 (норма <200,0 МО/л). Прокальцитонін 0,003 нг/мл (норма <0,05). Посів крові на стерильність росту не дав. Загальний аналіз сечі без особливостей. При повторному аналізі периферичної крові, з прицільною діагностикою, виявлено аномалію Пелінгера-Хюєта. Підтвердження останньої у мами і маминої сестри, свідчить про спадкову форму та не потребує подальшої діагностики дебюту серйозних захворювань, які можуть супроводжувати набуту форму пелінгерівської аномалії лейкоцитів.

ДОСВІД РОБОТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ У ЯКОСТІ ВОЛОНТЕРІВ «КЛІНІК, ДРУЖНІХ ДО МОЛОДІ».

Сем'янчук В.Б., Синовєрська О.Б., Горішна О.М., Шпит М.Д., Мельникович Х.Д., Романишин О.Л., Ласяк Х.О.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячих хвороб післядипломної освіти, м. Івано-Франківськ.

Зклади охорони здоров'я, які працюють з підлітками та молоддю на основі «дружнього підходу», а сааме, надають медико-соціальні послуги на засадах добровільності, доброзичливості, доступності, конфіденційності, анонімності та неосудливого ставлення до відвідувача, відповідають статусу «Клініка, дружна до молоді» (КДМ). Важливим аспектом у повноцінному існуванні даних клінік є підготовка персоналу, який вміє та має бажання працювати з дітьми підліткового віку,

прагне «достукатись» до юних сердець заради попередження ризикованої поведінки та збереження здоров'я останніх.

Для кращої проінформованості підлітків, налагодження тісніших контактів та розвитку служби на основі «дружнього підходу», кафедрою дитячих хвороб ПО та за підтримки ректорату університету зроблено наступні кроки:

- проводяться інформаційні бесіди-презентації та анонімне анкетування з учнями шкіл 8-11 класів, гімназій та училищ;
- в громадському транспорті щодня демонструється змонтований відео ролик «Подолоємо проблеми разом», який привертає увагу до нагальних проблем молоді та вказує шлях до їх вирішення;
- функціонує Call-центр куди можна анонімно зателефонувати та проконсультуватись;
- в соціальних мережах створено сторінки для висвітлення нагальних проблем підліткового віку та надання онлайн консультацій;
- розроблені та розповсюджуються буклети, візитки та плакати про діяльність КДМ;
- розповсюджується інформація у ЗМІ, у тому числі спільно з іншими громадськими, державними та приватними організаціями.

У якості волонтерів для роботи КДМ залучені лікарі-інтерни за спеціальністю «Педіатрія», які проходять навчання на кафедрі дитячих хвороб ПО ННІ ІФНМУ.

Переваги лікарів-інтернів у якості волонтерів: задоволення потреб у спілкуванні, що реалізується через контакт з однолітками; самовираження, самореалізація, отримання відчуття значимості; можливість зберегти або набути корисні професійні навички.

Досвід роботи показав, що відвідавши школи, гімназії та училища, ми помітили, що не всі підлітки приймають активну участь у бесідах. При наявності у класі негативно налаштованих неформальних лідерів виникав супротив і нерозуміння. Краща адаптація була при проведенні інтерактивних ігор на теми: «Дорослішай на здоров'я», «Профілактика тютюнопаління», «ВІЛ/СНІД: проблема молоді» тощо. Однак, більша активність підлітків проявляється у соціальних мережах та Call-центрі.

Згідно проведеного анонімного анкетування серед 6452 підлітків відмічено зацікавленість у висвітленні наступних питань: проблеми взаємин у сім'ї (62,3%) та між однолітками (57%); правдивої інформації щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ-інфекції (73,8%); методів контрацепції (64,6%), видів насильства (50,3%) тощо. Звичайно, що пріоритети зацікавленості залежать від віку та виду навчального закладу.

ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СНУ ТА ЇХ ПОРУШЕННЯ У ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ ДІТЕЙ З ЛІМФАДЕНОЇДНОЮ ГІПЕРТРОФІЄЮ

Синоверська О.Б., Лазуркевич Х.О., Семенюк В.П.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м.Івано-Франківськ

На сьогодні одним із основних критеріїв ефективності лікування у дітей є оптимізація якості життя. Якість життя – це багатокомпонентний критерій, що має як соціальну, так і чисто медичну складові. Однією із характеристик якості життя є якість сну. Порухення сну у дитини визначає її емоційний дискомфорт, когнітивні зміни, особливості фізичного та психоінтелектуального розвитку тощо. Наявність частих гострих респіраторних захворювань (ГРЗ), що супроводжуються гіпертермією, порушенням носового дихання та нічним кашлем зумовлює розвиток порушень сну. У дітей із лімфаденоїдною гіпертрофією (ЛАГ) із-за наявності механічної перешкоди нормальному плину повітря порушення нічного сну можливі не лише при загостренні респіраторної патології, але й в періоді ремісії.

