

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали X Конгресу педіатрів України
(6-8 жовтня 2014 року, м. Київ)

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

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the X Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 6-8th, 2014, Kiev)

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

Київ - 2014

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ ПРИ ГОСТРИХ БРОНХІТАХ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Абатуров О.Є., Русакова О.О.

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

За даними вітчизняних та закордонних авторів, розвиток бронхіальної обструкції при інфекційно-запальних захворюваннях нижніх дихальних шляхів реєструється у 30-50% дітей перших трьох років життя, і найбільш частою причиною цього стану є гострий обструктивний бронхіт (ГОб). Дослідниками також показано зростання значущості ГОб в структурі дитячої захворюваності протягом останніх років, в тому числі й за рахунок повторних випадків захворювання. Своєчасний прогноз тяжкого перебігу гострого бронхіту з розвитком бронхіальної обструкції та виявлення контингенту дітей, у яких існує загроза формування рекурентних форм ГОб, дозволить призначити раціональне лікування та організувати проведення профілактичних заходів.

Метою нашого дослідження було визначення клінічних, анамнестичних, імунологічних та молекулярно-генетичних показників, що є достовірно значущими для прогнозування розвитку бронхіальної обструкції при гострих бронхітах у дітей раннього віку та формування повторних ГОб у майбутньому.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 60 дітей віком від 6 міс. до 3 років з гострим бронхітом. Серед них ГОб з проявами дихальної недостатності I та II ступеня діагностовано у 45 дітей, гострий простий бронхіт (ГБ) - у 15 пацієнтів. При обстеженні всіх дітей застосовувались стандартні методи діагностики, що рекомендовані МОЗ України (наказ №18, 2005 р.), а також імунологічні (визначення вмісту γ -інтерферону (IFN- γ), інтерлейкінів (IL) 4 та 13 у сироватці крові) та молекулярно-генетичні (дослідження рівня експресії транскрипційного фактора NF- κ B у лімфоцитах периферійної крові) методи.

Результати дослідження. Проведений аналіз Вальду показав, що факторами високого ризику розвитку бронхіальної обструкції при гострому бронхіті у дітей раннього віку були нетривалий слабо виражений синдром інтоксикації (5,8), температура тіла до 37,7°C (7,5), вільне носове дихання (3,8), перенесені в анамнезі ГОб (5,4), концентрація IL-13 у сироватці крові на початку захворювання у межах 4,1-6,7 пг/мл (4,0), відносна кількість лімфоцитів, що експресують фактор транскрипції NF- κ B, менша за 49,8% (3,3). Також мали значення чоловіча стать дитини, вік батька молодше 28 років та старше 38 років, народження дитини від III-V вагітності, застосування антибіотиків під час вагітності, маса тіла при народженні нижче за 2187 г, синдром дезадаптації у ранньому неонатальному періоді, підвищення температури тіла після вакцинації, перинатальне пошкодження ЦНС, перенесені ГРВІ на першому році життя, стаціонарне лікування в анамнезі. Ризик розвитку ГОб був значно нижчим у дітей з температурою тіла вище 38,8°C (0,3), підвищенням ШОЕ понад 22 мм/год (0,2), концентрацією IFN- γ понад 9,8 пг/мл (0,5), IL-13 понад 6,7 пг/мл (0,4), рівнем експресії фактора транскрипції NF- κ B 0,9-1,4 Од (0,2) на початку захворювання та у дітей, народжених від вагітності, що перебігала на фоні гестозу I половини (0,4), анемії (0,3), ГРВІ (0,4). Вміст IL-13 від 6,2 до 8,4 пг/мл та IL-4 від 2,0 до 3,1 пг/мл у сироватці крові дітей-реконвалесцентів ГОб та відносна кількість лімфоцитів, що експресують фактор транскрипції NF- κ B, менша за 52,3% були факторами, які визначали високу вірогідність формування бронхіальної обструкції при гострому бронхіті у майбутньому (2,1, 4,8 та 1,8 відповідно).

Висновки. У дітей, у яких рівень концентрації IFN- γ та рівень експресії фактора транскрипції NF- κ B у періоді реконвалесценції дорівнював 7,9-15,7 пг/мл та 0,9-1,1 Од відповідно, ризик розвитку повторних ГОб був значно нижчим (0,3).

ЕФЕКТИВНІСТЬ КЛАРИТРОМІЦИНУ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

Агафонова О.О., Дєєв В.В., Петренко Л.Л.

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

Респіраторна патологія протягом тривалого часу займає перше місце в структурі дитячої захворюваності. Враховуючи розповсюдженість ГРЗ, найчастіше антибактеріальна терапія призначається саме при цій патології, що, за даними багатьох досліджень, веде до формування антибіотикорезистентності. Вибір антибіотика, зазвичай, залежить від наявності клінічних та епідеміологічних показань, що в свою чергу зумовлює необхідність постійного моніторингу етіологічної структури ГРЗ та чутливості збудників захворювань до антимікробних ліків. Згідно з принципами емпіричного вибору антибактеріальної терапії бета-лактами та макроліди – препарати, що найширше використовуються у педіатричній практиці. Між тим, за даними деяких авторів, існує ряд клінічних та імунологічних відмінностей перебігу ГРЗ в залежності від кількості захворювань, що реєструються у дитини протягом року. Це детермінує фармакологічну тактику ведення хворого і, зокрема, призначення антибактеріальної терапії.

Метою нашого дослідження був аналіз ефективності кларитроміцину (Клацид® 7,5 мг/кг 2 рази на добу, 5 днів), у 128 дітей віком 1-12 років, хворих на ГРЗ, в залежності від кількості ГРЗ протягом року. Аналіз вихідних даних проводився за допомогою програмного забезпечення EpiInfo 7.1.3.0 (CDC).

Результати. В результаті дослідження було отримано наступні дані. У всієї когорти досліджуваних дітей, незалежно від кількості ГРЗ/рік, провідну етіологічну роль відігравали такі збудники, як *S. Aureus* (65,6%), *H. Influenza* (17,7%), *S. Pyogenes* (14,9%). При цьому достовірних кореляційних зв'язків між статтю, віком та наявністю того чи іншого збудника знайдено не було. Етіологічна структура захворювань у дітей із високою частотою попередніх ГРЗ на рік характеризувалась переважанням *S. Aureus* OR=1,49 (CI=95%; OR=1,44-1,52). Враховуючи чутливість збудника до антимікробної терапії, препаратом вибору був кларитроміцин (Клацид®), дія якого призвела до ерадикації патогену у 96,2%. Кларитроміцин продемонстрував високу терапевтичну ефективність та знизив відносні ризики щодо відстроченої індукції позитивної динаміки захворювання (RRR=0,21, $p>0.05$) та пізньої редукції клінічних синдромів (RRR=0,39, $p<0.05$). Слід зауважити, що не було встановлено достовірної кореляційної залежності між ерадикаційною активністю препарату та його клінічною ефективністю, що може свідчити про те, що терапевтична дія кларитроміцину полягає не тільки в межах впливу на збудника захворювання.

Безпечність препарату оцінювали за шкалою від 1 до 5 балів, рівень переносимості склав в середньому 3,98 бала. Слід зауважити, що 7 дітей були виключені з дослідження внаслідок можливої алергічної реакції (шкірний висип). Не було зафіксовано випадків антибіотику асоційованої діареї та реакцій, що загрожували життю дитини.

Висновки. Таким чином, кларитроміцин є препаратом вибору при лікуванні ГРЗ у дітей, особливо тих, що хворіють частіше, ніж 4 рази на рік та мають бактеріальну етіологію захворювання. Препарат має високий профіль безпеки та терапевтичної ефективності у дітей різних вікових груп, що зумовлюється не тільки високою антибактеріальною активністю щодо широкого спектру збудників, але й наявністю імуномодуляторних та протизапальних властивостей.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ ТА ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

Антипкін Ю.Г.

Державна установа «Інститут ПАГ НАМН України», м. Київ

У процесі постійної оптимізації системи охорони здоров'я великої уваги потребує розв'язання найбільш актуальних проблем, які стосуються здоров'я дітей України. В умовах впровадження сімейної медицини, центральна роль в медичній допомозі дітям залишається за педіатром у співпраці з лікарями загальної практики та сімейної медицини.

Серед причин смертності та інвалідності дітей в Україні одне з перших місць посідають природжені вади розвитку. Для вирішення проблеми їх своєчасної діагностики та хірургічної корекції, потрібен подальший розвиток в державі фетальної і неонатальної хірургії, удосконалення статистики цих вад, створення Всеукраїнського науково-практичного центру фетальної і неонатальної хірургії на базі ДУ «Інститут ПАГ НАМН України», де можливо забезпечити надання високоспеціалізованої хірургічної допомоги таким новонародженим з перших хвилин життя.

Впровадження високих технологій виходжування новонароджених в Україні шляхом створення перинатальних центрів сприяло виживанню глибоко недоношених дітей, що потребує розробки системи їх подальшої реабілітації та моніторингу фізичного і психічного розвитку. Для цього перспективним є створення в державі системи катamnестичного спостереження таких дітей в амбулаторно-поліклінічних умовах з впровадженням програм раннього втручання, індивідуалізованого сімейного плану лікування та заходів медико-соціальної реабілітації.

Для вирішення проблеми ранньої діагностики та своєчасного лікування рідкісних орфанних захворювань і аутистичних розладів, поширеність котрих серед дитячого населення як в Україні, так і в світі зростає, необхідно удосконалити організацію надання медичної допомоги немовлятам за участю дитячих неврологів, генетиків, психіатрів та психологів із забезпеченням можливості проведення лабораторно-інструментальних обстежень, що відповідають світовим стандартам.

Перспективним є подальше впровадження в Україні стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку на первинному рівні надання медичної допомоги дітям перших 5 років життя. Ця стратегія дозволяє своєчасно виявляти проблеми здоров'я дітей раннього віку, правильно надавати їм необхідну допомогу, зменшувати частоту необґрунтованих госпіталізацій. Така методика може бути ефективно використаною як лікарями, так і середнім медичним персоналом, що особливо актуально для сільської місцевості з обмеженою наявністю лікарів.

Для зменшення частоти хронічної інвалідизуючої соматичної патології необхідно забезпечити на базі дитячих високоспеціалізованих діагностично-лікувальних центрів третього рівня можливість надання сучасної високотехнологічної діагностики та медичної допомоги. Необхідно продовжити роботу по удосконаленню національних протоколів діагностики та лікування таких захворювань з урахуванням досягнень доказової медицини та світових стандартів.

У збереженні здоров'я дітей в Україні провідна роль належить профілактичним заходам, які потребують свого комплексного та широко-масштабного впровадження, а також покращенню санаторної допомоги та створенню багатопрофільних дитячих реабілітаційних центрів.

Потребують удосконалення питання організації диспансерного нагляду, забезпечення якісного харчування дітей, екологічного контролю оточуючого середовища з боку влади і суспільства, створення умов для гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей.

ЭФЕКТИВНОСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СУБЛІНГВАЛЬНОЇ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ, ПОЄДНАНОЮ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

**Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманець Т.Р., Степанова Л.С., Кондратенкова Т.В.,
Матвєєва С.Ю. Смірнова О.А., Радченко Н.О., Толкач С.І.**

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

В останні роки зростає значення алерген-специфічної імунотерапії (АСІТ) в лікуванні atopічних захворювань, серед методів якої сублінгвальний в дитячому віці найбільш прийнятний.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування сублінгвальної АСІТ у дітей з БА, поєднаною з АР.

Матеріали і методи. Обстежено 68 дітей віком від 6 до 14 років з БА контрольованого перебігу, поєднаною з АР, які обумовлені кліщовою сенсibiliзацією.

Діти методом рандомізації були розподілені на 2 групи: основну (38 дітей) та контрольну (30 дітей). Діти основної групи на фоні базисної терапії отримували сублінгвальну АСІТ сумішшю кліщів («Sevarpharma» Чехія), а діти контрольної групи лише базисну фармакотерапію. Моніторинг спостереження склав 1 рік.

Результати дослідження. Критерієм ефективності проведеного лікування було досягнення контролю над симптомами БА та АР. Проведеними нами дослідженнями встановлено, що у дітей основної групи досягнуто повний рівень контролю над симптомами БА у 79%, АР - у 69% хворих. Не відмічалось системних реакцій при застосуванні сублінгвальної АСІТ, а локальні прояви мали легкий характер у 18% дітей. У дітей контрольної групи протягом року реєструвалися загострення БА, які були обумовлені зниженням комплаєнсу лікування та експозицією хатнього пилу у 90% хворих.

Висновки. Таким чином, на підставі проведених досліджень встановлено позитивний вплив сублінгвальної АСІТ на перебіг БА та АР у дітей з кліщовою сенсibiliзацією. Відсутність побічних ефектів при застосуванні сублінгвальної АСІТ дозволяє рекомендувати даний метод для широкого застосування в алергологічній практиці.

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ III-IV СТЕПЕНИ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Антонюк И.В., Петрушина А.Д.

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень

За период 2008 - 2013 гг. в Тюменской области (Россия) отмечается снижение летальности в группе детей с экстремально низкой массой тела с 65% до 40%, а в группе детей с очень низкой массой тела – с 12% до 8%. При этом, в структуре заболеваемости у детей с массой тела менее 1250 г остается неизменной частота развития внутрижелудочковых кровоизлияний 3-4 степени – 5-7%.

Цель. настоящей работы - изучить ante-, intra- и постнатальные факторы риска, влияющие на развитие внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) III-IV степени у глубоконедоношенных детей, родившихся в Тюменской области в 2008-2013 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 90 историй развития новорожденных с экстремально и очень низкой массой тела при рождении за 2008-2012 гг. Пациентов разделили на 2 группы: 30 новорожденных с ВЖК III-IV степени (1-я группа); 60 новорожденных без ВЖК III-IV степени (2-я группа – группа сравнения). Оценивались достоверно значимые факторы риска развития ВЖК III-IV ст. Достоверность различий оценивали с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Новорожденные 1-й группы имели меньший гестационный возраст $27,4 \pm 2,2$ недель и меньший вес 1060 ± 160 г, новорожденные 2-й группы в среднем были на 1 неделю более зрелыми $28,5 \pm 2,5$ недель и имели больший вес при рождении $1218,8 \pm 1,8$ г. Социальные факторы: матери детей 1-й группы чаще имели статус «одинокая» 46,7%, против 13% у детей 2-й группы. Только 36,7% матерей 1-й группы имели среднее специальное или высшее образование, против 80% матерей 2-й группы. Одинаково часто встречался во всех исследуемых группах отягощенный акушерский анамнез матерей, но выявлена более высокая частота инфекций мочевыделительной системы и воспалительных заболеваний гениталий у матерей 1-й группы (60%), по сравнению с матерями 2-й группы (6,7%), высокая частота развития анемии во время беременности у матерей 1-й группы (63%), против 30% у матерей 2-й группы, увеличение частоты ОРВИ во время беременности до 60% у матерей 1-й группы, против 16% во 2-й группе. Преждевременный разрыв плодных оболочек, развитие хориоамнионита, преэклампсия тяжелой степени, преждевременная отслойка плаценты, отсутствие или неполный курс пренатальной профилактики РДС достоверно чаще встречались у матерей 1-й группы.

У пациентов 1-й группы достоверно чаще встречалась низкая оценка по Апгар (1-3 балла) в 30% случаев, против 10% во 2-й группе, более частое развитие генерализованных форм врожденных инфекций – в 63,3%, против 28,3%. В 93% у детей 1-й группы ранний неонатальный период осложнился декомпенсированным шоком и метаболическим ацидозом с применением высокой волемической нагрузки и натрия гидрокарбоната, ранними гемо- и плазмотрансфузиями, тяжелыми дыхательными нарушениями, сохранением высоких параметров вентиляции, несмотря на применение сурфактант-терапии, что в сочетании с гемодинамически значимым артериальным протоком привело к ухудшению мозговой гемодинамики и формированию ВЖК III-IV ст. на 3-7 сутки жизни.