З метою вивчення порушень сну було досліджено 25 дітей віком 4-10 років з рекурентними ГРЗ на фоні ЛАГ I-II ступеня. Всім дітям проводили загальноклінічні, антропометричні, лабораторні, інструментальні обстеження, а також оцінку сну. Оцінювання основних характеристик сну здійснювалось шляхом полісомнографії та анкетуванням дітей та їх батьків. При вивченні якості сну було опитано 32 батьків та 25 дітей. Обстеження хворих дітей та спостереження за ними проводилося в умовах відділень Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні та лабораторії сну на базі кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Івано-Франківського національного медичного університету. Аналізувалися наступні показники: тривалість нічного сну, кількість нічних пробуджень, наявність сну із відкритим ротом, храпу, появу апное уві сні, наявність нічних страхів та жахітливих сновидінь, сонливість протягом дня, самооцінка якості відновлення організму після сну.

Результати. Пацієнти (або їх батьки) відмічали підвищену втомлюваність дитини, зниження пам'яті та уваги, емоційну лабільність, храп та неритмічне дихання під час нічного сну. При цьому встановлено, що самооцінка сну та здоров'я в цілому у дітей відрізнялась від оцінки даних показників батьками. Зазвичай діти оцінювали стан свого здоров'я вірогідно вище, ніж батьки. За результатами анкетування виявлено, що 14,9% дітей оцінювали свій стан як «поганий», 84,1% - як

«задовільний». Середнє значення даного показника у групі дітей 7-10 років становило 61,0%, при батьківській оцінці 44,6%. Храп виявлявся у 75,0% дітей з ЛАГ I ступеня та у 88,9% дітей з гіпертрофією II ступеня. Встановлено, що 87,5% дітей з ЛАГ I ступеня та 100% із ЛАГ II ступеня сплять з відкритим ротом. Нічні кошмари турбували 62,0% дітей з ЛАГ I та 77,8% пацієнтів з ЛАГ II. У аналогічній кількості дітей мали місце часті пробудження (3 і більше разів протягом ночі). Встановлено, що низький ступінь відновлення після нічного сну та денна сонливість були характерні для 84,0% всіх досліджених (81,5% дітей із ЛАГ I ступеня та 88,9% – із ЛАГ II ступеня). За результатами нічної сомнографії апное під час сну було зафіксовано у 8,0% дітей з ЛАГ II ступеня; у пацієнтів із ЛАГ I ступеню нічні апное не реєструвались. Середня киснева сатурація у обстежених дітей склала 94%.

Висновок. Наявність лімфаденоїдної гіпертрофії у дітей обумовлює розвиток диссомнічних порушень, що, в свою чергу, породжує чималу кількість клінічних симптомів та синдромів, погіршує якість сну та життя в цілому.

ГОСТРА КОРОНАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ДІТЕЙ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ

**Синоверська О.Б., Вовк З.В., Фоменко Н.М., Кузюк М.Г., Сушко І.В.,* Величко Т.М.,
* Глухій В.П.,* Крот Л.В.**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

В структурі смертності та інвалідності працездатного населення України хвороби серця та судин становлять понад 65% (Коваленко В.М., 2015). За останні десятиліття у 2,1 рази збільшилася частота захворювань органів кровообігу серед дітей до 14 років (Болотова Н.В., 2008), смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) у осіб молодше 30 років зросла на 15-20%. Тільки у 2014 році від ІХС померли 11 дітей, або 0,015 на 10 тисяч дитячого населення (Волосовець О.П., 2015). Дослідження останніх років свідчать про те, що у 17-20% дітей до 5 років вже наявні атеросклеротичні зміни в коронарних артеріях, які можуть призводити до розвитку та прогресування гострої та хронічної коронарної недостатності.

Найчастішими причинами гострого та хронічного коронарного синдрому (КС) у дітей є вроджені аномалії коронарних артерій (аномалія Бланда-Уайта-Гарленда (ALCAPA) тощо), запальні ураження (коронарити), що виникають в результаті запально-дегенеративних процесів у міокарді, травми серця та коронарних судин, пухлини тощо. Вторинне ураження коронарних артерій в дитячому віці часто розвивається при хворобі Кавасакі та може супроводжуватися їх аневризматичним поширенням.

Встановлення діагнозу гострого КС у дітей раннього віку затруднене у зв'язку із відносною рідкісністю патології, низькою настороженістю батьків та медперсоналу щодо можливості розвитку коронарної недостатності в дитячій популяції, обмеженою можливістю суб'єктивізації (діти раннього віку не можуть чітко локалізувати та описати больовий синдром), що створює умови для запізнілої ЕКГ-діагностики та труднощі для подальшого діагностичного пошуку.

На базі Івано-Франківської ОДКЛ проводилося медичне спостереження та лікування дівчинки 1р. 10 міс. із повторним інфарктом міокарда на фоні вродженої аномалії коронарних артерій.

Таким чином, гострий КС у дітей зустрічається частіше, ніж діагностується. Настороженість практичних лікарів і своєчасна діагностика даної патології дозволять поліпшити прогноз захворювання, знизити ризик прогресування, летальність і зменшити наступну інвалідизацію.

НАНЕСЕННЯ ТАТУЮВАННЯ ПІДЛІТКАМИ ЯК МОЖЛИВА МЕДИЧНА ТА ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Скрипникова Я.С., Іванько О.Г., Кизима Н.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Останнім часом татуаж (нанесення перманентного малюнку на шкірі) набуває все більше розповсюдження. Статистика татуювання в нашій країні відсутня, але згідно із закордонними даними 12% європейців та 24% американців (мешканців США), включаючи підлітків, мають татуювання. Відомо, що історія татуажу налічує не одне тисячоріччя та пов'язана із культурами поклоніння язичницьким богам. На території колишнього СРСР практика тату вважалась не існуючою до появи організованих кримінальних структур з їх чіткою ієрархією та численних місць позбавлення волі. Люди, що не мали причетності до злочинному світу та субкультури в'язниць, татуювання не

робили. Трохи пізніше з'явилися татування, що вказували на належність військових до певного роду військ. З часом тату стала приналежністю протестної субкультури молоді та перетворилась в різновид авангардизму. На сучасних художніх молодіжних татуваннях найчастіше соціальні мотиви відсутні. Татування широко розповсюджені насамперед серед молоді. За даними статистики США 10% підлітків до 21 року мають татування. Але найбільшу кількість татування (близько 20%) роблять все ж молоді люди у віці від 25 до 35 років. Серед них тільки 1% консультуються з лікарями перед їх нанесенням. В таких країнах, як Франція, Нідерланди, Фінляндія є державний контроль за процесами татуажу, який передбачає вимоги до медичної кваліфікації персоналу, якості чорнил, що використовуються для тату, необхідність вакцинації спротив гепатиту В та ведення обліку ускладнень. Треба пам'ятати, що у склад чорнил для татуажу входять солі металів: ртуті (червоний пігмент), хрому (зелений), марганцю (фіолетовий), кобальту (синій), кадмію (жовтий) та органічні барвники сандалового дерева тіцезальпінії. До основних ускладнень татуажу можна віднести алергічні реакції негайного та сповільненого типу, фотодерматити, бактеріальні та вірусні запальні захворювання, розвиток келоїдів. Не можна не відзначити можливі ускладнення у вигляді опіків і пошкодження малюнку в місцях татування при проведенні обстежень за методом МРТ. Є і психологічні проблеми, пов'язані із татуванням: розчарування у змісті малюнка та в самому факті його наявності, негативне ставлення родини та соціуму. Все це приводить пацієнтів в клініки пластичної хірургії з метою видалення татування, що само по собі є травматичним заходом та вимагає пересадження шкіри.

З метою уточнювання схильності студентів – майбутніх лікарів до татування ми провели анонімне анкетування 92 студентів перших курсів медичного університету (56 дівчат та 36 юнаків). В ході анкетування було виявлено, що татування мають 15 (16%) студентів, 5 (9%) дівчат та 10 (28%) юнаків. За їх словами ніхто не мав заперечувань з боку батьків і ні у кого не виникло ускладнень. На питання про причини, що спонукали до татування, 2 дівчини відповіли, що малюнки мають для них символічне значення, інші вважають їх просто модним аксесуаром. За нашими спостереженнями серед татуованих підлітків частіше зустрічались особи із девіантною поведінкою у вигляді підвищеної конфліктності та низькою академічною успішністю. Серед 77 студентів, хто не мав тату, 10 (13%) все ж висловили намір до проведення татування, але їх зупиняла значна вартість процедури. Інші студенти серед мотивів небажання називали заборону батьків, побоювання болю та ускладнень, багато підлітків вважають тату неестетичним явищем.

Таким чином, суспільство має визначитись із своїм ставленням до цієї молодіжної моди, насамперед, у середовищі медичних працівників та викладачів вишів.

РОЛЬ КИШКОВОГО МІКРОБІОМУ У РОЗВИТКУ СИНТРОПНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Стоєва Т.В., Джагіашвілі О.В., Прохорова С.В., Браткова Л.Б.

ДЗ «Одеський національний медичний університет, МОЗ України», м. Одеса

Мікробіом людини, на сьогоднішній день, розглядається як сукупність всіх мікроорганізмів у всіх його біотопах. Кишкова мікробіота є ключовим компонентом мікробіому людини та безпосередньо впливає на здоров'я організму-господаря як за рахунок свого бар'єрного ефекту, формування імунітетності і імунітологічної толерантності, так і за рахунок участі в метаболізмі нутрієнтів, процесах травлення та детоксикації. Кишковий мікробіом людини згідно з сучасними даними підрозділяється на три енетротипи: *Bacteroides*, *Prevotella*, *Ruminococcus*. Порушення енетротипу кишкового мікробіому неминуче відбиваються на стані макроорганізму і пов'язане з розвитком різних захворювань, таких як цукровий діабет, ожиріння, ревматоїдний артрит, функціональні та запальні захворювання кишечника, розлади аутистичного спектру (РАС).

Мета роботи – визначити порушення кишкового мікробіому при поєднаних захворюваннях органів травлення у дітей.

Матеріали та методи. Під наглядом перебувало 24 дитини віком від 3 до 16 років з діагностованими захворюваннями органів травлення. З метою оцінки стану мікробіому кишечника всім дітям було проведено бактеріологічне дослідження калу з визначенням якісного та кількісного складу кишечника за стандартною методикою. Поряд з цим було проведено молекулярне дослідження калу за допомогою методу секвенування із визначенням у зразках фекалій маркерних генів 16S PHK *Prevotella copri*. В ході виконання даного методу використовували набір специфічних праймерів *Prevotella 16S* (F: CACRGTAAACGATGGATGCC, R: GGTCGGGTTGCAGACC).