Выводы. Таким образом, ВЖК III-IV степени у глубоко недоношенных детей являются мультифакториальным заболеванием, предотвращение которого требует соблюдения четких акушерских и неонатальных протоколов.

ЧАСТОТА ГЕНОТИПОВ eNOS ЗА ЕОЗИНОФИЛЬНОГО ТА НЕЕОЗИНОФИЛЬНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМИ У ДТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВІКУ

Безруков Л.О., Іванова Л.А., Білоус Т.М., Ортеменка Є.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета дослідження: вивчити частоту мутацій eNOS у дітей, хворих на бронхіальну астму з еозинофілним та неоеозинофілним характером запалення дихальних шляхів.

Матеріали і методи. Для досягнення мети роботи обстежено 160 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які отримували стаціонарне лікування в Обласній дитячій клінічній лікарні м. Чернівці. Клінічні групи сформували за кількістю еозинофілів у мокротинні хворих згідно з класифікацією P. Haldar та I. Pavord (2007): до еозинофільного фенотипу БА відносили пацієнтів з кількістю еозинофілів у мокротинні 3% та більше (I група, 84 дитини), а до неоеозинофільного – дітей із кількістю еозинофілів у мокротинні менше 3% (II група, 76 пацієнтів), за основними клінічними характеристиками групи порівняння були співставимі.

Загальну геномну ДНК виділяли з периферійної крові, для генотипування ендотеліальної NOS за одонуклеотидною заміною G894T (Glu298→Asp) отримані продукти полімеразно-ланцюгової реакції (очікувана довжина 250 нп) обробляли рестриктазою Eco24 I (=BamI). При цьому за наявності алелю G дикого типу рестриктаза розщеплювала ПЛР-продукт на два фрагменти довжиною 90 та 160 нп, а за наявності мутантного алелю T ПЛР - продукт залишався нерозщепленим. Одержані результати дослідження аналізували з використанням непараметричних методів.

Дослідження проведене з урахуванням основних положень GCP ICH та Хельсінської декларації щодо біомедичних досліджень, у яких людина виступає їх об'єктом.

Результати досліджень. Виявлено, що у пацієнтів із еозинофілним характером запалення дихальних шляхів генотип GG eNOS траплявся у 40,9% пацієнтів (53,8% випадків у II групі, $p > 0,05$), генотип GT eNOS – також у 40,9% дітей (38,5% представників II групи, $p > 0,05$), генотип TT eNOS – у 18,2% дітей (7,7% пацієнтів II групи, $p < 0,05$). Наведені дані дають підстави вважати, що GG генотип виявився дещо характернішим для хворих з неоеозинофілним субтипом запалення бронхів, а гетеро- (GT) – для дітей I групи. Гомозиготна мутація (TT) даного гена частіше визначалась у дітей I групи.

Висновки. У дітей із еозинофілним фенотипом бронхіальної астми порівняно із пацієнтами з неоеозинофілним фенотипом захворювання частіше трапляється мутація гена eNOS.

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В И С У ДЕТЕЙ

Березенко В.С., Царева Е.В.

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

Цель работы. Изучить особенности течения хронических вирусных гепатитов В и С у детей с учетом этиологического фактора, активности гепатита, длительности заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клинико-параclinical исследование 98 детей с хроническими гепатитами С (ХГС) и В (ХГВ) в возрасте 3-18 лет. Из них 48% ($n = 47$) детей ХГС и 52% ($n = 51$) с ХГВ. Среди больных с ХГВ преобладали мальчики – 62,75% против 37,25% ($p < 0,05$), количество мальчиков и девочек больных с ХГС было практически одинаковым – 55,3% и 44,7% ($p < 0,05$). Анализ течения ХГВ проводился с учетом активности гепатита (оценка по уровню трансаминаз: минимальная активность при повышении до 1,5-2 норм, низкая – до 3-5 норм, умеренная – до 9 норм, высокая – выше 9 норм), генотипа вируса гепатита С, штамма вируса гепатита В, длительности заболевания (до 5 лет, 5-10 лет, более 10 лет), выраженности фиброза (УЗИ и индекс APRI).

Значение показателя индекса APRI $> 1,0$ оценивалось как высокая вероятность наличия продвинутого фиброза ($> F2$ по METAVIR).

Результаты исследования. ХГВ характеризовался малосимптомным течением. Выраженность клинических симптомов и синдромов ХГВ определялась активностью заболевания, наличием осложняющих синдромов или симптомов и сопутствующими заболеваниями. В клинической картине ХГВ преобладали астеновегетативный и диспептический синдромы (чаще при малой и умеренной активности). Незначительная гепатомегалия отмечалась у 75% у детей с активным гепатитом и длительностью заболевания более 5 лет. ХГВ без клинико-лабораторных признаков диагностирован у 21% детей. В отличие от ХГВ клиническое течение ХГС характеризуется преобладанием минимально активного (47%) и неактивного (27,7%) гепатита, со скудной клинической симптоматикой. 1 в генотип диагностирован у 61,7% детей, 3а – у 32%, у 6,3% больных генотип не определен. 55% детей имели HBeAg + ХГВ («дикий» штамм вируса) и 45% – HBeAg – ХГВ (мутантный штамм вируса). Выявлена прямая связь (коэффициент Спирмена) между частотой рецидивов, 1 генотипом вируса С и продвинутой стадией фиброза печени (по индексу APRI). Показатель индекса APRI увеличивался в зависимости от длительности заболевания (при ХГВ – $R = 0,39$, $p < 0,05$, при ХГС – $R = 0,26$, $p < 0,05$). Также выявлена связь между активностью гепатита и индексом APRI (ХГВ – $R = 0,26$, $p < 0,05$; ХГС – $R = 0,27$, $p < 0,05$). Связь между возрастом ребенка с APRI имеет обратную связь слабой силы (при ХГВ – $R = -0,20$, $p < 0,05$, при ХГС – $R = -0,08$). У детей, больных ХГВ с «диким» штаммом вируса, показатель индекса APRI был несколько меньше, чем у детей с мутантным штаммом вируса и составлял $Me\ 0,6\ [0,45 - 1,0]$ и $Me\ 0,85\ [0,53 - 1,1]$ соответственно, $p > 0,05$.

Выводы. Таким образом, ХГВ характеризуется скудной клинической симптоматикой с преобладанием астеновегетативного и диспептического синдромов и минимальной активностью гепатита. Прогрессирование заболевания определяется активностью гепатита, генотипом и штаммом вируса и длительностью заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИЛ-28В У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В И С

Березенко В.С., Царева Е.В.

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

Цель: Изучить особенности полиморфизма гена ИЛ-28В у детей с хроническим гепатитом С (ХГС) и хроническим гепатитом В (ХГВ)

Материалы и методы. Обследованы 47 детей с ХГС и 51 – с ХГВ в возрасте 3 – 18 лет. Методом генотипирования (модифицированный метод «примыкающих проб», выявляющий однонуклеотидные замены в генах) проводилось определение полиморфизма (SNP) rs12979860 (генотипы человека CC, CT и TT) и rs8099917 (TT, TG и GG) гена ИЛ-28В.

Результаты исследования. У детей с ХГС исследование SNP в гене ИЛ-28В (rs 12979860) показало, что аллель CC имели 14 больных (30%), CT – 25 (53%) и TT – 17% детей, а SNP TT ИЛ-28В rs8099917 выявлено у 30 детей с ХГС (63%), TG – у 14 (30%), а GG – у 3 детей (6,4%).

У детей с ХГВ SNP CC ИЛ-28В rs 12979860 встречалось в 49% ($n = 24$), CT – 43% ($n = 21$), TT – 8% ($n = 4$), а SNP TT ИЛ-28В rs8099917 выявлено у – 67% ($n = 33$), TG – у 27% ($n = 13$), а GG – у 6,0% ($n = 13$).

Выводы. Таким образом, генотип CC встречается у каждого второго ребенка с ХГВ. Наиболее редко встречающимся вариантом полиморфизма гена ИЛ 28В (rs 12979860, rs8099917) являются TT и GG как у детей с ХГС, так и с ХГВ.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ДІТЕЙ З ІЗОЛЬОВАНОЮ ГІПЕРФЕРИТИНЕМІЄЮ

Березенко В.С.¹, Мостовенко В.С.², Диба М.Б.¹

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

² Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

Мета. Вивчити особливості перебігу ХГС у дітей з ізольованою гіперферитинемією.

Матеріали і методи. У 95 дітей віком 3-17 років досліджено функціональний стан печінки, показники обміну заліза в сироватці крові (залізо сироватки, феритин, трансферин, коефіцієнт насичення трансферину залізом), генотип HCV. 20 пацієнтам з ХГС проведено біопсію печінки з визначенням Fe3+ за методикою Перлса.

Результати обстеження. Ізольовану гіперферитинемію (ІГ) (кількість феритину в сироватці крові вище вікової норми) виявлено у 34 (36%) обстежених хворих. Середній вміст феритину в сироватці крові у дітей з ІГ складав $78,2\ [57,0 - 101,0]$ нг/мл ($Me\ [UQ - LQ]$), а в групі хворих на ХГС дітей з нормальним рівнем феритину – $35,5\ [25,6 - 43,1]$ нг/мл, ($p < 0,01$). За віком та тривалістю захворювання групи дітей з ІГ та нормальними показниками обміну заліза не відрізнялися. Так, середній вік хворих з ІГ становив $13\ [8,0 - 15,0]$ років, без ІГ – $11,0\ [8,0 - 16,0]$, $p > 0,05$; тривалість захворювання в групі дітей з ІГ складала $53\ [31,0 - 98,5]$ міс, у дітей без ІГ – $78,0\ [42,0 - 108,0]$ міс. відповідно, $p > 0,05$. Також групи дітей не відрізнялись і за кількістю хворих, які мали 3 генотип HCV – 10 (29%) дітей з ІГ та 6 (17,6%) дітей без ІГ,

$p > 0,05$. В групі дітей з ІГ мали місце вищі показники АЛТ в сироватці крові на відміну від хворих з нормальним рівнем феритину - 69 [45,0 - 119,0] та 43,0 [33,0 - 61,0] МО/мл відповідно, $p < 0,01$. За результатами гістологічного дослідження біоптату печінки відкладення заліза в тканині печінки в незначній кількості 1,4 [0,8-2] виявлено у 3 (75%) з 4-х обстежених хворих з ІГ, при цьому активність запального процесу у них була низькою (індекс гістологічної активності по Knodell становив 6,8 [3 - 8] балів), а виразний фіброз (стадія $> F2 - F3$ по METAVIR) мав місце лише у одній (25%) дитині. Біопсію печінки у хворих без порушень обміну заліза не проводили.

Висновки. Порушення обміну заліза, яке характеризується ізольованою гіперферитинемією, мало місце у 1/3 дітей, хворих на ХГС. З найбільшою ймовірністю активний запальний процес в печінці у даного контингенту хворих є причиною підвищення рівня феритину як «гострофазового» білка. Однак виявлене у 75% відкладення заліза в печінці та встановлена у 25% дітей стадія фіброзу F2 - F3 виключає, що ІГ є, можливо, ранньою ознакою формування синдрому перевантаження залізом.

ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ З ПЕРСИСТУЮЧОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Беш Л.В., Мацюра О.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів
Львівський міський дитячий алергологічний центр Комунальної міської дитячої клінічної лікарні, м. Львів

Актуальність. Стрімке зростання частоти бронхіальної астми (БА) у дітей протягом останніх років викликає серйозне занепокоєння. Особливе зацікавлення сьогодні викликає вивчення психологічного та психоемоційного статусу у підлітків з БА, адже у цій віковій групі важливим є розуміння емоційного фактора у виникненні та прогресуванні соматичного розладу та навпаки, виникнення розладів психоемоційної сфери як відповідь на хронічне захворювання.

Поширеність психічних розладів у загальнопедіатричній мережі, за даними деяких авторів, коливається від 4 до 45% і далі продовжує зростати. Це пов'язано з низкою факторів, які не можуть не відобразитися на дітях – урбанізація, зміни темпу та способу життя, зростання соціального напруження, воєнні конфлікти.

Мета дослідження полягала у вивченні психологічних особливостей у підлітків з персистуючою бронхіальною астмою.

Матеріали дослідження. Об'єктом дослідження була група із 40 дітей (22 дівчат та 18 хлопців; $p > 0,05$) віком від 15 до 17 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в Львівському міському дитячому алергологічному центрі Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова з приводу загострення персистуючої бронхіальної астми в період вересень – грудень 2013 року.

Методи дослідження:

1. Детальний збір анамнестичних даних на підставі спеціально розробленої анкети.
2. Ретроспективне вивчення медичної документації стосовно перебігу захворювання.
3. Об'єктивне загальноклінічне обстеження.
4. Оцінка функції органів зовнішнього дихання шляхом проведення комп'ютерної спірометрії.
5. Експериментально-психологічні методики:
 - Ленінградський опитувальник Бехтерівського інституту;
 - дитячий опитувальник неврозів В. В. Седнеєва (Методика «ДОН»);
 - методика для визначення самооцінки Дембо-Рубінштейна у модифікації А. М. Прихожан;
 - особистісний опитувальник соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда.

Висновки:

1. У 64% підлітків, хворих на БА, у ролі тригера виступають психо-емоційні навантаження.
2. Загострення БА у підлітків є ризиком розвитку порушення поведінки, порушення сну, вегетативних розладів, при цьому переважає тривожний та анозогностичний тип реагування на ситуацію.
3. 46% підлітків з БА мають порушену самооцінку.
4. Порушення соціально-психологічної адаптації зустрічається переважно у вигляді неадекватного самосприйняття та емоційного дискомфорту.

СЕЗОННА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ: ПОГЛЯД КРІЗЬ ПРИЗМУ ЧАСУ

Беш Л.В., Новікевич С.З., Задворна О.І., Олійник Л.Ю.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Протягом останніх років значно зросла частота реєстрації сезонних алергічних захворювань у дітей, основною причиною яких є сенсibilізація організму до пилку рослин. Незважаючи на те, що пилкова сенсibilізація не впливає на тривалість життя чи показ-

ники смертності дитячого населення, однак вона часто стає причиною розвитку алергічних захворювань (риніту, кон'юнктивіту, бронхіальної астми, atopічного дерматиту) і суттєво погіршує якість життя дітей. Сучасний стан вивчення проблем пилкової сенсibilізації у дітей диктує потребу обговорення багатьох її аспектів. Зокрема, існують лише поодинокі дослідження, які проводили тривалий аналіз динаміки її структури в різних регіонах нашої країни. Викладена вище ситуація визначила актуальність і мету нашого дослідження.

Мета дослідження: вивчення динаміки структури пилкової сенсibilізації у дітей Львівської області протягом 22-річного (з 1990 по 2011 р. включно) спостереження за результатами специфічного алерготестування.

Матеріали і методи. Дослідження проводилися на базі Львівського міського дитячого алергологічного центру і двох дитячих поліклінічних відділень м. Львова. Проаналізовані результати алергологічного обстеження 2865 дітей віком від 5 до 18 років. Алергологічне обстеження включало збір анамнестичних даних і проведення специфічного алерготестування із пилковими алергенами.