Результати. Всі діти були поділені на наступні клінічні групи: 33,6% склали діти з ФР біліарного тракту, 32,5% – пацієнти з ФР кишечника (ФЗ, СПК) та супутніми розладами з боку біліарного тракту, 18,2% – діти з СПК у поєднан-

ні з гастроезофагеальнорефлюксною хворобою (ГЕРБ), 15,7% – з ФР біліарного тракту та панкреатопатією. За результатами проведеного бактеріологічного дослідження калу у 90,8% обстежених дітей були виявлені дисбіотичні зміни мікрофлори кишечника, при цьому в групі з ізольованими ФР біліарного тракту переважав дисбіоз I ступеня ($p < 0,05$), проте як в групах з поєднаною патологією органів травлення у 68,5% пацієнтів був визначений дисбіоз II ступеня. Зміни складу облігатної мікрофлори проявлялися зниженням рівня біфідобактерій у 42,8% обстежених, дефіцитом лактобактерій, нормальної кишкової палички – у 23,5%, наявністю кишкової палички зі зміненими біологічними властивостями – у 33,7% обстежених дітей. За результатами секвенування при порівнянні досліджуваних груп, а саме дітей з ізольованими ФР та поєднаною патологією, найменша чисельність *Prevotella copri* була виявлена в групі дітей з СПК в поєднанні з ГЕРБ ($p < 0,05$). Також суттєве зниження *Prevotella copri* було встановлено у дітей з ФЗ та ФР біліарного тракту ($p < 0,05$), при цьому у двох пацієнтів було діагностовано супутні РАС.

Висновки. Таким чином, отримані дані показали, що наявність поєднаної патології органів травлення у дітей сполучена з більш вираженими дисбіотичними змінами кількісного та якісного складу мікробіому кишечника. Молекулярний метод дослідження дозволяє виявити більш глибокі порушення мікробіому кишечника, що дозволить проводити відповідну корекцію з урахуванням виявлених змін.

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ-КАНДИДАТІВ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Філонова Т.О., Слоєва З.В., Кривошей Г.В., Маленко Л.Л., Лунова Т.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2

філії «Центр охорони здоров'я ПАТ «Укрзалізниця»

Однією з важливих завдань сучасної кардіології, в тому числі й дитячої, є стратегія профілактики серцево-судинних захворювань на основі удосконалення ранньої діагностики та оцінки кардіоваскулярного ризику. Тому є актуальним пошук маркерів, які дозволять з достатнім ступенем імовірності виявляти передумови щодо розвитку серцево-судинних захворювань, особливо у дітей з патологією сполучної тканини, як можливої основи для формування хронічної патології. Досягнення сучасної науки привели до можливості пошуку генетичної детермінованості розвитку і перебігу захворювань. Найбільш складно інтерпретуються механізми схильності до мультифакторіальних захворювань, зокрема, серцево-судинної патології, дисплазії сполучної тканини (ДСТ). Це пов'язано з великою кількістю генів, які можуть брати участь у формуванні спадкової схильності як самостійно, так і шляхом взаємодії один з одним і з факторами зовнішнього середовища.

З огляду на роль ДСТ у формуванні кардіоваскулярних захворювань дитячого віку, становить інтерес вивчення генетичних факторів ризику, асоційованих з серцево-судинною патологією, у дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини, що і стало метою дослідження. Обстежено 50 дітей у віці 5-17 років. Поряд з уніфікованим клініко-інструментальним обстеженням, були вивчені поліморфізм генів, що кодують білок ангиотензиноген (AGTI T174M і AGTII M235T), ендотеліальну NO-синтазу (NOS3 C-786T) та аполіпопротеїн E (ApoE L28P). При аналізі отриманих даних встановлено, що в групі дітей з синдромом дисплазії сполучної тканини серця, наявністю скарг кардіального характеру і документально підтвердженими ЕКГ-змінами у вигляді порушення реполяризації, екстрасистолії виявлено збільшення частки гомозигот по AGTI T174M алелі T/T (68,6%), гетерозигот по AGTII M235T (68,6%), гомозигот по NOS 3C алель T/T (48,6%). У групі дітей з малими аномаліями серця без кардіальної симптоматики та порушень ритму відзначено також збільшення частки гомозигот по AGTI T174M алелі T/T (53,3%), але переважали гомозиготи по AGTII M235T алелі T/T (46,6%) і NOS 3C 786 T/T (66,7%). Генотип по ApoE L28P в двох порівнюваних групах був практично ідентичний і представлений гомозиготами по алелі L/L (97,2% і 93,4% відповідно).

Таким чином, комплексне вивчення генетичних маркерів серцево-судинної патології у дітей з дисплазією сполучної тканини, як немодифікуючих факторів ризику, встановлення їх взаємозв'язку з фенотипічними і клінічними проявами ДСТ є перспективним для уточнення діагностичних і прогностичних критеріїв формування кардіоваскулярної патології та організації диференційованого медичного спостереження, що може сприяти зниженню ризику серцево-судинних ускладнень у більш старшому віці та формуванню стратегії персоналізованої, предиктивної і превентивної медицини.

ВИПАДОК СИНДРОМУ БІЛСА У ПОЄДНАННІ З ДИСТАЛЬНОЮ НЕВРАЛЬНОЮ АМІОТРОФІЄЮ

Фоменко Н.М., Синовєрська О.Б., Вихованець В.В., Бойчук Л.Б.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Синдром Білса (синдром вродженої контрактурної арахнодактилії) – є моногенним синдромом з аутосомно-домінантним типом успадкування (OMIM 121050). Його основними клінічними проявами є арахнодактилія у поєднанні із згинальними контрактурами пальців, деформації грудної клітки і хребта, диспластичні вушні раковини, іноді ураження серця. Найбільш часто виникає необхідність у проведенні диференційної діагностики з синдромом Марфана, в основі якого лежить мутація гену фібрилліну 1 з його локалізацією на 15 хромосомі (15q15-q21). При синдромі Білса відмічається мутація гену фібрилліну 2 FBN2, що картований на 5 хромосомі (5q23- q31). Враховуючи рідкість даного синдрому, наводимо власне клінічне спостереження випадку синдрому Білса. Пробанд – хлопчик 11 років, народився від другої вагітності, що перебігала із загрозою переривання у 4,5 міс., токсікоінфекцією у 7 міс. У пологах – слабкість родової діяльності, стимуляція окситоцином. Маса тіла дитини при народженні 3 400 г., зріст 52 см., оцінка за шкалою Апгар 8/9. Виписаний із пологового будинку на 7 добу. У перші дні після народження спостерігався тремор кінцівок. Ранній статокінетичний розвиток з затримкою. У віці 2-х років батьки помітили деформації пальців стоп, відтоді ж відмічались нестійкість та слабкість при ходьбі; з 4-х років – контрактури пальців кистей, які в динаміці прогресували. Консультований кардіоревматологом, генетиком. Неодноразово проходив стаціонарне лікування в неврологічному відділенні ОДКЛ, консультований у ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України» (2011 р.), клініці нервових хвороб дитячого віку Донецького національного медичного університету (2013 р.). Об'єктивно: високий зріст, астенична тілобудова, асиметрична килевидна грудина, кіфосколиоз грудного відділу хребта, виражена арахнодактилія з наявними згинальними контрактурами у міжфалангових суглобах пальців кистей і стоп, субатрофія м'язів кистей і стоп, незначні контрактури ліктьових і колінних суглобів, плоскостопість, «сандалевидні» щілини стоп. При огляді ротової порожнини – високе піднебіння. Вушні раковини диспластичні, відтопирені. У психоінтелектуальному розвитку не відстає. М'язовий тонус і сила знижені. Хо́да з елементами міопатичної, сухожиліні рефлексів жваві, з нижніх кінцівок високі, D=S. Судом не було. За даними Rtg-графії суглобів кистей: ознаки навколосуглобового остеопорозу, нечіткість точок скостеніння, підвивихи в дистальних міжфалангових суглобах п'яти пальців обох кистей. Електронейроміографія (ЕНМГ): ознаки дифузного ураження нейронального типу. При УЗД органів черевної порожнини виявлено ротовану та частково подвоєну ліву нирку. Ехокардіоскопія: малі аномалії серця – додаткова хорда порожнини лівого шлуночка, пролапс мітрального клапана. В загальному та біохімічному аналізах крові без патологічних відхилень, гострофазові показники від'ємні, антитіл до цитрулінового віментину не виявлено. На підставі характерних ознак фенотипу, зважаючи на особливості неврологічного статусу (слабкість та субатрофія м'язів, хо́да з елементами міопатичної) та даних ЕНМГ встановлено: Основний діагноз: синдром Білса (вроджена контрактурна арахнодактилія), аутосомно – доміантний тип успадкування, мутація de novo. Супутній діагноз: дистальна невральна аміотрофія неуточненого типу. Ускладнення: навколосуглобовий остеопороз. Дитина отримує симптоматичне лікування, спрямоване на оптимізацію метаболізму у сполучній та нервовій тканині.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА ПРИКЛАДІ ВИКЛАДАННЯ ТЕМИ «ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ»

Хоменко В.Є.

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

Реформування системи охорони здоров'я в Україні вимагає впровадження в професійну підготовку лікарів міжнародних медичних та освітніх стандартів, запровадження у навчальний процес сучасних педагогічних стратегій, наукових розробок та засад доказової медицини, підвищення інтелектуального, науково-освітнього, професійно-орієнтованого рівня майбутніх лікарів.

На прикладі викладання теми «Функціональні гастроінтестинальні розлади у дітей (відповідно Римським критеріям IV)» розглянуто можливість застосування новітніх технологій у медичній освіті для розвитку клінічного мислення та професійної компетентності майбутніх лікарів, спонування до самостійної роботи, ініціативного пошуку,

самореалізації, аналізу досліджень міжнародної групи експертів з позицій доказової медицини. Готуючись до практичного заняття, студенти використовують знання нормальної і патологічної анатомії та фізіології, мікробіології та імунології, фармакології та психології, усіх педіатричних дисциплін попередніх курсів, дитячих інфекційних хвороб та дитячої хірургії; засвоюють новий підхід (відповідно Римським критеріям IV) до розуміння функціональних гастроінтестинальних порушень як до «розладів церебро-інтестинальної взаємодії»; вчать нову класифікацію, клінічні прояви, алгоритми діагностики та лікування усіх нозологічних форм.