Результати дослідження. Проведені дослідження дозволили встановити, що спектр пилкової сенсibilізації протягом періоду спостереження помітно змінився. Зокрема, збільшилася частота реєстрації сенсibilізації до таких рослин, як полин та амброзія, що підтверджується збільшенням питомої ваги звернень пацієнтів з симптомами полінозу у другій половині літа та восени. Саме на цей період припадає пилкування деяких злакових, а також лободових та айстрових. Серед них особливу стурбованість викликає амброзія, пилки якої є одним з найагресивніших в плані розвитку алергії. За результатами специфічного алерготестування протягом двадцятидвохрічного періоду спостереження встановлено помітне зростання частоти реєстрації гіперчутливості до алергенів амброзії, хоча вона традиційно не вважалася рослиною, яка спричиняє поліноз серед дітей Західного регіону України. За результатами досліджень, які ми провели, частота виявлення гіперсенсibilізації дітей до амброзії у 1990 році становила 6,7%, а в 2011 році уже 12,7%. Протягом останніх років багатьма дослідниками доведений також високий сенсibilізаційний потенціал пилки полину. За нашими даними, у 1990 році у Львові та області кількість дітей, чутливих до полину, становила 15%, а у 2011 році їх кількість зросла до 18,9%. Найчастішою причиною полінозу у дітей Львівської області були: з групи дерев – береза, вільха; з групи злакових і лугових трав – тимофіївка, лісохвіст, грястиця та райграс; з групи складноцвітних - полин. Спостерігається помітна тенденція зниження рівня чутливості у дітей до пилки кукурудзи, циклохени. Відносно незмінним залишається поріг чутливості до жита, соняшника, вільхи.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження дозволили виявити суттєві зміни якісного і кількісного плану у структурі пилкової сенсibilізації дітей протягом 22-річного періоду спостереження. Серйозне занепокоєння викликає зростання реєстрації підвищеної чутливості до пилки амброзії та полину, сенсibilізаційний потенціал яких є надзвичайно високим.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЕОЗИНОФІЛІВ КРОВІ У ВСТАНОВЛЕННІ ФЕНОТИПУ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.

Белашова О.В., Марусик У.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Враховуючи дискусійність та суперечливість питання формування фенотипу тяжкої бронхіальної астми (БА) в дітей, а також думку багатьох науковців стосовно того, що звільнення медіаторів алергічного запалення провідними прозапальними клітинами – еозинофілами крові – відіграє вирішальну роль у розвитку БА, вважалось доцільним проаналізувати зміни метаболічної активності еозинофільних гранулоцитів та встановити їх діагностичне значення у верифікації фенотипу тяжкого перебігу БА у дітей.

Мета роботи – вивчення діагностичної цінності показників метаболічної активності еозинофілів крові у верифікації фенотипу тяжкої БА в дітей для оптимізації індивідуалізованого адресного лікування.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети сформовано дві клінічні групи. Першу (I, основну) групу сформували 29 дітей із фенотипом тяжкої БА, до другої (II, порівняння) клінічної групи увійшло 26 пацієнтів із БА середнього ступеня тяжкості. Ступінь тяжкості визначали згідно з чинними рекомендаціями міжнародної педіатричної групи GINA. За основними характеристиками групи були зіставлювані. Внутрішньоклітинний вміст еозинофільних катіонних білків (ЕКБ, у.о.) визначали за методом В.Е. Пігаревського, пероксидази (ЕП, у.о.) – за методом Грехема – Кнолля. Робота виконана згідно з вимогами до рандомізованого порівняльного дослідження у паралельних групах за методом "дослід-контроль".

Результати дослідження. Отримані результати аналізували за допомогою методів біостатистики і клінічної епідеміології. У представників обох груп спостереження не виявлено суттєвої різниці за показниками середнього вмісту еозинофільних катіонних білків та рівня активності пероксидази. Так, у хворих основної групи внутрішньоклітинний вміст ЕКБ та рівень активності ЕП сягали $0,17 \pm 0,03$ у.о. та $1,29 \pm 0,2$ у.о. відповідно, а у дітей групи порівняння – $0,26 \pm 0,05$ у.о. та $1,44 \pm 0,12$ у.о. ($P > 0,05$). Незважаючи на відсутність вірогідної різниці за середніми значеннями, у хворих I групи внутрішньоклітинний вміст ЕКБ був у 1,5 раза меншим, ніж у пацієнтів групи порівняння. Виходячи з наведених вище даних, вважалось доцільним визначити діагностичну цінність такого показника, як внутрішньоклітинний вміст еозинофільних катіонних протеїнів менше 0,15 у.о. для верифікації фенотипу тяжкої БА у дітей. Так, чутливість даного

параклінічного тесту становила - 75%, специфічність - 64%, позитивна та негативна передбачувана цінність - 67,5% та 72%, відносний ризик наявності фенотипу тяжкої БА при реєстрації зазначеного показника метаболічної активності еозинофілів крові становив 5,3 [2,9-9,8], співвідношення шансів - 2,4 [1,8-3,2], атрибутивний ризик - 0,4.

Висновки. Таким чином, при розвитку фенотипу тяжкої БА у дітей зменшується вміст внутрішньоклітинних медіаторів алергічного запалення, ймовірно, через деструкцію ацидофільних гранул. Ці результати, на нашу думку, повинні оптимізувати ефективність клінічно-параклінічної діагностики даного фенотипу БА у дітей. У випадках недосягнення контролю над захворюванням за допомогою запропонованого тесту стає можливим виокремлення хворих із фенотипом тяжкої астми.

ОЗНАКИ ФОРМУВАННЯ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ ПІДЛІТКІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ МІОКАРДА

Богмат Л.Ф., Ніконова В.В., Ахназарянц Е.Л., Толмачова С.Р., Рак Л.І., Головка Т.А.

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

Мета дослідження: встановити ознаки формування діастолічної дисфункції лівого шлуночка у підлітків із патологією міокарда.

Матеріали і методи: проведено комплексне обстеження 41 підлітка з патологією міокарда у віці 13-18 років. Вивчення морфофункціональних параметрів серця проведено за допомогою ультразвукового дослідження в «М» і «В» режимах за допомогою датчика 3,5 мГц на апараті «Sonoline - SL1», фірми «Siemens» за стандартною методикою. Функцію діастолі ЛШ вивчали в імпульсному доплерівському режимі з картуванням трансмітрального потоку з верхівкового доступу чотирьохкамерного серця. Для встановлення типу діастолічної дисфункції (ДД) проводилася проба з ізометричним навантаженням. За результатами цієї проби підлітки були розподілені в три підгрупи відповідно до показника співвідношення Е/А.

Результати: У першу підгрупу увійшли особи, у яких співвідношення Е/А було менше 1,5 у.о., у другу - підлітки, у яких Е/А знаходилося в межах 1,5 - 2 у.о. і в третю - у яких Е/А було більше 2 у.о. У підлітків першої підгрупи на тлі ізометричного навантаження (ІН) відбувається, перш за все, достовірне збільшення ІVRT і DT, істотне зниження хвилі Е ($p < 0,01$), приріст хвилі А ($p < 0,01$) і, відповідно, зниження співвідношення Е/А ($p < 0,05$), що свідчить про перший тип порушень діастолічної функції (першої фази) - сповільненої релаксації ЛШ. При оцінці параметрів серця і загальної гемодинаміки у відповідь на ізометричне навантаження встановлено достовірне розширення порожнини лівого передсердя (ЛП) ($p < 0,01$) і тенденцію до змін показників загальної гемодинаміки з формуванням гіпокінетичного варіанту кровообігу. У другій підгрупі, на тлі проведення проби з ІН, виявлено лише тенденцію до збільшення ($p < 0,1$) DT, показники ІVRT не змінювалися. Відзначено також тенденцію до зниження швидкості наповнення ЛШ в першу фазу ($p < 0,1$) і достовірний приріст швидкості наповнення в другу фазу ($p < 0,01$) і, як наслідок, незначне зниження співвідношення Е/А ($p < 0,1$), що підтверджує формування у них ознак II типу діастолічної дисфункції ЛШ, т.з. псевдонормалізація. У відповідь на ІН у підлітків даної підгрупи відбувається деяке збільшення показників як УО ($p < 0,1$), так ЗПСО ($p < 0,1$), що зберігає нормальні співвідношення центральної і периферичної ланок гемодинаміки, але при цьому відзначається достовірне збільшення розмірів лівого передсердя ($p < 0,05$). У третій підгрупі підлітків з ПМ на тлі ІН відзначено тенденцію до збільшення ІVRT, достовірне збільшення ($p < 0,01$) DT, зниження як піку Е, так і піку А, що сприяло підвищенню співвідношення Е/А більше 2,0 у.о. ($p < 0,01$). Аналіз параметрів серця у досліджуваних даної групи показав збільшення діаметра лівого передсердя на тлі ІН ($p < 0,01$), що є доказом порушення діастолічної функції ЛШ серця. Співвідношення центральної та периферичної ланок гемодинаміки свідчать про формування гіперкінетичного варіанту.

Висновки. Таким чином, у підлітків з патологією міокарда, у відповідь на ізометричне навантаження, встановлено три типи порушень діастолічної функції лівого шлуночка залежно від співвідношення Е/А. Встановлено також розширення порожнини лівого передсердя, що можна розцінити як одну з клінічних ознак формування діастолічної дисфункції лівого шлуночка серця. Найбільш виражені прояви порушення діастолічного наповнення лівого шлуночка виявлено у підлітків третьої групи.

КОМОРБІДНІСТЬ ПРИ ПОЛІАРТИКУЛЯРНИХ ВАРІАНТАХ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ В ПІДЛІТКІВ

Богмат Л.Ф., Шевченко Н.С., Дем'яненко М.В.

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

Дослідження останніх років показали, що при ревматоїдному артриті внаслідок каскаду імунікомплексних реакцій відбувається розвиток системного ураження ендотелію судин, що служить причиною не тільки клінічних проявів основного процесу, але й веде до поразки життєво важливих органів і систем, розвитку метаболічних порушень, у тому числі в ліпідному спектрі крові і в системі гемостазу. Їх нашарування на основний процес обумовлює виникнення коморбідних станів, що ще більшою мірою обтяжує перебіг захворювання, погіршує його прогноз, ускладнює відповідь на проведену терапію, знижує якість життя таких пацієнтів.

Метою дослідження було вивчення характеру змін стану внутрішніх органів (серце, нирки, печінка) в дітей із поліартикулярними варіантами ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА).

Матеріали і методи. Було обстежено 118 пацієнтів із ЮРА, що знаходились в клініці кардіоревматологічного відділення інституту протягом 2011-2013 років. Переважно більшість склали особи жіночої статі (78 дівчат, 40 хлопців, відповідно 66,1% та 33,9%). На момент дослідження вік хворих дорівнював $10,27 \pm 0,39$ рокам, середня тривалість захворювання – $132,35 \pm 5,26$ місяцям. Поліартикулярність ураження суглобового апарату підтверджувалась високим числом уражених суглобів, яке досягало $6,04 \pm 0,30$. Усі підлітки із ЮРА отримували базисну та протизапальну терапію. Лікування метотрексатом проводилось у 95,7% пацієнтів, комбінована терапія метотрексатом із сульфасалазином – у 15,3%, призначення метілпреднізолону відбувалось у 19,5%, в тому числі у вигляді «пульс»- терапії – у 5,1% хворих.

У рамках обстеження підліткам із ЮРА проводилось дослідження функціонального стану серцево-судинної системи (ЕКГ, ультразвукове дослідження серця, вимірювання артеріального тиску), визначення рівнів клубочкової фільтрації, креатиніну, вмісту холестерину та β -ліпопротеїдів, активності АЛТ і АСТ у сироватці крові.

Результати дослідження. Встановлено, що зміни на ЕКГ в підлітків із ЮРА у 65,3% були представлені порушеннями процесів реполяризації міокарда. Серед ультразвукових параметрів відмічено розширення серцевих порожнин (1,9%) та зниження скорочувальної здатності серця (4,2%). Відхилення артеріального тиску були відсутні.

Значно частіше виявлялись метаболічні порушення. Зростання вмісту холестерину відбувалось у 12,8%, а β -ліпопротеїдів – у 41,7% обстежених підлітків. Збільшення рівнів печінкових ферментів зустрічалось в поодиноких випадках: АЛТ – у 2,6 %, АСТ – у 1,3 %.

Незважаючи на те, що ЮРА у обстежених підлітків був суглобовий варіант захворювання, у хворих досить часто констатувались відхилення функціонального стану нирок. Майже кожен п'ятий пацієнт мав зміни фільтраційної здатності нирок (19,2%) як у бік зниження величини клубочкової фільтрації (10,9%), так і в бік її надвисоких значень - гіперфільтрації (8,3%). Протеїнурія була присутньою у 2,6% обстежених пацієнтів, підвищення рівнів креатиніну сироватки крові – у 1,9%.

Висновки. Таким чином, у дітей підліткового віку із поліартикулярним варіантом ЮРА в процесі розвитку захворювання формуються зміни з боку внутрішніх органів. Це потребує включення в терапевтичний комплекс для таких хворих медичних засобів з метою протекції життєво важливих органів і систем, підтримання їх функціонування.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

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

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

З метою оптимізації підходів до діагностики тяжкої бронхіальної астми (БА) в дітей шкільного віку на підставі поєданого вивчення медичних (клініко-параклінічних) та психологічних особливостей пацієнта та його сім'ї, методом простої випадкової вибірки створена група зі 62 школярів, хворих на БА.

Матеріали і методи. Першу клінічну групу сформували 32 дітей із тяжким перебігом БА, а до групи порівняння увійшли 30 дітей із середньо-тяжким фенотипом захворювання. За основними клінічними характеристиками групи порівняння були співставимі. БА діагностували в дітей основної групи в середньому у віці $6,2 \pm 0,6$ роки проти $7,4 \pm 0,7$ року серед пацієнтів групи порівняння ($p > 0,05$).

Результати дослідження. У родин пацієнтів із тяжкою БА частіше відмічали надмірну емоційну дистанцію в стосунках матері та дитини, проблемні аспекти у ставленні матері до сімейної ролі, надмірну концентрацію на дитині. У дітей із тяжкою БА відмічено тенденцію до більш вираженої особистісної тривожності, що була предиктором гіршої відповіді на тримісячну базисну терапію адекватними дозами інгаляційних глюкокортикостероїдів за даними кінцевого ОФВ1, а також більш виражених проявів шкільної тривожності, які знаходились у прямій кореляційній залежності із показниками лабільності бронхів. Середні значення балів за Торонтською алекситимічною шкалою в дітей із тяжкою та середньотяжкою БА між собою не різнились, однак істотно перевищували норматив та знаходились у кореляційній залежності із гіршою налаштованістю щодо дотримання вимог базисної терапії пацієнтом. За тяжкої БА в пацієнтів дещо частіше відмічали дифузний тип реакцій на хворобу, тобто три та більше варіанти (майже у половини проти кожного четвертого в групі порівняння), та майже з однаковою частотою – чистий та змішаний типи реагування (відповідно у кожного п'ятого та третього пацієнта основної клінічної групи та кожного третього і другого хворого групи порівняння відповідно). Вірогідно частіше в пацієнтів із тяжкою БА відмічали неврастенічний та дещо частіше – сенситивний тип реагування на хворобу.

Висновки. Отже, тяжкий варіант перебігу БА в пацієнтів шкільного віку частіше асоціював із наступними індивідуально-сімейними психологічними характеристиками: досягнення діагностично значущого порогу (більше 45 балів) особистісної тривожності за методикою Спілберґера-Ханіна, оптимальний емоційний контакт із дитиною за методикою PARI - менше 17 балів, та виявлення неврастенічного та / або сенситивного типів ставлення до захворювання при тестуванні за методикою ЛОБИ.

ОПТИМІЗАЦІЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ПОВТОРНИМИ БАКТЕРІАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ГРВІ

Больбот Ю.К., Бордій Т.А., Чабанюк О.В., Карпенко А.В.

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

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) є актуальною проблемою медицини дитячого віку насамперед через їх високу розповсюдженість. При цьому частина дітей є схильною до рецидивуючих бактеріальних ускладнень ГРВІ. На нинішній час у світі етіологічна структура ускладнень ГРВІ з боку ЛОР-органів вивчена досить докладно та розроблені чіткі стандарти антибіотикотерапії, але чутливість збудників до антибактеріальних препаратів у дітей, які схильні до повторних бактеріальних ускладнень ГРВІ та отримують через це множинні курси антибіотикотерапії, може відрізнятись. Тому метою дослідження стало вивчення структури та оцінка чутливості патогенів до антибіотиків при повторних бактеріальних ускладненнях ГРВІ у дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 104 дітей віком від 3 до 18 років з ГРВІ, що ускладнилась розвитком гострого середнього отиту (ГСО) або гострого риносинуситу (ГРС). ГСО спостерігався у 35,3%, ГРС – у 64,7% дітей. I групу дослідження склали 64 дитини з частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ 2 та менше випадків протягом останнього року, II – 40 дітей з частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ 3 та більше епізоди за рік. Проведено бактеріологічне дослідження згідно з прийнятими в Україні стандартами (наказ МОЗ України № 167 від 5.04.2007 р.).

Результати дослідження. У обстежених дітей при ГСО збудник виділений у 61,5% випадків, при ГРС – у 65,8% випадків. В структурі патогенів при ГСО переважав *S. pneumoniae* (56,0%), ГРС – *St. aureus* (32,7%) та *H. influenzae* (30,0%). *S. pneumoniae* при ГРС зустрічався у 25,0% випадків. Частота виділення *H. influenzae* як причинно-значущого збудника при ГСО склала 27,6%, *M. catarrhalis* – 10,3%, *St. aureus* – 5,6%. *H. parainfluenzae* виділена у 6,6% випадків ГСО та 17,3% випадків ГРС.

У II групі в якості збудника вірогідно частіше виділявся *St. aureus* порівняно з I групою (45,0% проти 28,1% відповідно, $p < 0,01$), і вірогідно рідше – *S. pneumoniae* (15,0% проти 31,3%, $p < 0,01$). Істотних відмінностей в частоті виділення *M. catarrhalis* та *H. parainfluenzae* виявлено не було (3,1% та 6,3% в I групі, 5,0% та 5,0% в II групі відповідно, $p > 0,05$). Мікст-інфекції мали 37,5% дітей I групи дослідження та 45% дітей II групи дослідження ($p > 0,05$). При поєднаних інфекціях в якості ко-агента в I групі дітей найбільш часто зустрічалась *H. influenzae*, а в II – *St. aureus*.

S. pneumoniae та *H. influenzae*, виділені у хворих, виявились високочутливими до амінопеніцилінів та цефалоспоринів. Нами відмічені вірогідні відмінності між групами дослідження в чутливості до ампіциліну *S. pneumoniae* (97,1% виділених штамів в I групі проти 88,2% в II групі, $p < 0,05$) та *St. aureus* (91,7% проти 86,7% виділених штамів в I та II групах дослідження відповідно, $p < 0,05$). Всі виділені агенти були чутливі до захищених амінопеніцилінів та цефалоспоринів I, II та III генерації незалежно від попередньої частоти бактеріальних ускладнень у дитини.

Висновки. Таким чином, у дітей з повторними бактеріальними ускладненнями ГРВІ в якості збудників вірогідно частіше зустрічаються агенти, типові для хронічних процесів (золотистий стафілокок), і рідше – патогени, типові для гострих захворювань (пневмокок), що може свідчити про наявність хронічних вогнищ інфекції у таких дітей. Застосування амоксициліну в якості стартової емпіричної антибактеріальної терапії для лікування бактеріальних ускладнень ГРВІ є перспективним та обґрунтованим незалежно від частоти їх попереднього виникнення.

КЛІНІКО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕТІОЛОГІЇ ХРОНІЧНОЇ ВОГНИЩЕВОЇ ІНФЕКЦІЇ РОТО- ТА НОСОГЛОТКИ НА СТРУКТУРУ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЯ

Борисенко М.І., Чайковський Ю.Б., Бережний В.В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Для розробки ефективних методів профілактики та лікування ревматичних та серцево-судинних захворювань є актуальним визначення чинників, що обумовили за останні роки зміну її структури та механізмів реалізації їх пошкоджуючої дії.

Дані літератури, а також результати власних клінічних досліджень свідчать про те, що хронічна вогнищева інфекція лімфо-епітеліального глоткового кільця (ЛЕГК) є частою патологією в дітей. Найбільшу питому вагу в її етіології займає стафілококова та стрептококова інфекція, причому з кінця минулого століття домінуюче місце почала займати стафілококова інфекція.

Мета. Результати клінічного дослідження обумовили вивчення в експерименті наявності зв'язку між етіологією хронічної вогнищевої інфекції ЛЕГК та характером ураження серця в дітей, можливих шляхів реалізації пошкоджуючої дії стафілококової інфекції.

Матеріали та методи. Експеримент проводився на 46 кроликах породи шиншила масою 2-3 кг. Хронічне вогнище інфекції моделювалося шляхом проведення чотирьох циклів з проміжками 5, 2,5 і 1 місяць втирань у слизову оболонку ЛЕГК 34 кроликів добової культури золотистого стафілокока (перший експеримент) і у 12 - гемолітичного стрептокока (другий експеримент), які були виділені у дітей із хронічним тонзилітом. Шматочки серця, печінки та жовчного міхура, селезінки, підщелепних лімфатичних вузлів, надниркових залоз, блукаючого нерва готувалися для морфологічного та електронно-мікроскопічного дослідження за загально прийнятими методиками. Також проведено дослідження в препаратах активності ряду окислювально-відновних ферментів: СДГ-ази, НАД-Н-дегідрогенази, ЛДГ-ази та АТФ-ази.

Результати дослідження. У першому експерименті після першого циклу втирань (ПЦВ) у міокарді тварин виявлено помірно виражені явища білкової дистрофії на тлі дисциркуляторних порушень у капілярному руслі. Ці процеси супроводжувалися деяким порушенням метаболічних процесів, про що свідчить нерівномірний розподіл білково-вуглеводних сполук і зрушення ферментативної активності кардіоміоцитів. З тривалістю експерименту вираженість змін в міокарді наростала. Результати морфологічного дослідження органів імунної та гепато-біліарної систем, блукаючого нерва, надниркових залоз експериментальних тварин свідчать про те, що уже в ранні терміни експерименту виникають зрушення в їх структурі, що позначається на їх функціональному стані.

Після ПЦВ у кроликів з другого експерименту визначалося більш значне повнокрів'я судин, часто – набряк строми міокарда. Після другого циклу під зараження (ЦП) білкова та жирова дистрофії захоплювали більшу, ніж у першому експерименті, кількість кардіоміоцитів. Після третього ЦП спостерігався некробіоз частини цих клітин. У цей термін у деяких тварин констатовалася лімфо-гістіоцитарна інфільтрація проміжної тканини. При хронічній вогнищевій інфекції ЛЕГК різної етіології суттєві зміни з боку ендо- і перикарду не виникали.

Висновки: 1. Результати клінічного та експериментального досліджень свідчать про те, що однією з причин зміни структури захворювань серця є зміни в етіології хронічної вогнищевій інфекції рото- та носоглотки.

2. Стафілококова етіологія хронічної вогнищевій інфекції ЛЕГК має менш виражену пошкоджуючу дію на міокард порівняно із стрептоковою етіологією хронічної вогнищевій інфекції ЛЕГК.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ КОРЕКЦІЇ ЗРУШЕНЬ В ІМУННІЙ СИСТЕМІ ТА ЛІПІДНОМУ ОБМІНІ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ В ДІТЕЙ

Борисенко М. І.

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

За результатами власних експериментальних і клінічних досліджень застосування різних варіантів імунотерапії без корекції зрушень у ліпідному обміні при лікуванні хронічного запалення слизової оболонки гастродуоденальної зони має виражений позитивний вплив на зворотню динаміку клінічних проявів захворювання, суттєве зниження числа рецидивів, подовження тривалості ремісії, але не наступало повної нормалізації показників імунітету.

Метою даного дослідження стало патогенетичне обґрунтування поєднаного застосування корекції зрушень в імунній системі та ліпідному обміні в комплексному лікуванні хронічного запалення слизової оболонки гастродуоденальної зони дітей та вивчення в клініці його ефективності.

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження 691 хворого віком від 7 до 15 років з хронічним гастродуоденітом (ХГД) в стадії загострення. Рецидивуючий перебіг ХГД мав місце у 71,5% хворих. Супутні захворювання: біліарної системи діагностовано у 94,75%, підшлункової залози - у 42,82%, товстої кишки – у 38,11%, дисбактеріоз кишечника - у 76,81% хворих. До і після лікування проводилося в клініці імунологічне обстеження та дослідження стану ліпідного обміну хворих. До лікування у хворих виявлено достовірні зрушення показників імунітету, неспецифічних факторів захисту, функціональної активності імунокомпетентних клітин і метаболічних процесів в їх різних структурних елементах. Хворих було поділено на 6 груп: I (контрольна) – 170 дітей з ХГД, отримувала загальноприйняте комплексне лікування без імунокорекції; II (група порівняння) - 127 хворих з ХГД, проводилась імуномодуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу; III (група порівняння) - 129 хворих з ХГД, проводилась імуномодуляція клітинної та гуморальної ланок імунітету; IV (група порівняння) - 121 хворий з ХГД, проводилась імуномодуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу і клітинного та гуморального імунітету, V (група порівняння) - 26 хворих з ХГД, проводилась корекція ліпідного обміну; VI (основна група) - 118 хворих з ХГД, проводилась поєднана імуномодуляція клітинного та гуморального імунітету, місцевого імунітету з корекцією ліпідного обміну. Хворі II, III, IV, V та VI груп також отримували і базисну терапію аналогічну дітям I групи.

Результати дослідження. У хворих основної групи результати клінічних досліджень свідчать про те, що імуномодуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу менше впливає на нормалізацію зрушень у клітинному та гуморальному імунітеті, а імуномодуляція клітинного та гуморального імунітету – відповідно на нормалізацію зрушень у місцевому імунітеті шлунка та дванадцяти-

палої кишки. Застосування корекції ліпідного обміну в комплексному лікуванні ХГД сприяло зворотній динаміці клінічних проявів і не вплинуло на тривалість ремісії. Поєднана імуномодуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу і клітинного та гуморального імунітету із корекцією зрушень у ліпідному обміні мала найбільший позитивний вплив на зворотню динаміку клінічних проявів ХГД, заживлення ерозій, тривалість ремісії, нормалізацію показників імунної системи, зменшила кількість рецидивів у 2,6 раза. Катамнестичне спостереження за хворими впродовж 2 років не виявило прогресування патологічного процесу в гастродуоденальній зоні в жодного хворого.

Висновки. Таким чином, поєднане застосування імуномодуляції з корекцією зрушень у ліпідному обміні є перспективним напрямком у лікуванні корекції зрушень в імунній системі.

ВЛИЯНИЕ ГЕРПЕСВИРУСОВ НА СИСТЕМУ ЦИТОКИНОВ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Буряк В.Н., Сергиенко А.С.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк

Цель. Установлено, что генерализация инфекционного процесса обуславливается, прежде всего, нарушением иммунорегуляторных процессов на уровне дифференцировки Т-лимфоцитов. Последнее, в частности, проявляется изменением соотношения Th1/Th2 типа. В результате развивается дисбаланс продукции цитокинов, ведущий, в свою очередь, к нарушениям имеющихся в иммунной системе физиологических взаимосвязей.

Материалы и методы. Обследовано 108 детей с менингитом и менингококцемией, а также 30 практически здоровых детей аналогичного возраста, составивших группу контроля. Выявление герпесвирусов I-II типов, CMV, EBV осуществлялось на основании маркерной диагностики с определением специфических антител в сыворотке крови, а также генетического материала вирусов в слюне. Исследование цитокинового статуса включало определение IL-1,2,4,6,8,10, TNF- α , IFN- γ .

Результаты обследования. У больных с менингитом в равном количестве, составившем 10,4% случаев отмечалась ассоциация с активными HSV I-II и CMV инфекциями, у остальных пациентов – не наблюдалось сочетания с исследуемыми герпесвирусами. Менингококцемия у всех обследованных ассоциировалась с герпесвирусами, при этом чаще (23,3% случаев) с EBV и в 46,7% наблюдений – с комбинацией EBV и HSV I-II типов. Средний уровень IL-1 и IL-2 во всех анализируемых подгруппах обследованных достоверно ($p < 0,05$) превышал таковой в контрольной группе, при этом наибольшие их значения регистрировались у лиц с менингитом без вирусной ассоциации. Отметим статистически значимо ($p < 0,05$) низкие показатели IL-2 во всех подгруппах больных с менингококцемией по сравнению с лицами с менингитом. Следует сказать, что только средние значения IL-4 у пациентов с менингитом достоверно ($p < 0,05$) превышали таковые в контрольной группе, при этом статистически значимо ($p < 0,05$) низкое его содержание наблюдалось у всех больных с менингококцемией в сравнении со всеми обследованными с менингитом. Средний уровень IL-6 и IL-8 во всех подгруппах пациентов достоверно ($p < 0,05$) превышал таковой в контрольной группе. При этом статистически значимо ($p < 0,05$) низкие показатели данных цитокинов наблюдались у лиц с менингококцемией в сочетании с EBV и комбинации EBV и HSV I-II типов в сравнении с остальными подгруппами больных с менингококцемией, а также пациентов с менингитом и HSV. Следует заметить, что среднее значение IL-10 у детей с менингитом без вирусной ассоциации было наибольшим и достоверно ($p < 0,05$) превышало таковое в контрольной группе и в остальных группах обследованных. Средний уровень TNF- α во всех подгруппах пациентов достоверно ($p < 0,05$) был выше по сравнению с контрольной группой. Обсуждая среднее значение IFN- γ отметим, статистически значимое ($p < 0,05$) её превышение у лиц с менингитом без вирусной ассоциации по сравнению со всеми подгруппами больных и контрольной. При этом во всех подгруппах обследованных с вирусным сочетанием регистрировались достоверно ($p < 0,05$) низкие средние значения данного цитокина по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Таким образом, менингококцемия во всех случаях сочеталась с герпесвирусами, чаще с комбинацией EBV и HSV I-II типов. Выявлены более низкие показатели исследуемых цитокинов у лиц с менингококцемией, а особенно в сочетании с EBV и с комбинацией EBV и HSV.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ШКІРИ ТА ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ АТОПІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Павлик О.В.

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

Провідне значення в дисфункції шкірного бар'єру як причинного фактора розвитку atopічного дерматиту (АД) мають мутації в гені філаггріна (FLG). Зниження експресії філаггріна часто спостерігається навіть у шкірі хворих на АД, у яких не виявлені FLG нуль-мутації. У зв'язку з цим було продемонстровано, що варіанти повторів в гені філаггріна, а також нуклеотидні поліморфізми можуть робити внесок у ризик АД з дозозалежним ефектом. Алергени, в тому числі інгаляційні, мікробні агенти і токсини легко проникають через зруйнований бар'єр шкіри, викликаючи запалення, що призводить до активації фосфоліпази А2 та звільнення поліненасичених жирних кислот, котрі є субстратом для ліпоксигенази і циклооксигенази, а також медіаторів запалення, таких як простагландин PGF₂, лейкотрієн В4.

Шкіра може запускати імунологічні процеси автономно, при цьому виділяють: стимулюючу активність, індуковану клітинами Лангерганса, які після впливу різних алергенів сприяють алерген-специфічній проліферації Т-клітин і їх диференціації в цитотоксичні лімфоцити, реактивні проти алерген-модифікованих сингенних клітин епідермісу; модулюючу активність, відповідальну за кінцеву реакцію та за імунну толерантність шкіри. Антитіла і комплемент дифундують у периваскулярних шарах шкіри і таким чином можуть досягати епідермісу, так як базальна мембрана не є перешкодою для цієї дифузії. Імуногістологічне дослідження надало докази того, що моноцити, макрофаги і багатоядерні нейтрофіли однаковою мірою в змозі проникнути в епідерміс під впливом хемотаксичних факторів, деякі з яких є епідермальними походження.