На занятті акцентується увага на класифікації відповідно комбінації симптомів (порушення моторики, вісцеральна гіперчутливість, зміни слизової оболонки та імунної відповіді, зміни кишкової флори та оцінки подразників центральною нервовою системою); нових термінах («гіперчутливий рефлюкс», «синдром хронічної нудоти», «синдром хронічної блювоти», «порушення сприйняття гастроінтестинального болю» замість «функціональний абдомінальний біль»); змінах критеріїв діагностики синдрому подразненого кишечника; затвердженні «синдрому перехресту церебро-інтестинальних розладів», що супроводжується одночасним перебігом декількох функціональних станів. Засвоєння світового досвіду та уніфікованого підходу з позицій доказової медицини допомагає професійно діагностувати порушення, пов'язані з травним каналом, диференціювати функціональні розлади з органічною патологією, визначати об'єм лабораторно-інструментального та медикаментозного втручання, призначати адекватне лікування.

Використання оригінальних тестових завдань міжнародного зразка; інтерактивних методів навчання з організацією продуктивної взаємодії студентів між собою та з викладачем; застосування методу діалогу, дискусії (круглі столи, майстер-класи, технологія «мікрофон», «мозковий штурм», метод ділової гри); вирішення ситуаційних задач (реальних клінічних, за відеоматеріалами, за історіями хвороб, текстових нетипових) допомагають якісно формувати професійні вміння. Також майбутні лікарі навчаються спілкуватись з хворою дитиною, формувати відношення з його батьками, виховувати в собі моральні якості (терпимість, співчуття, тощо), розуміти професійну відповідальність та деонтологічні принципи.

Модернізація медичної освіти на засадах світових стандартів з впровадженням інноваційних технологій, проблемно-орієнтоване навчання, використання світового досвіду на додипломному етапі формує професійну компетентність майбутнього лікаря.

МЕДИЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА

Шевченко В.Н.

КЗ «Дніпропетровський центр первинної медико-санітарної допомоги №8», м. Дніпро, координатор медичної групи Всеукраїнської благодійної організації «Даун Синдром», м. Київ

Євроінтеграція України вимагає інший підхід до людей з інвалідністю, усуваючи існуючі перешкоди з пострадянського періоду. До 2015 року в Україні взагалі не було жодного медичного документа, який був би присвячений наданню медичного супроводу вже народженої дитини із синдромом Дауна. Наказом МОЗ України №685 від 20.10.2015 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при синдромі Дауна» затверджений Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Синдром Дауна», чим розв'язано питання надання права людини із синдромом Дауна на якісний медичний супровід.

На тлі збільшення середнього віку сучасних батьків на момент народження дитини складно очікувати зниження кількості зачаття плода із синдромом Дауна. Знаючи реальні позитивні можливості розвитку, соціалізації, працевлаштування осіб із синдромом Дауна на досвіді європейських країн і США, сучасні батьки в Україні зараз рідко відмовляються від «сонячних» дітей. Тому лікарі повинні знати сучасну інформацію щодо медичного супроводу дітей із синдромом Дауна, що базується на принципах доказової медицини та мати навички недирективного підходу щодо повідомлення діагнозу батькам та медичного супроводу сім'ї.

Клінічний протокол «Синдром Дауна» містить рекомендації щодо повідомлення діагнозу, графік моніторингу стану здоров'я осіб із синдромом Дауна, спеціальні центильні таблиці, докладну інформацію про контроль здоров'я за системами та за віком, про батьківські організації, які підтримують сім'ї, що виховують дітей із синдромом Дауна та іншу корисну практичну інформацію для лікарів.

ПОКАЗНИКИ ОКИСНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Шевченко Т.А., Корнійко Є.Ю., Герасимчук К.А., Черновол Л.О.,

Лантух Л.О., Белінська І.А.

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

Висока розповсюдженість цукрового діабету 1 типу (ЦД) серед дитячого населення, особливо дітей молодшого віку, важкість перебігу, розвиток хронічних ускладнень, утруднення їх лікування залишають проблему ЦД актуальною.

Метою нашої роботи було вивчення змін показників окисного гомеостазу у дітей хворих на ЦД 1 типу в залежності від тривалості захворювання.

Методи та матеріали. Було обстежено 90 дітей, хворих на ЦД 1 типу віком $13,59 \pm 1,04$ р. на базі ДКЛ №6 м. Києва. Серед них 48 хлопчиків та 42 дівчинки, із тривалістю захворювання $4,68 \pm 3,49$ років. Всі діти проходили курс лікування згідно протоколу. За допомогою спектрофотометрії пацієнтам визначали: кінцевий продукт перекисного окиснення малонового діальдегід (МДА) в еритроцитах, внутрішньоклітинні антиоксиданти – каталазу (К) в плазмі крові, супероксиддисмутазу (СОД) та глутатіон (Гл) в еритроцитах крові. Дослідження проводились в НДІ експериментальної і клінічної медицини НМУ імені О.О. Богомольця. Всі діти були поділені на три групи: до 1 групи увійшли діти із тривалістю захворювання менше 1 року, до 2 групи – від 1 до 5 років тривалістю, до 3 групи – більше 5 років тривалості ЦД 1 типу. Групу контролю становили 20 практично здорових дітей відповідного віку.

Результати дослідження. Рівень МДА у дітей групи контролю складав $0,64 \pm 0,06$ мкМоль/л, у дітей 1 групи становив $2,65 \pm 0,84$ мкМоль/л, в 2 групі – $3,12 \pm 0,33$ мкМоль/л та в 3 групі – $4,74 \pm 0,38$ мкМоль/л. Було виявлено достовірне підвищення рівня МДА ($p < 0,05$) при порівнянні результатів МДА між групою 1 та групою контролю, між групою 1 та групою 2, при порівнянні результатів МДА між групою 2 та групою контролю, достовірне підвищення при порівнянні результатів МДА між групою 3 та групою контролю. Рівень СОД у дітей групи контролю складав $2,95 \pm 0,58$ у.о., у дітей із 1 групи був $1,59 \pm 0,96$ у.о., 2 групи – $1,73 \pm 0,35$ у.о. та 3 групи рівень СОД зменшився – $1,40 \pm 0,55$ у.о. Відмічалось достовірне зниження ($p < 0,1$) при порівнянні результатів СОД між групою 2 та групою контролю, результатів СОД між групою 3 та групою контролю. Встановлено, що із збільшенням тривалості захворювання рівень каталази мав тенденцію до зменшення, але в перші 5 років захворювання рівень каталази був більший, ніж у дітей з групи контролю. Так, рівень каталази у дітей групи контролю складав $3,98 \pm 0,71$ мкат/л, у дітей 1 групи – $4,41 \pm 0,84$ мкат/л, у дітей 2 групи каталаза була на рівні $4,37 \pm 0,38$ мкат/л, а у 3 групі – $3,81 \pm 0,38$ мкат/л. Рівень Гл у дітей групи контролю складав $0,7 \pm 0,27$ мМоль/л, у дітей 1 групи – $0,75 \pm 0,16$ мМоль/л, 2 групи – $0,4 \pm 0,16$ мМоль/л, але у дітей 3 групи – $0,52 \pm 0,97$ мМоль/л.

Висновки. Відмічаються зміни в окисному гомеостазі при збільшенні тривалості захворювання. Так, рівень МДА підвищується після 1 року тривалості ЦД 1 типу майже в два рази. Рівень СОД після 1 року тривалості захворювання підвищилась, але на 5 рік захворювання знизився. Рівень каталази та глутатіону із збільшенням тривалості зменшується. Це може свідчити про виснаження АОС та підтримання показників ОС на високому рівні.

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Юрцева А.П., Фофанова О.В., Боднар О.П., Лотовська Т.В., Котів І.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Хоча медикаментозне лікування дітей з підтвердженою бронхіальною астмою (БА) залишається найбільш ефективним методом контролю симптомів і поліпшення якості життя хворих дітей, найактуальнішою на сьогодні проблемою є необхідність попередження розвитку БА шляхом зменшення або усунення дії чинників ризику. Нині існує лише невелика кількість заходів, які можна рекомендувати для профілактики БА, оскільки це захворювання є гетерогенним за своєю природою і варіабельним за своїм перебігом, в розвитку якого беруть участь складні і до кінця не з'ясовані механізми. Найбільш ефективними з них можуть бути ті, які скеровані на попередження алергічної сенсibiliзації або на профілактику розвитку БА у вже сенсibiliзованих пацієнтів. Метою роботи було встановлення інформативних факторів ризику розвитку БА у дітей шкільного віку. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 110 дітей з БА (основна група) та у 120 дітей з повторним бронхообструктивним синдромом (ПБОС) в анамнезі, у яких в подальшому проявився БА не було (група порівняння). Проведено також анкетування їх батьків. При порівняльній оцінці обох груп за віком, статтю, соціально-гігієнічними факторами суттєвої різниці не було. Встановлено, що частота таких факторів ускладненого перебігу даної вагітності, як гестози, багатоводдя, фетоплацентарна недостатність, TORCH – інфекції та перенесені гострі респіраторні інфекції (ГРІ), достовірно вищою була у матерів дітей з БА в порівнянні з матерями дітей з ПБОС. Так, матері дітей з БА хворіли на ГРІ під час вагітності в 5,6 разів частіше ($36,5 \pm 3,1\%$), ніж матері дітей з ПБОС ($6,5 \pm 0,9\%$, $P < 0,001$; $OR=4,879$). У 3 рази частіше у матерів дітей з БА було виявлено TORCH-інфікування. Частота виключно грудного вигодовування до 6 місяців виявилась вкрай низькою у дітей обох груп: $19,3 \pm 5,2\%$ – у дітей основної групи і у $25,5 \pm 5,5\%$ – у дітей групи порівняння ($P > 0,05$). Проте, діти з БА в 1,9 рази частіше перебували на ранньому змішаному вигодовуванні, тобто не отримували грудного молока після 2 місяців. Діти з БА вдвічі частіше, ніж діти з ПБОС, отримували немодифіковане (цільне) коров'яче молоко. Разом з тим, за сучасними даними захисна дія грудного молока триває упродовж кількох років після припинення лактації, а вигодовування виключно грудним молоком в перші місяці життя супроводжується нижчою захворюваністю дітей на БА. Алергічні захворювання у матерів дітей з БА спостерігались у 10 разів, по лінії батька – в 6,7 разів частіше, ніж у родинах дітей з ПБОС. У дітей з БА вдвічі частіше в анамнезі були прояви харчової алергії ($56,3 \pm 4,8\%$) та в 2,8 разів – atopічного дерматиту ($61,4 \pm 4,8\%$) в порівнянні з дітьми з ПБОС (відповідно: $28,4 \pm 2,2\%$ та $21,6 \pm 1,8\%$).