Типи клітин шкірної імунної системи, які в центрі уваги досліджень, є тучні клітини, Т-лімфоцити, клітини Лангерганса та кератиноцити. Нормальна шкіра містить 8,000 тучних клітин/мм³; однак при atopічному дерматиті їх щільність складає 20,000 - 40,000 клітин/мм. Тучні клітини походять з кісткового мозку від CD34 + мієлоїдних попередників, диференціюються в зрілі клітини та мігрують до ділянок шкіри, через ендотеліальні венули в лімфатичних вузлах, а також до ендотелію капілярів і лімфатичних судин поверхневої дерми, під впливом хемоаттрактантів і молекул адгезії, а саме CD62L рецептора CD34. Таким чином, тучні клітини беруть участь в IgE-опосередкованих реакціях гіперчутливості, тому часто експресовані в шкірі, що було відмічено в епідермісі пацієнтів з АД, а також в епітелії слизової оболонки кишківника.

У шкірі тучні клітини виділяють гістамін у відповідь на полімери L-аргінин і L-лізин, або нейропептиди, такі як субстанція Р, вазоактивний інтестинальний пептид, соматостатин і найрізноманітніші неімунні подразники. Ефект гістаміну поширюється на еозинофільні катіонні білки, два з яких, основний протеїн і еозинофільна пероксидаза, здатні пригнічувати субстанцію Р-опосередковане вивільнення гістаміну. Шкірні базофіли також вивільняють інтерлейкіни, в тому числі фактор некрозу пухлини TNF – зв'язаний FcεR1 протягом 10 хвилин після стимуляції IgE. Отже, пряма активація базофілів молекулами IgE і незалежними шляхами CD40-CD154/CD40L з експресією метакроматичних клітин і еозинофілів, синтезом IL-4, логічно, бере участь у посиленні і поширенні Th2-відповіді.

Таким чином, при складанні програм подальших наукових досліджень задля досягнення прогресу в профілактиці та лікуванні atopічних захворювань у дітей необхідно враховувати зазначений вище взаємозв'язок шкіри та імунної системи.

ЗНАЧЕННЯ АУТОСОМНОГО ТА ПРОТЕАСОМНОГО ПРОТЕОЛІЗУ В ПАТОГЕНЕЗІ АТОПІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Ємець О.В.

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

Останнім часом науковці у пошуках нових методів лікування atopічних захворювань все частіше звертаються до вивчення механізмів антигенпрезентації та формування зміненої Th2-поляризованої імунної відповіді. Так, на сьогодні активно вивчаються процеси аутофагії та протеасомного протеолізу, від функціонування яких власне і залежить структура антигенів, що презентується імунним клітинам, а також секреція певних цитокінів.

Аутофагія, що на початку визначалася як процес розщеплення протеїнів в умовах голодування для забезпечення основних потреб клітини, як було нещодавно доведено, бере участь у функціонуванні як природного, так і набутого імунітету. До функції системи аутофагії належить елімінація патогенів, модуляція розпізнавання патогенів, контроль розвитку Т і В клітин, а також «нарізка» і доставка антигенів до МНС II для подальшої їх презентації (Oh J.E., 2012, Randow F., 2012).

Припущення щодо значення зміненого аутофагічного процесу в патогенезі atopічних хвороб підтверджується наступними фактами: Th2 поляризовані клітини мають вищий рівень аутофагічної активності, Th1 і Th2 – орієнтовані цитокіни мають різний вплив на активність аутофагії – IFN-γ збільшує, а IL-4 та IL-13, навпаки, її пригнічують.

Крім того, встановлений позитивний взаємозв'язок між нуклеотидним поліморфізмом в гені, що кодує один із структурних білків аутофагосоми та розвитком бронхіальної астми (Jyothula S.S., 2013). Активність аутофагії також відіграє роль у дегрануляції тучних клітин (Nakano H., 2011).

Обробка і доставка антигенів до МНС I типу забезпечується протеасомальним протеолізом. Так, в тимусі цю функцію виконують тимопротеасоми, забезпечуючи позитивну селекцію тимоцитів, на периферії - імунопротеасоми, дозрівання яких відбувається під впливом IFN- γ (Tanaka K., 2013). Протеасомальний протеоліз також має важливе значення в активації NF- κ B, і, таким чином, у секреції різних цитокінів, в тому числі і Th-2 орієнтованих (Edwards M.R. та ін., 2009). Протеасомна система, окрім цього, відповідає за деградацію інгібіторів MAPK-фосфопроєїнів, які беруть участь у секреції прозапальних цитокінів (Moutzouris J.P., 2010).

Обидві системи протеолізу мають між собою зв'язок: спільні мішені (протеїни можуть деградуватися різними шляхами залежно від рівня організації структури), спільні адапторні молекули p62, RBN1 тощо. Крім того, у випадку зниження функції однієї з систем інша компенсаторно збільшує свою активність (Lilenbaum A., 2013).

Отже, подальший науковий пошук у цьому напрямку є вкрай важливим для вивчення патогенезу atopії, що, в свою чергу, дозволить розробити новітні підходи до лікування, а також ранньої діагностики і прогнозування тяжкості перебігу зазначених захворювань в дитячому віці.

ПРІОРИТЕТНІ ЗАВДАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ НЕОНАТОЛОГІЇ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА»

Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Печура Н.С., Логінова І.О., Шевцова Т.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
Київський міський пологовий будинок № 6, м. Київ

Вимога покращення якості охорони здоров'я дітей України передбачає подальше вдосконалення медичної допомоги новонародженим із застосуванням оптимальної організації, науково обгрунтованої клінічної практики, високоефективних медичних технологій. Відповідно до політики ВООЗ в Європейському регіоні, мета якої - повна реалізація людьми їх потенціалу здоров'я, вкрай важливим є завдання щодо «здорового старту життя». Орієнтація системи охорони здоров'я на первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини вимагає від вищих медичних навчальних закладів суттєвого покращення підготовки з неонатології фахівця освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» за базовою спеціальністю «лікувальна справа», якому присвоюється кваліфікація «лікар».

В процесі удосконалення шляхів реформування вищої медичної освіти в Україні згідно з європейськими стандартами впроваджено кредитно-модульну систему організації навчального процесу. Слід підкреслити важливість під час вивчення модуля «Неонатологія» надання особливої уваги саме тим патологічним станам, що мають найбільшу медико-соціальну значущість з огляду на їх поширеність та наслідки, зокрема щодо інвалідизації. Так, під час навчання на 5 курсі студенти зі спеціальності «Лікувальна справа» докладно вивчають асфіксію новонародженого, пологові травми, хвороби органів дихання, гемолітичну та геморагічну хвороби, TORCH та бактеріальні інфекції. На 6 курсі основна увага приділяється диференційній діагностиці жовтяниць та диспансерному спостереженню за дітьми з перинатальною патологією центральної нервової системи в умовах поліклініки. Курс за вибором «Актуальні питання неонатології» для студентів 6 курсу ґрунтується на матеріалі, котрий стосується диференціальної діагностики найбільш поширених в неонатальній практиці патологічних синдромів у новонароджених.

Однією з клінічних баз кафедри педіатрії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця є Київський міський пологовий будинок № 6. Під час занять студенти знайомляться з сучасними стандартами ведення новонароджених дітей, практичним впровадженням відповідних наказів МОЗ України. Велика увага приділяється основним методам інтенсивної терапії та сучасним аспектам виходжування, лікування та реабілітації передчасно народжених дітей. Це вимагає постійної розробки нового науково-методичного забезпечення викладання неонатології, урізноманітнення форм та змісту самостійної роботи студента, вдосконалення її організації та розробки сучасних засобів контролю знань.

В цілому, метою додипломної підготовки майбутніх сімейних лікарів з неонатології має бути професійна компетенція, яка включає відповідні знання, навички та вміння, що необхідні при роботі зі здоровими та хворими новонародженими. Крім того, ця підготовка повинна бути базою для вдосконалення зазначених вмінь на післядипломному етапі професійної підготовки лікаря.

ШЛЯХИ ТА РІВНІ ПРОФІЛАКТИКИ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Волосовець О.П., Врублевська С.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Ми пропонуємо ввести до практики алергологів, педіатрів, сімейних лікарів три рівні заходів з профілактики формування алергії у дітей, запропоновані експертами ВООЗ і Всесвітньої організації алергії, доповнені використанням принципів епігенетичного підходу до проблеми.

Процеси метилювання ДНК та деацетилювання гістонів здатні тимчасово «виключати» гени, які відповідають за формування atopічних захворювань. Доведено спроможність деяких продуктів при постійному тривалому використанні та змінах у режимі життя активувати процеси метилювання («виключення») генів, які детермінують IgE-обумовлені захворювання.

Первинна антенатальна профілактика повинна використовуватися для тих вагітних жінок, які мають алергічні прояви, або тих, які завагітніли від чоловіків із ускладненнями в алергічному анамнезі і повинна включати: дотримання гіпоалергенної дієти, уникнення професійних шкідливостей; виключення тютюнопаління та вживання алкогольних напоїв, інших шкідливих звичок; обмеження застосування фармакологічних засобів; зниження рівня експозиції екзогенними алергенами; уникнення вірусних і бактеріальних інфекцій; лікування ускладнень вагітності, супутніх алергічних та інших соматичних хвороб. Ми пропонуємо список продуктів та ліків, які повинні бути обмежені, та перелік продуктів, які повинні бути виключені з раціону харчування вагітної жінки та наводимо приклад «піраміди» збалансованого харчування з приблизним добовим дозуванням продуктів, вітамінів, мікроелементів згідно з наказом МОЗ України №417 від 05.07.2011 та враховуючи принципи епігенетичного підходу.

Прояви алергії реєструються в періоді новонародженості у 13,2% малюків. Найчастіше, за результатами специфічної алергодіагностики *in vitro*, харчову сенсibiliзацію у новонароджених спричиняють коров'яче молоко (50%), мандарини (21,4%), риба (17,9%), куряче яйце (10,7%), гречана (7,1%) та рисова (7,1%) крупи, апельсини (7,1%). Тому первинна постнатальна профілактика алергії у дитини з ускладненнями в алергічному анамнезі повинна включати: формування харчової толерантності шляхом організації грудного вигодовування, використання адаптованих частково гідролізованих сумішей; заборони вживання дитиною коров'ячого молока та сумішей із сої; відмови від раннього (до 6-місячного віку) введення прикорму; нехарчові елімінаційні заходи (обмеження ранніх контактів дитини з домашніми, промисловими, інфекційними та іншими агентами й алергенами).

Засоби вторинної профілактики: з раціону дітей, яким встановлено діагноз «алергія до харчового білка», а також з раціону матерів, котрі годують їх грудним молоком, виключити білки, які викликають алергічну реакцію, при штучному вигодовуванні - використовувати харчовальні суміші на основі «екстенсивних» білкових гідролізатів. Не слід застосовувати дієтичні продукти, які вироблені на основі нерозщеплених білків, що містяться у молоці тварин інших видів (наприклад, у козиному чи овечому), а також частково гідролізовані харчові суміші. Дітям із ентеропатією і мальабсорбцією призначаються суміші на основі гідролізатів, безлактозні, які містять тригліцериди із середньоланцюговими жирними кислотами. Не рекомендується починати лікування харчової алергії у дітей з використання суміші на основі соєвого білка.

Третинна профілактика проводиться вже за наявності розвиненого алергічного захворювання у будь-якому віці; вона включає усунення алергенів і неспецифічних тригерів, а також протизапальну базисну терапію (стабілізатори мембран мастоцитів, алергенспецифічну імунотерапію).

ВРОДЖЕНА ІМУННА ВІДПОВІДЬ НА ІНФЕКЦІЮ *H. PYLORI* У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Герасименко О.М.

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

Вроджена імунна система використовує еволюційно сформовані механізми, що відрізняються відносною постійністю, завдяки чому вона здатна негайно реагувати на широкий спектр мікроорганізмів, що надходять, і може розглядатися як перша лінія захисту і контролю над інвазією патогена. Неспецифічні механізми вродженої імунної відповіді на інфекцію *H. pylori*, що лежать в молекулярній основі запалення і морфологічних змін епітеліоцитів слизової оболонки (СОШ), насамперед, є експресія генів Toll- та NOD-подібних (TLR4 та NLRC1/NOD1) рецепторів, а також сигнальних шляхів, що призводять до активації факторів транскрипції, зокрема ядерного фактора κB (NF-κB).

Метою дослідження було вивчення ролі TLR4, NLRC1/NOD1 та NF-κB в розвитку запалення СОШ у дітей, хворих на хронічні запальні *H. pylori*-асоційовані гастроудоденальні захворювання.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 128 дітей віком від 7 до 17 років з хронічними захворюваннями гастроудоденального відділу травного тракту в стадії загострення, які були розділені на дві групи: перша (основна) група 70 (54,7%) пацієнтів

інфікованих *H.pylori*, друга (порівняння) – 58 (45,3%) дітей, у яких *H.pylori* був відсутнім. Молекулярно-генетичні методи дослідження виконувались в НДІ Генетичних та імунних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «УМСА», м. Полтава: полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) в реальному часі використовувалась для визначення експресії в біоптаті СОШ генів TLR4 та NLRC1/NOD1; точна цитофлуориметрія - для визначення експресії NF-κB CD40+ клітинами периферичної крові.

Результати дослідження. Проаналізовано особливості експресії TLR4, NLRC1/NOD1 в біоптаті СОШ і ядерного фактора NF-κB у лімфоцитах периферичної крові пацієнтів залежно від інфікування *H.pylori*. Показано, що у дітей, інфікованих *H.pylori*, на відміну від пацієнтів, захворювання яких не було пов'язане з інфікуванням *H.pylori*, відзначається підвищення рівня експресії як гена TLR4, так і гена NLRC1/NOD1 ($P=0,01$) в біоптаті СОШ при зниженні активності експресії ядерного фактора NF-κB в лімфоцитах ($P=0,01$). За допомогою кореляційного аналізу виявлено прямий взаємозв'язок між експресією генів NLRC1/NOD1 і TLR4 в біоптаті СОШ пацієнтів з хелікобактерною інфекцією ($r=0,36$), у пацієнтів, не інфікованих *H.pylori*, такий взаємозв'язок був практично відсутнім ($r=0,14$).

Нами встановлено, що у дітей високий рівень експресії як гена TLR4 (рівень активності 1,9-2,8 од.), так і гена NLRC1/NOD1 (рівень активності $\geq 4,2$ од.) в біоптаті СОШ асоційований з ризиком розвитку ускладненого перебігу хронічної гастродуоденальної патології. Відносний ризик склав 2,6 та 3,8; діагностичний коефіцієнт - 4,2 та 5,8 відповідно). Зареєстрований нами достовірно нижчий рівень експресії NF-κB у лімфоцитах периферичної крові пацієнтів, інфікованих *H.pylori*, ніж у дітей, не інфікованих *H.pylori*, при, згідно з даними ендоскопічного дослідження, візуально порівнянним ступенем запального ураження СОШ. Цілоком ймовірно, активність NF-κB інгібується деякими чинниками *H.pylori*, зокрема, протеїнами CagA CagA(+) штамів *H.pylori*, які, пригнічуючи надлишкове запалення, сприяють персистенції збудника.

Висновки. Таким чином, у пацієнтів, інфікованих *H.pylori*, відзначається підвищення рівня експресії як гена TLR4, так і гена NLRC1/NOD1 в біоптаті СОШ при зниженні активності експресії ядерного фактора NF-κB в лімфоцитах, на відміну від дітей, захворювання яких не пов'язане з інфікуванням *H.pylori*.

БІОЛОГІЧНІ, ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Гнатейко О.З., Личковська О.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Патологію гастродуоденальної зони (ГДЗ) відносять до мультифакторної, тобто її формування відбувається під впливом біологічних (спадковість, перенесені захворювання, стан імунної, нейроендокринної систем), психоемоційних (особливості особистості, психологічні травми, стреси) та психосоціальних (для дітей – перш за все сімейних) факторів. Згідно з сучасною біопсихосоціальною моделлю медицини (Engel G. L., 1997), завданням клініциста є виділення у пацієнта тієї групи взаємопов'язаних факторів, дію яких можна змінити, призначивши комплексну терапію, яка принесе найкращий ефект при найменших шкоді та затратах.

Для аналізу значимості окремих чинників у виникненні різних нозологічних форм патології ГДЗ обстежено 128 дітей віком 6-11 років та використано метод багатфакторного аналізу, який дає можливість виявити зв'язки одночасно між кількома різними ознаками. До уваги бралися фактори, котрі виявили достовірний кореляційний зв'язок з формуванням гастродуоденальної патології.

За результатами дослідження при деструктивних формах гастродуоденальної патології 6 факторів пояснювали сумарно 81,7% варіативності, при цьому провідний вплив мали біологічні чинники, зокрема генетичні (носіїство алеля HLA DQA1*0301), інфікованість *H.pylori*, зниження протекторних властивостей слизової оболонки (СО). При гастриті/гастродуоденіті 8 факторів склали 73,8% варіативності, домінували за значимістю психоемоційні та психосоціальні чинники, протекторні генетичні фактори (носіїство алеля HLA DQA1*0201 та DQA1*0102). На формування функціональної диспепсії (ФД) найбільш вагомий вплив мали соматизація, психоемоційні та психосоціальні чинники, однак фігурували тут і фактори, які відіграють найбільш вагомий роль у формуванні деструктивних форм патології ГДЗ (*H.pylori*, генетичний предрисуючий – носійство алеля HLA DQA1*0301). Такий стан речей свідчить про гетерогенність ФД.

Отже, встановлено виразне домінування психоемоційних та психосоціальних чинників у формуванні функціональних розладів ГДЗ, тоді як при деструктивних формах патології ГДЗ переважав вклад біологічних чинників.

Встановлення впливу біологічних, психоемоційних та психосоціальних чинників у формування гастродуоденальної патології у дітей дозволяє індивідуалізувати лікування і планування профілактичних заходів та запобігати поліпрагмазії. Зокрема, при переважанні біологічних чинників ризику формування патології ГДЗ дитина потребує спостереження дитячого гастроентеролога, повного обстеження (з ендоскопією, біопсією) при кожному загостренні, ерадикаційної терапії при виявленому *H.pylori*, регулярного проведення протирецидивних курсів, санаторно-курортного лікування. Це пов'язано з високим ризиком формування деструктивних форм гастродуоденальної патології. При домінуючих психоемоційних/ психосоціальних чинниках доцільно після виключення органічної патології скерувати дитину на консультацію до психотерапевта, рекомендувати батькам сімейне психологічне консультування, дитині – консультації психолога перед початком навчального року або іншими стресогенними ситуаціями. Така тактика ведення дає можливість заощадити кошти, відмовившись від зайвих обстежень, курсів лікування, запобігатиме поліпрагмазії та істотно підвищить шанси таких пацієнтів на повноцінне, якісне життя.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «ХОФИТОЛ»

Кобец Т.В., Гостищева Е.В., Черняева Е.С., Пащенко И.В., Танага В.А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

На сегодняшний день заболеваемость атопическим дерматитом (АД) у детей первых 7 лет жизни соответствует среднему уровню - 12% (Охотникова Е.Н., 2010). Результаты исследований по унифицированной международной программе ISAAC показали, что распространенность АД составляет 3,9%, а согласно последним данным – 5-20% в зависимости от возраста (Калужная Л.Д., 2009, Клименко В.А., Кандыба В.П., Адарюкова Л.М. и др., 2010). Многочисленные исследования показывают, что у каждого ребенка с АД имеют место нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, который выполняет функцию защитного барьера для любых патогенов, поступающих этим путем. Наиболее часто у детей с АД наблюдается билиарная диспепсия.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости сопутствующих функциональных расстройств билиарного тракта у детей с атопическим дерматитом и оценить эффективность терапии на фоне включения в терапию препарата «Хофитол».

Материалы и методы: нами были использованы клинично-anamnestические данные (сбор анамнеза, расчет интегрального показателя SCORAD, содержание ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-6 (пг/мл) в динамике в первые трое суток периода обострения и спустя 1 месяц от начала курса лечения методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (Россия)), математические и статистические методы исследования (расчет средних величин, расчет достоверности). Обработка произведена в пакете Statistica 6.0.

Обсуждение: было обследовано 118 детей в возрасте от 3 до 17 лет, у 101 ребенка (85,6%) обнаружены сопутствующие функциональные расстройства билиарного тракта, у 20 (16,9%) – деформации желчного пузыря. 39 пациентов с сопутствующими билиарными расстройствами были разделены на 2 группы, из которых 20 детей в дополнение к основной терапии получали Хофитол в возрастной дозировке. В обеих группах был исследован цитокиновый профиль в первые 3-5 дней от начала обострения и спустя месяц от начала терапии. На фоне лечения была отмечена положительная динамика в обеих подгруппах, проявившаяся как уменьшением площади поражения, так и снижением зуда. В подгруппе с Хофитолом площадь поражения и зуд уменьшились более чем в 2 раза.

Результаты исследования цитокинового профиля показали достоверное снижение уровня ИЛ-1 β ($P < 0,05$), уменьшение в 1,6 раза уровня ИЛ-4 у пациентов получавших Хофитол. Во второй подгруппе отмечалось незначительное снижение ИЛ-1 β , уменьшение в 1,5 раза ИЛ-4, но достоверной разницы мы не обнаружили, даже отмечали увеличение уровня ИЛ-6 в 1,4 раза.

Также на фоне приема Хофитола у пациентов в первой подгруппе отмечалась положительная динамика со стороны билиарной системы – нормализация стула, уменьшение диспептических расстройств.

Выводы: Комплексная оценка иммунологического статуса по уровню ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-6 в динамике позволяет оценить тяжесть, течение воспалительного процесса, оценить эффективность проводимой терапии и определить стратегию дальнейшей коррекции лечения для достижения максимального (благополучного) эффекта. Использование препарата «Хофитол» у детей с атопическим дерматитом позволяет корригировать функциональные нарушения как в иммунной, так и в билиарной системе, и оказывает нормализующее влияние на процессы детоксикации, что в общем и целом будет способствовать улучшению качества жизни больных.

МОДИФІКОВАНІ ЧИННИКИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Громнацька Н.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Мета. Вивчити модифіковані чинники метаболічного синдрому у дітей.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 90 дітей (основна група) з метаболічним синдромом та 64 дітей з нормальною масою тіла (група контролю). Діти обох груп не відрізнялись за віковою та статеву ознакою. Вік дітей з метаболічним синдромом становив від 9 до 18 років [15,0(12,0- 16,0)], дітей групи контролю - 15 (12,0-17,0) років. Дітям проводили антропометричні виміри загальноприйнятими методами, визначення абдомінального ожиріння за обводом талії, артеріального тиску, рівня тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів високої щільності, базальних рівнів глюкози та інсуліну в крові, вивчали метаболічну захворюваність родичів першого і другого рівня спорідненості по прямій лінії, тривалість грудного вигодовування, особливості перинатального періоду, масу тіла при народженні, характер харчування та спосіб життя дітей з врахуванням фізичних навантажень. Верифікація метаболічного синдрому проводилась згідно з діагностичними критеріями IDF (2007).

Результати. Встановлено, що витоки метаболічного синдрому, які тісно пов'язані з соматичною патологією матері та патологією перебігу вагітності і пологів, необхідно верифікувати у перинатальному періоді. Особливості гестаційного періоду у матері, материнські порушення метаболізму мали визначальний вплив на внутрішньоутробний розвиток плода та формування в подальшому мета-

болічного синдрому. Обтяжений перебіг вагітності і пологів мали 56 (62,2%) матерів дітей з метаболічним синдромом. У дітей основної групи гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС було діагностовано в 5,8 ($p=0,002$) рази, асфіксія в 1,5 рази частіше, ніж у дітей групи контролю. Затримка внутрішньоутробного розвитку та пренатальна гіпотрофія були виявлені вірогідно частіше у дітей з метаболічним синдромом ($p=0,029$).

Виявлено, що чинниками ризику розвитку метаболічного синдрому у дітей були пренатальна гіпотрофія та затримка внутрішньоутробного розвитку плода, гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи, природне вигодовування менше 6 місяців, незбалансоване харчування з переважанням їжі з високим вмістом рафінованих вуглеводів та жирів, низьким вмістом фруктів, сидячий спосіб життя з тривалим перебуванням за комп'ютером та планшеткою. Групою ризику розвитку метаболічного синдрому треба вважати дітей, родичі першого рівня спорідненості по прямій лінії яких страждали на ожиріння та артеріальну гіпертензію, другого рівня спорідненості – на ускладнення метаболічного синдрому: інфаркт міокарда по материнській та батьківській лінії, цукровий діабет 2 типу по батьківській лінії.

Висновки. Знання та раннє виявлення модифікованих чинників ризику метаболічного синдрому створює передумови для їх корекції та запобігання розвитку синдрому.

ВЕГЕТАТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Громнацька Н.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Мета дослідження. Вивчити значення вегетативної нервової системи у ремоделюванні серця у дітей з метаболічним синдромом за даними дослідження варіабельності серцевого ритму.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 68 дітей з метаболічним синдромом (1 група) та 21 дитина контрольної групи. Діти не відрізнялись за віковою та статевою ознаками. Вік дітей 1 групи становив 14,7 (12,0-16,0) років, дітей групи контролю – 15 (12,0-17,0) років. Метаболічний синдром верифікували згідно з критеріями консенсусу IDF (2007).

Проводили антропометричні виміри, визначення артеріального тиску, показників ліпідограми (тригліцериди, холестерин ліпопротеїдів високої щільності), інсуліну, глюкози, підраховували індекси HOMA-IR та Саго, здійснювали ехокардіографію. Стан вегетативної нервової системи вивчали за допомогою дослідження кардіоінтервалограми у фоновій та ортостатичній пробах, реєстрацію яких проводили на комп'ютерному апаратному комплексі "Полі-Спектр" Нейрософт (Росія).

Визначені часові характеристики варіабельності серцевого ритму: RRNN, SDNN - показники загальної варіабельності; RMSSD, pNN50 - показники активності парасимпатичної вегетативної нервової системи та спектральних характеристик: TP - загальна потужність спектра, VLF- потужність спектра ділянки дуже низьких частот, LF- потужність спектра ділянки низьких частот (симпатична вегетативна нервова система), HF- потужність спектра ділянки високих частот (парасимпатична вегетативна нервова система), LF/HF - вегетативний баланс або симпатико- парасимпатичний індекс.

Результати дослідження. У дітей з метаболічним синдромом виявлено вірогідну різницю у масі міокарда лівого шлуночка ($p=0,04$), індексі міокарда лівого шлуночка, індексованому на зріст у ступені 2,7 ($p=0,003$), товщині міжшлуночкової перетинки [0,85 (0,75-1,0)] см ($p=0,005$) та задньої стінки лівого шлуночка [0,77 (0,67-1,0)] см ($p=0,011$). Зміна геометрії лівого шлуночка мала місце у 50% дітей з метаболічним синдромом: у 41,2% дітей ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, з них у 64,3% ексцентрична гіпертрофія і у 35,7% концентрична гіпертрофія, концентричне ремоделювання у 8,8% дітей.

Особливостями вегетативного забезпечення серцево-судинної діяльності у дітей з метаболічним синдромом були вірогідне зниження загальної варіабельності серцевого ритму за даними часового показника RRNN ($p=0,01$) зі зменшенням потужності парасимпатичної інервації згідно з часовими показниками RMSSD ($p=0,038$), pNN50 ($p=0,016$), з тенденцією до зниження показника HF ($p=0,054$), та відносне підвищення симпатичної активності вегетативної нервової системи зі збільшенням частоти серцевих скорочень ($p=0,003$), напруження і централізація регуляторних механізмів.

Висновки. Зниження варіабельності серцевого ритму при метаболічному синдромі за рахунок парасимпатичної вегетативної нервової системи та відносне підвищення активності симпатичної вегетативної нервової системи та нейрогуморальних впливів у дітей є ризик-фактором і діагностичним критерієм ураження серцево-судинної системи, викликане поряд з критеріями метаболічного синдрому порушенням вегетативним забезпеченням серцевої діяльності.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ПАТОЛОГІЯ НИРОК У ДІТЕЙ: ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ

Дедишин Л.П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

За даними літератури у дітей та підлітків переважно спостерігається первинна артеріальна гіпертензія (АГ), яка становить до 90% всіх випадків підвищеного артеріального тиску (АТ). Проте вторинна АГ, на частку якої припадають останні 10%, переважно зумовлена захворюваннями нирок та їх судин, серцево-судинної, ендокринної, нервової систем. Нефрогенні АГ складають до 70% усіх вторинних АГ і можуть бути в гострому періоді захворювання нирок і супроводжувати цю патологію надалі. Тому питання ранньої діагностики підвищеного АТ у дітей з патологією нирок вимагає не лише індивідуальних підходів до діагностики та лікувальної тактики, а також є запорукою попередження розвитку чи наростання ниркової недостатності.

Метою нашої роботи було виявлення взаємозв'язку АГ у дітей із патологією нирок, вдосконалення ранньої діагностики за допомогою сучасних методів – добового моніторингу АТ (ДМАТ) з наступним проведенням корекції лікувальної тактики та оптимізації рекомендацій щодо диспансерного спостереження.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 84 дитини, які перебували у відділенні нефрології з центром артеріальної гіпертензії дітей та підлітків на базі Львівської комунальної міської дитячої клінічної лікарні (ЛКМДКЛ) у 2011-2014 роках та 43 дітей, які перебувають на диспансерному обліку у консультативній поліклініці ЛКМДКЛ із хронічними захворюваннями нирок (ХЗН). Першим кроком було правильне вимірювання АТ рутинним методом за допомогою тонометра. Усім дітям із виявленим підвищеним АТ з метою попередження гіпердіагностики АГ, уточнення типу АГ, визначення лікувальної тактики та подальшого контролю проводився ДМАТ, який запроваджено в практичну роботу ЛКМДКЛ із 2008 року.

Результати дослідження. За результатами проведеного ДМАТ АГ було встановлено у 38 дітей із 84 (45,2%), які лікувалися стаціонарно із гострими захворюваннями нирок, переважно гломерулонефритом, інтерстиційним нефритом та у 19 із 43 (44,2%) дітей із ХЗН. Встановлено, що у дітей із недостатнім нічним зниженням АТ або його нічним підвищенням відбувається достовірне розширення порожнини та збільшення індексу маси міокарда лівого шлуночка. Нічна АГ виявляється за даними різних авторів приблизно у 20% дітей із захворюваннями нирок при збереженій їх функції і є головним фактором ризику прогресування захворювання нирок. Із усіх дітей з АГ у нашому дослідженні 81% мали нормальні величини нічного зниження («dippers») та 19% недостатнє зниження («non-dippers»). Відповідно, ці 19% пацієнтів вимагають ретельнішого обстеження, індивідуального підбору лікування та динамічного спостереження за функцією нирок.

Висновки. Отримані дані свідчать про високий рівень АГ у дітей із патологією нирок та корелюють із даними літератури. ДМАТ дає можливість встановити АГ на ранніх стадіях, визначити ступінь тяжкості, контролювати рівень підвищення АТ та підібрати оптимальний метод лікування, що є визначальним у попередженні розвитку та сповільненні прогресування порушення функції нирок чи ниркової недостатності у дітей. Також у ході дослідження було встановлено, що частота виникнення АГ у дітей із різними варіантами ниркової патології (гострої та хронічної) практично однакова і становить 44-45%, що вказує на необхідність контролю за рівнем АТ у всіх пацієнтів із нирковою патологією в динаміці.