Отже, основними факторами ризику ранньої сенсibiliзації у дітей і ймовірності подальшого розвитку БА є недооцінка перебігу ante- і постнатального періодів та спадкового алергоанамнезу, раннє введення немодифікованого коров'ячого молока, часті ГРІ, atopічний дерматит, харчова алергія тощо. Недостатня обізнаність лікарів щодо ранніх ознак БА та сучасних методів специфічної алергодіагностики *in vitro*, які можна проводити при перших ознаках atopії незалежно від віку дитини, також сприяють гіподіагностиці БА. Разом з тим, формування груп ризику дітей по розвитку БА, усунення або пом'якшення факторів ризику сприятиме профілактиці хвороби або діагностиці на ранніх етапах формування БА. Це в свою чергу дозволить забезпечити і своєчасне лікування, і оптимальний контроль захворювання.

ВИПАДОК ЦИКЛІЧНОЇ НЕЙТРОПЕНІЇ В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА

Ярцева М.О., Гиря О.М.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Реформування галузі охорони здоров'я потребує розширення теоретичних знань та практичних навичок у спеціалістів сімейної медицини. Лікарі починають стикатися з рідкісними нозологічними формами, які не зустрічаються в рутинній роботі сімейного лікаря чи лікаря-педіатра-консультанта. Насамперед, це стосується спадкових аномалій, адже більшість спадкових синдромів діагностується тільки на основі характерної клінічної картини. Крім того, значна кількість спадкових синдромів проявляється характерними мікроаномаліями, що допомагають верифікувати діагноз, з якими лікарі первинної ланки надання медичної допомоги недостатньо знайомі. Існує, також, велика кількість мінімальних діагностичних ознак, на які лікарі, зазвичай, не звертають достатньої уваги. Одним з таких спадкових синдромів є синдром циклічної нейтропенії. Популяційна частота: менше 1:100000. Захворювання відноситься до рідкісних. Тип успадкування: ймовірно аутосомно-домінантний з високою пенетрантністю та варіабельною експресивністю. Виявлені мутації в гені еластази нейтрофілів у 19p13.3. Серед мінімальних діагностичних ознак – періодичне зниження нейтрофілів в периферійній крові. Клінічні прояви: захворювання маніфестує в дитинстві. Періодично спостерігаються напади лихоманки, поганого самопочуття, з'являються язви на слизовій ротової порожнини. Тривалість нападу 3-10 днів, період між нападами триває 21 день. Характерною є помірна спленомегалія. Під час нападів відмічається нейтропенія. Захворювання може ускладнюватися запальними ураженнями шкіри, бронхітами та пневмоніями, гінгівітом, періодонтитом, отитом, артралгією, діареєю, абдомінальним болем. Можливі анемія, тромбоцитопенія. Диференційний діагноз проводиться з вродженими імунodefіцитними станами.

Наводимо опис клінічного випадку циклічної нейтропенії у підлітка 17 років. Хлопець О., надійшов до гематологічного відділення обласної дитячої лікарні на обстеження зі скаргами на періодичні зміни в гемограмі у вигляді трипаросткової цитопенії. Хворіє на ГРВІ рідко, захворювання починаються з висипу та ерозування слизової порожнини рота, які він лікує полосканнями за допомогою трав'яних в'яжучих розчинів. Об'єктивно: стан ближче до задовільного, високий на зріст, худорлявий, на шкірі обличчя та тулуба – акне. Периферійні лімфовузли не збільшені. Органи дихання та кровообігу без змін. Пальпація живота безболісна, печінка та селезінка пальпаторно не збільшені. Фізіологічні відправлення без змін. За результатами обстеження: ознаки дефіцитної анемії, збільшення тимолової проби крові. Коагулограма, рефракція кров'яного згустку, час згортання крові, осмотична резистентність еритроцитів, аналізи сечі без змін. Імунограма – пригнічення кліткового імунітету. Скринінг на гепатити, кров на ВІЛ, реакція Васермана негативні. Комп'ютерна томографія органів грудної та брюшної порожнини – ознаки дифузних змін печінки, гепатоспленомегалія, опосередковані ознаки портальної гіпертензії. На ФEGДС – еритематозна гастропатія. Консультований кардіологом – ПМК 1ст, ДХЛШ; гастроентерологом – хронічний нодулярний неспецифічний гастрит; імунологом – імунodefіцит виключений; генетиком – циклічна нейтропенія, синдром недиференційованої сполучнотканинної дисплазії (марфаноподібний фенотип), вторинна кардіопатія. Рекомендовано молекулярно-генетичне підтвердження діагнозу.

Таким чином, наведений випадок закликає лікарів різних ланок мати певну генетичну настороженість щодо можливих проявів рідкісної спадкової патології з метою вчасного скерування пацієнтів для медико-генетичного консультування.