ПОРІВНЯЛЬНА КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ І ХВОРОБИ КРОНА У ДІТЕЙ

**Денисова М.Ф., Чернега Н.В., Музика Н.М., Диба М.Б.,
Задорожна Т.Д., Арчакова Т.М., Палкіна І.С.**

ДУ „Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України”, м. Київ

Мета: Провести поглиблений аналіз анамнестичних, клінічних та лабораторно-інструментальних ознак виразкового коліту (ВК) і хвороби Крона (ХК) та визначити критерії їх диференціальної діагностики.

Матеріали і методи: клінічні, ендоскопічні, рентгенологічні, біохімічні, морфологічні.

Результати дослідження. Обстежено 135 дітей з ВК і 37 пацієнтів з ХК віком 5-18 років в стадії загострення. Встановлено, що ВК на відміну від ХК в 100% випадків характеризується синдромом гемоколіту і ендотоксикозу, в 75% - анемією II-III ступеня, у 80% - значними змінами протеїнограми за рахунок зменшення рівня альбумінів та збільшення рівнів α_1 - та α_2 -глобулінів. В той же час в дебюті ХК домінували анемія і лихоманка невизначеної етіології, відставання у фізичному розвитку, які передували кишковим кровотечам (35% випадків) та інтоксикаційному синдрому (57% випадків). Із позакишкових проявів erithema nodosum діагностована у 7% обстежених з ХК та лише в 3% пацієнтів з ВК. Інформативними ендоскопічними синдромами ВК були дифузний запаль-

ний процес, контактна кровоточивість; рентгенологічними – гіпермобільність товстої кишки, симптоми „шляпки цвяха”, водопровідної труби”; гістологічними – вибіркоче ураження слизової оболонки, зменшення числа келихоподібних клітин, наявність крипт-абсцесів або криптитів.

Висновки. Виразковий коліт має характерні клініко-параклінічні ознаки, які дозволяють з високою вірогідністю діагностувати дану патологію та своєчасно проводити патологічну терапію.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОЇ КОРЕКЦІЇ

Дудник В.М., Зборовська О.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

В Україні зберігається стійка тенденція до збільшення захворюваності дітей на серцево-судинну патологію, в тому числі за рахунок вроджених вад серця (ВВС). Щороку народжується близько 5-6 тисяч дітей з ВВС. Дана патологія є найбільш розповсюдженою вродженою аномалією (8-9 випадків на 1000 народжених живими) та лідером серед причин смерті від вроджених дефектів. Слід зауважити, що група пацієнтів, які перенесли хірургічну корекцію з приводу ВВС збільшується приблизно на 5% на рік. Після оперативного лікування ВВС через 1 рік більшість дітей відповідає першому функціональному класу по NYHA, а через 10 років їх кількість зменшується до 56%.

Метою роботи було дослідити особливості клінічного перебігу та гемодинамічні розлади у дітей з ВВС після оперативної корекції.

Матеріали і методи. В дослідження увійшли 129 дітей від 0 до 18 років з вродженими вадами серця, яким проведена радикальна реконструкція дефектів. Серед них 67 (51,94%) хлопчики, 62 (48,06%) дівчата. Середній вік пацієнтів 9,89±0,4 р.

Результати дослідження. В структурі ВВС переважали вади із збагаченим малим колом кровообігу, а саме дефекти міжшлуночкової (ДМШП) та міжпередсердної (ДМПП) перетинки - 68,22%; 20,16% - становили вади із збідненням малого кола кровообігу (тетрада Фалло-ТФ); 11,62% - ВВС з незмінним легеневою кровотоком (коарктація аорти-КоАо). Середній вік на момент проведення оперативної корекції ВВС різнився в залежності від типу вади: ТФ-2,5±0,23р., ДМШП-2,75±0,4р., КоАо-5,3±0,72р., ДМПП-6,5±0,84р. Синдром серцевої недостатності (СН) був провідним серед обстежених дітей і клінічно проявлявся задишкою при фізичному навантаженні в 84,5% випадків, а в групі із незмінним легеневою кровотоком в 60% випадків симптоми задишки поєднувались з артеріальною гіпертензією. В структурі порушень ритму та провідності превалювали нотопні порушення ритму (26,92%), блокади правої ніжки пучка Гіса (71,32%). В післяопераційному катамнезі ознаки гіпертрофії міокарда за даними ЕКГ відмічались у 25,58% випадків, метаболічні порушення у міокарді - в 41,09% обстежених дітей. За даними ЕХО-КГ фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка в більшості випадків була нормальною, але достовірно відрізнялась від показників здорових дітей в групі із незмінним легеневою кровотоком ($60,44 \pm 1,56$, $p < 0,05$). Оцінка ФВ правого шлуночка за даними екскурсії площини трикуспідального клапана (TAPSE) продемонструвала достовірну різницю відносно показників здорових дітей у пацієнтів із порушенням кровообігу в системі легеневої артерії - $1,35 \pm 0,08$, $p < 0,05$. За даними тканинної доплерокардіографії в імпульсно-хвильовому режимі встановлено наявність діастолічної дисфункції обох шлуночків. Діастолічна дисфункція правого шлуночка переважно розвивалась по типу порушення релаксації (39%), лівого шлуночка - по типу рестриктивного наповнення (45%).

Висновки: В структурі ВВС переважають вади з гіперволемією малого кола кровообігу (68,22%), без залежності від віку та статі. Після радикальної реконструкції дефектів у дітей з ВВС встановлено наявність залишкових змін, що клінічно проявляє себе у вигляді синдрому серцевої недостатності (84,5%). Клінічна маніфестація серцевої недостатності майже у половини обстежених дітей зумовлена розвитком діастолічної дисфункції як правого (39%), так і лівого (45%) шлуночків. Своєчасна діагностика та корекція міокардіальної дисфункції у дітей є необхідною складовою в поліпшенні диспансерного нагляду за дітьми з ВВС після кардіохірургічного лікування.

ВТОРИННА МІОПАТІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Дудник В.М., Березницький О.В., Вижга Ю.В.

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

У країнах світу відмічається стабільне збільшення числа дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), а рівень інвалідизації сягає 50-70% через 3-5 років хвороби, що значно погіршує якість життя пацієнтів. Одним із ключових показників зниження якості життя є постійний больовий синдром, відчуття напруження м'язів проксимальних груп в якості прояву вторинної міопатії, що визначає інтенсивність клінічної активності захворювання. Саме тому метою нашого дослідження було оцінити клінічні прояви вторинної міопатії в залежності від особливостей клінічного та лабораторного перебігу ЮРА.

Матеріали та методи. В процесі дослідження ми комплексно обстежили 74 дитини, хворих на ЮРА (44 дівчинки та 3 хлопчики), що знаходились на лікуванні в ВОДКЛ. Середній вік пацієнтів склав $11,9 \pm 3,2$ року. Група контролю склала 30 практично здорових дітей. Комплексне обстеження включало: загальноклінічне та біохімічне дослідження активності запальної реакції.

Результати досліджень. Серед обстежених дітей суглобова форма ЮРА відмічалась у 68 ($91,9 \pm 3,4\%$) та у 6 ($8,1 \pm 3,2\%$) - суглобово-вісцеральна, окрім того, суглобовий синдром по типу моноартриту спостерігався у 57 ($77,1 \pm 4,3\%$), олігоартриту – у 11 ($14,8 \pm 3,7\%$) та поліартриту у 6 ($8,1 \pm 3,5\%$) пацієнтів, що супроводжувалось відчуттям ранкової скутості у 67 ($90,5 \pm 2,8\%$) та інтоксикаційним синдромом - у 43 ($58,1 \pm 2,2\%$) дітей. У 12 ($14,6\%$) дітей були виявлені позасуглобові прояви ЮРА у вигляді переднього увеїту та кардіоміопатії. Перебіг ЮРА супроводжувався помірними активністю запального процесу у 54 ($72,9 \pm 3,1\%$) та ступенем функціональних змін у 53 ($71,6 \pm 2,8\%$) дітей, а також рентгенологічними змінами I ступеня у 41 ($55,4 \pm 1,8\%$) пацієнта. У 39 ($52,7 \pm 2,7\%$) обстежених дітей захворювання мало швидко прогресуючий перебіг з вираженими функціональними порушеннями у 18 ($24,3 \pm 3,6\%$) та рентгенологічними змінами II та III ступеня у 23 ($31,1 \pm 2,6\%$) пацієнтів. Оцінка особливостей больового міопатичного синдрому вказала на особливості формування його проявів у дітей з ЮРА та окремі його варіанти. Так, найбільшу інтенсивність болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ – у $7,22 \pm 0,45$ балів) відзначали у випадку короткочасних рухів, після нетривалого статичного навантаження. При цьому відзначали незначні зміни стативи, у 16 () дітей, що не корелювали з виразністю больового синдрому. Найчастішим клінічним проявом вторинної міопатії у дітей з ЮРА був помірної інтенсивності больовий синдром ($5,27 \pm 0,55$ бали за ВАШ) при ініціації рухової активності, при цьому статично відзначався регіонарний м'язовий гіпертонус, що призводив до порушення біомеханіки ураженого суглоба.

Аналіз активності запального процесу свідчив про його помірний ступінь за ШОЕ та вмістом С-реактивного протеїну у 43 ($58,1 \pm 3,9\%$) та 56 ($75,7 \pm 2,1\%$) дітей відповідно ($p < 0,05$). Крім того, відзначалось достовірне підвищення вмісту серомукоїду у 46 ($62,1 \pm 3,4\%$) та сіалових кислот у 42 ($56,8 \pm 3,1\%$) пацієнтів ($p < 0,01$). Підвищення активності запальної відповіді корелювало з інтенсивністю ознак вторинної міопатії, так, середньої сили прямий зв'язок був встановлений між показниками вмісту С-реактивного протеїну, інтенсивністю больового синдрому за ВАШ, відчуттям напруження проксимальної групи м'язів (rху від 0,62 до 0,69, $p < 0,05$).

Висновки. У $77,1 \pm 4,3\%$ дітей, хворих на ЮРА, спостерігались клінічні прояви вторинної міопатії, а виразність її проявів залежить повною мірою від активності запального процесу.

СКРИНІНГОВИЙ ПУЛЬСОКСИМЕТРИЧНИЙ ТЕСТ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯК МЕТОД РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ КРИТИЧНИХ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ

Дудник В.М., Зборовська О.О., Гумінська Г.С., Віннічук Л.Л., Марчук О.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Вроджені вади серця (ВВС) займають перше місце серед аномалій розвитку в дитячому віці і становлять 25% в структурі вроджених дефектів. Щороку в Україні народжується близько 5 тисяч дітей з вродженими вадами серця, з них 35- 40% знаходиться в критичному стані. Близько 1200 дітей на рік народжуються з критичною вродженою вадою серця, тобто в стані, коли не забезпечується адекватний серцевий викид з достатнім для підтримки життя тиском і насиченням крові киснем. Перераховані фактори призводять до смерті в перші дні життя за відсутності екстреної кардіохірургічної допомоги. Частина дітей з критичними вадами серця випикується з пологових будинків до встановлення діагнозу (близько 26%), а частина дітей помирає під час госпіталізації в кардіологічні центри. Оскільки життя дитини при критичних ВВС залежить від функціонування артеріальної протоки, то рання діагностика дозволяє вчасно стабілізувати дитину шляхом введення простагландину 1, який утримує її відкритою.

Фізикальне обстеження та ЕХО-КГ на сьогоднішній день є «золотим» стандартом діагностики ВВС. Проте тенденція до ранньої випіски новонароджених із пологових будинків призводить до того, що клінічна симптоматика критичних ВВС може розвинути поза межами лікувального закладу, тому проведення повного клінічного обстеження стає неможливим. Скринінгова пульсоксиметрія використовується для ранньої діагностики протокозалежних вад серця, що є особливо важливим у асимптоматичних новонароджених по відношенню до ВВС. Для проведення обстеження застосовують пульсоксиметр з датчиком для новонароджених. Вимір сатурації необхідно проводити у новонародженої дитини після годування, в стані спокою, при нормальній температурі тіла. Тест необхідно проводити протягом двох-трьох хвилин на стопі новонародженого після нормалізації плетизмографічної кривої пульсоксиметра. Чутливість методу близько 80%, специфічність близько 99%. Під час проведення скринінгу вимірюється пре- та постдуктальна сатурація у новонародженого в перші 24-36 годин після народження. В нормі середня предуктальна сатурація становить 98,29% (медіана 98%), постдуктальна- 98,57% (медіана 99%). Рівень насиченості крові киснем $\geq 95\%$ заперечує протокозалежну ВВС. Низька постдуктальна сатурація ($< 95\%$) або низька пост- та предуктальна сатурація одночасно – підозра на критичну ВВС: протокозалежний системний кровообіг, протокозалежний легеневий кровообіг або протокозалежне змішування крові.

Висока чутливість та специфічність пульсоксиметричного дослідження, його економічна виправданість дозволить йому бути рекомендованим для рутинного використання у відділеннях новонароджених та пологових будинках.

ВИКОРИСТАННЯ ТЕІ-ІДЕКСУ ПРИ ОЦІНЦІ ФУНКЦІЇ МІОКАРДА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА ДАНИМИ ТКАНИННОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ

Дудник В.М., Попов В.П., Янковська Л.В.*, Зборовська О.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*, м. Вінниця

Тканинна доплерографія в імпульсно-хвильовому режимі дозволяє оцінити глобальну функцію міокарда як правих, так і лівих відділів шляхом вимірювання швидкісних та часових параметрів, які не залежать від площі поверхні тіла, частоти серцевих скорочень та змін геометрії шлуночків

Мета дослідження: Визначення швидкісних показників функції міокарда та Теі-індексу у здорових новонароджених з використанням тканинної доплерографії.

Матеріали та методи: Обстежено 50 новонароджених без соматичної патології, з них 18 дітей віком від 1 - 7 діб та 32 дитини у віці 8 - 28 діб. Визначались наступні показники: Sm (см/с) - пікова систолічна швидкість руху фіброзного кільця (ФК) мітрального (МК) та трикуспідального (ТК) клапанів, Em (см/с) - пікова швидкість руху ФК у фазу ранньої діастоли, Am (см/с) - пікова швидкість руху ФК у фазу систоли передсердя та їх співвідношення (Em/Am), Теі-індекс: час ізоволюметричної релаксації (IVRT)+ час ізоволюметричного скорочення (IVCT) / час вигнання крові зі шлуночків (ET).

Результати дослідження: Результати тканинної доплерографії наведені у таблиці:

	1-7 доба		8-28 доба	
	МК	ТК	МК	ТК
Sm (см/сек)	5,45±0,65	6,55±0,37	6,36±1,02	8,76±0,86
Em (см/сек)	5,58±0,96	7,33±1,12	7,38±0,92	7,81±1,85
Am (см/сек)	6,75±1,13	9,53±1,24	6,57±1,23	10,07±1,54
Em/Am	0,84±1,02	0,76±1,13	1,19±0,3	0,77±0,06
IVRT (мсек)	58,5±6,4	52,6±7,3	42,5±4,9	48,6±6,4
IVCT (мсек)	32,4±4,3	28,4±3,6	36,2±3,8	34,7±3,5
Теі-індекс	0,43±0,05	0,32±0,04	0,35±0,03	0,28±0,05

У всіх новонароджених на 1-7 добу відмічалась діастолічна дисфункція правого та лівого шлуночків по типу порушення релаксації (Em/Am для ПШ 0,84±1,02; Em/Am для ЛШ 0,76±1,13). Даний тип міокардіальної дисфункції ПШ зберігається в пізньому неонатальному періоді (Em/Am 0,77±0,06). Діастолічне наповнення ЛШ (Em/Am ЛШ 1,19±0,3) та діастолічна швидкість руху латеральної частини ФК МК у фазу пасивного наповнення мали тенденцію до нормалізації після 8 доби життя. Процеси адаптації міокарда шлуночків відображались в зниженні Теі-індексу (p<0,01 для ЛШ) та зменшенні часу IVRT (p<0,05 для ЛШ) в пізньому неонатальному періоді.

Висновки: Для дітей в неонатальному періоді характерний І тип діастолічної дисфункції - порушення релаксації. Високий опір в судинах малого кола кровообігу у новонароджених та фізіологічна гіпертрофія ПШ сприяють більш пізній нормалізації міокардіальної функції правого шлуночка.

Незалежність Теі-індексу від частоти серцевих скорочень, перед- та постанвантаження на міокард шлуночків зумовлює доцільність використання даного показника для оцінки міокардіальної функції у новонароджених.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Дудник В.М., Хромих К.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Бронхіальна астма (БА) – це одне із поширених хронічних захворювань, що виникає внаслідок алергічного запалення і носить персистуючий характер і тісно пов'язане із гіперреактивністю бронхів та гіперсекрецією. У нинішній час актуальність проблеми зростає і визначається не лише ростом захворюваності, а й тяжкістю її перебігу. Поширеність БА серед дитячого населення Вінницької області виросла із 60,3 на 10 тис. дитячого населення у 2010 році до 62,3 на 10 тис. дитячого населення у 2013р.

Метою нашої роботи було визначити клініко-епідеміологічні особливості перебігу бронхіальної астми у дітей.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 225 дітей, хворих на БА, за період з 2011р. по 2013р., які знаходились на стаціонарному лікуванні у торакальному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Критеріями включення в дослідження були: вік дітей від 5 до 17 років, наявність встановленого або вперше встановлений діагноз БА. Критеріями виключення були: вік менше 5 років, наявність супутньої бронхолегеневої патології, ГРВІ, ВВС із збагаченням малого кола кровообігу, психічні розлади. Середній вік обстежуваних дітей склав $9,07 \pm 0,36$ років, з них 65 дівчаток та 160 хлопчиків. Визначено, що найбільшу групу складають діти віком 6 - 7 років (68,3%), 8-13 років – 22,3%, 14-17 років – 9,4%.

Результати дослідження. У переважної частини дітей (93,2%) зустрічається алергічний варіант перебігу захворювання, серед яких найбільш значущими факторами сенсibiliзації є побутові (47%) та харчові алергени (28%). Розвиток БА у дітей залежить від великої кількості факторів ризику, основними з яких є обтяжений спадковий анамнез мали 130 дітей (57,8%), обтяжений алергологічний анамнез – 161 дитина (71,6%), наявність у дитини проявів атопічного дерматиту на 1 році життя (98,6%). Із факторів ризику зовнішнього середовища у розвитку БА у дітей важливе значення має наявність поганих житлово-побутових умов, а саме наявність пічного опалення та плісняви (96,1%). Серед обстежуваних дітей на базисній терапії ІГКС знаходились 73 дітей (32,4%), антилейкотрієновими препаратами – 29 дітей (12,9%), на алергоспецифічній імунотерапії – 7 дітей (3,1%). Найчастіше відмічається персистуючий перебіг середнього ступеня тяжкості (64,27%) та легкого (26,3%), значно менше тяжкий (3%) та інтермітуючий (7%) перебіг. Ускладнення у вигляді астматичного статусу, ателектазу, бронхоектазів та емфіземи відзначались у 4,1% випадків у 2010 р., а у 2013р. склали 8,3%. Серед дітей, які отримували базисну терапію неконтрольований перебіг мали 79 дітей (35,1%), частково контрольований – 55 дітей (24,4%) та контрольований 9 дітей (4%). Кількість дітей, що не отримували базисної терапії склала 23 дитини (10,2%) із інтермітуючим перебігом захворювання та 59 дітей (26,2%) із персистуючим перебігом БА. В клінічній картині переважали сухий кашель (88,4%), емфізематозне здуття грудної клітини (67,1%), утруднення носового дихання (81,3%), свистяче дихання (58,2%).

Висновки. Надані результати клініко-епідеміологічного спостереження за дітьми, хворими на БА, свідчать про зростання загальної захворюваності у Вінницькій області. Особливого значення набуває збільшення персистуючих варіантів перебігу (64,27%), в тому числі із наявністю ускладнених форм (4,1%), а також неконтрольованого та частково контрольованого перебігу захворювання 35,1% та 24,4% відповідно.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ ІНФІКУВАННЯ *HELICOBACTER PYLORI*

Дудник В.М., Буглова Н.О., *Маланіна Т.Л.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, м. Вінниця
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Виразкова хвороба (ВХ) дванадцятипалої кишки вважається найбільш поширеним, складним і непередбачуваним за своїми наслідками захворюванням верхніх відділів шлунково-кишкового тракту дітей. У структурі патології органів травлення на долю ВХДПК припадає 82-87% серед дитячого населення України.

Мета роботи: вивчення особливостей клінічного перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у дітей в залежності від наявності інфікування *Helicobacter pylori*.

Матеріали і методи: нами було обстежено 75 дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, віком від 7 до 18 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Вінницької ОДКЛ з 2011 по 2014 рік. У дослідженні були використані клінічні, лабораторні та інструментальні методи обстеження. Усім дітям була проведена інтрагастральна рН-метрія та фіброгастроудоденоскопія. *Helicobacter pylori* інфекція була підтверджена за допомогою швидкого уреазного тесту.

Результати та їх обговорення. Серед обстежених пацієнтів позитивними щодо інфекції *Helicobacter pylori* було 86% дітей. Віково-статевий аналіз показав максимальну частоту захворювання у віці від 12 до 17 років, що переважала у хлопчиків (28 дівчат -37%, 47 хлопчиків -62%). Для визначення клінічного перебігу ВХ дванадцятипалої кишки у дітей була проведена оцінка трьох основних клінічних синдромів: диспептичного, больового та астено - вегетативного. Провідним симптомом був больовий - 89%, частота диспептичного синдрому складала 70%. Локалізація больового синдрому в епігастральній зоні складала -21%, пілородуоденальній ділянці –25%, правій клубовій - 4% , поєднана локалізація становила – 50%. Серед проявів диспептичного синдрому переважала печія - 35%, нудота зустрічалась у 30% випадків, схильність до закрепів - 20%, зниження апетиту спостерігалось у 15 % пацієнтів. Частота астено - вегетативного синдрому складала 56%. Клінічний перебіг захворювання у дітей з наявною *Helicobacter pylori* інфекцією супроводжувався більш виразними проявами больового, диспептичного та астено-вегетативного синдромів -

95%, 78%, 65%. За даними ендоскопічного дослідження виразкові дефекти були виявлені переважно в цибуліні 12-палої кишки, в поодиноких спостереженнях мали місце множинні виразки дванадцятипалої кишки. Ускладнення у вигляді шлунково-кишкової кровотечі спостерігались у 7% дітей з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. Частота рецидивів в досліджуваній групі пацієнтів складала 11%.

Всім пацієнтам була проведена ерадикаційна потрійна терапія за класичною схемою, яка включала амоксицилін, препарати нітрофуранового ряду, препарати вісмуту та інгібітори протонної помпи.

Висновки: застосування сучасної терапії ВХ дванадцятипалої кишки значно покращує клінічний перебіг даної патології, скорочує термін перебування пацієнтів в стаціонарі. Проте діти, позитивні щодо *Helicobacter pylori* інфекції, мали більш тяжкі прояви больового, диспептичного та астено-вегетативного синдромів.

ГІСТІОЦИТАРНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ

Дудник В.М., Фурман В.Г.

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

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Актуальність. За останні роки в Україні досягнуто значних успіхів у лікуванні гістіоцитозів у дітей завдяки застосуванню сучасних протокольних програм. Частота виникнення захворювання у світі складає близько 2 випадки на 1 млн. дітей у віці від 0 до 15 років щорічно. Гістіоцитоз є групою захворювань, рідкісних і різноманітних за своїм перебігом, які об'єднані проліферативними процесами моноцитарно-макрофагальної системи. Система фагоцитуючих мононуклеарів є однією із головних складових імунної системи, функцією якої є антигенпрезентація та клітинна цитотоксичність. Макрофаги є важливими «ендокринними» клітинами, котрі продукують компоненти системи комплемента, фактори системи згортання крові, ензими та їх інгібітори, компоненти екстрацелюлярного матриксу. Функції макрофагів модулюються цитокінами, або пептидними гормонами та у відповідь на стимуляцію секретують інтерлейкін-1, і ентерлейкін-6, фактор некрозу пухлини. Макрофаги знаходяться практично у всіх тканинах організму, забезпечуючи імунну відповідь організму на попадання інфекційних та чужеродних агентів. Неконтрольована активація макрофагів призводить до нерегульованого фагоцитозу клітин крові. Одним із варіантів атипичної відповіді є розвиток гістіоцитарного проліферативного синдрому реактивного та пухлинного характеру.

Мета дослідження. Визначення особливостей клінічного перебігу гістіоцитозів у дітей.

Матеріали й методи. Нами проведено ретроспективний аналіз 8 історій хвороб дітей, котрі знаходились на стаціонарному лікуванні в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні за період 2009 – 2013 рр.

Результати дослідження. Показник захворюваності на гістіоцитози у дітей коливався в межах від 0,34 до 1,0 на 100 тис. дитячого населення Вінницької області (1-3 випадки в рік). Розподіл дітей, хворих на гістіоцитоз в залежності від віку і статі, показав, що частіше хворіють хлопчики віком від 1 до 8 р. В структурі захворюваності переважали форми дитячого гістіоцитозу, пов'язані з патологією дендритних клітин (гістіоцитоз з клітин Лангерганса) – у 6 дітей (75% \pm 2,1) і у 2 дітей (25% \pm 1,1) спостерігались гістіоцитарні синдроми, пов'язані з патологією макрофагів (сімейно-спадковий та вторинний гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз, асоційований з герметичною інфекцією). У 4 (66,6% \pm 1,2) дітей з гістіоцитозом Лангерганса мали місце мультифокальні форми.

Висновки. Гістіоцитоз є рідкісною патологією в дитячому віці, показник захворюваності якого у Вінницькій області за період 2009-2013 рр. склав 0,34 – 1,0 на 100 тис. дитячого населення. В структурі захворюваності за морфологічною характеристикою домінує гістіоцитоз, пов'язаний з патологією дендритних клітин (75% \pm 2,1), мультифокальні форми, причому здебільшого хворіють хлопчики віком від 1 до 8 р.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АУТОСОМНО-ДОМІНАНТНОГО ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК У ДІТЕЙ

Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Гумінська Г.С.

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

Актуальність проблеми кістозних уражень нирок у дітей обумовлена значною поширеністю серед дитячого населення та частим розвитком ускладнень, таких як артеріальна гіпертензія та ниркова недостатність. Незважаючи на успіхи сучасної медицини досі не існує ефективної терапії даної патології.

Мета роботи: визначити клініко-параклінічні особливості та критерії аутосомно-домінантного полікістозу нирок у дітей.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 17 дітей з аутосомно-домінантним полікістозом нирок, які

перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні педіатрії №1 Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні у 2013 р. У дослідження були включені діти віком від 3 до 18 років (середній вік - 8 років), серед них хлопчиків було 9 (52,95%), дівчаток – 8 (47,05%). Верифікація діагнозу відбувалася на основі клінічних та інструментальних даних: у дітей молодше 15 років наявність 1 або 2 кіст у нирках за даними УЗД при наявності полікістозу нирок у родичів першої лінії, у підлітків старше 15 років наявність більше 3 кіст у нирках, наявність збільшення розмірів нирок та більше 5 кіст при відсутності сімейного анамнезу. Відомо, що протягом тривалого часу єдиною ознакою полікістозу є лише зниження функції нирок. Функціональний стан нирок оцінювали на основі визначення швидкості клубочкової фільтрації, вирахованої по формулі Шварца, та концентраційної функції.

Результати дослідження. На основі проведеного нами аналізу виявлено, що маніфестація клінічної картини аутосомно-домінантного полікістозу нирок відмічалася у більшості обстежених дітей (82,3%), у решти - полікістоз встановлено при обстеженні з приводу інших захворювань. Основними клінічними проявами полікістозу нирок у дітей є сечовий синдром, представлений мінімальною протеїнурією та помірною еритроцитурією (6 дітей - 35,2%). У третини дітей різних вікових груп, хворих на полікістоз нирок, виявлено артеріальну гіпертензію (29,4%). Також нами встановлено наявність у 2 (11,7%) хворих на полікістоз нирок кісти інших органів (печінки). При дослідженні функції нирок нами виявлено їх порушення в 15 дітей, хворих на полікістоз нирок (88,2%). Причому, частіше у обстежених дітей виявляли порушення концентраційної функції нирок по тубулярному типу (9 дітей 52,94%), тоді як азотвільної функції – у 6 дітей (35,2%), середній показник ШКФ склав 76 мл/хв./м²

Висновки. Клінічні прояви аутосомно-домінантного полікістозу нирок зустрічаються у 82,3% дітей та підлітків та відрізняються проявами. Однак до спільних ознак належать протеїнурія, гематурія, підвищення артеріального тиску. Частина дітей із полікістозом нирок маніфестує із порушень функції нирок, без сечового синдрому, ускладнюючи ранню діагностику даного захворювання. Ключовою в діагностиці полікістозу залишається ультразвукова діагностика в пренатальному періоді, вивчення сімейного анамнезу та молекулярно-генетичне дослідження.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮРА

Дудник В.М., Вижга Ю.В., Гумінська Г.С.*, Віннічук Л.Л.*, Марчук О.І.*

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*, м. Вінниця

Прогресуючий перебіг захворювання та рання інвалідизація пацієнтів робить проблему ЮРА не суто медичною, а й соціально-економічною, що передбачає високі затрати на фармакотерапію, реабілітацію та соціальну адаптацію дітей, що робить особливо доцільним визначення ефективності терапії із застосуванням базисних хворобомодифікуючих препаратів (ХМПРП).

Метою нашого дослідження було оцінити динаміку окремих показників запальної відповіді та вміст нуклеарного фактора-кВ у відповідь на базисну терапію ЮРА.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 68 дітей з ЮРА, що перебували на диспансерному обліку та лікуванні у Вінницькій, Житомирській та Хмельницькій обласних дитячих лікарнях. Першу групу склали 32 дитини, які в якості ХМПРП отримували метотрексат. Другу групу склали 25 пацієнтів, які в якості базисної терапії (БТ) отримували ХМПРП – сульфасалазин. До третьої групи увійшло 11 пацієнтів, які в якості ХМПРП у складі БТ отримували лефлуномід. Середня тривалість захворювання у обстежених дітей становила 18,2±1,3 місяця. У ході дослідження пацієнтів обстежували з використанням клінічних і лабораторних методів. Вміст показників активності запального процесу – прозапальних цитокінів в сироватці крові (інтерлейкіну-1β (ІЛ-1β), інтерлейкіну-6 (ІЛ-6)) визначали за допомогою імуноферментного аналізу з використанням тест-систем «Вектор-Бест», Росія. Вміст нуклеарного фактора-кВ в сироватці крові визначали за допомогою тест-систем «Elabscience», Китай (ELISA). Оцінку ефективності БТ ЮРА проводили відповідно до критеріїв Американського Коледжу Ревматологів (American College of Rheumatology - ACR), за якими оцінюється динаміка клінічних та лабораторних показників запалення. Динамічне спостереження за дітьми обох підгруп тривало 2 роки, з проведенням контрольного обстеження через 6, 12 та 24 місяці після початку БТ.

Результати дослідження. Серед дітей першої групи клінічна ефективність фармакотерапії на рівні АКР 30 була досягнута у 37,5±2,7% пацієнтів, у 46,8±2,4% дітей вона досягла рівня АКР 50 та ще у 9,3±2,9% випадків досягла АКР 70. У дітей другої групи за 24 місяці БТ досягнути рівня АКР 30 вдалось у 56,0±3,4% пацієнтів, ще у 20,0±2,8% ефективність терапії сягала рівня АКР 50 та у 4,1±1,2% отримали результат АКР 70. У дітей третьої групи терапевтичний ефект на рівні АСР 30 був встановлений у 54,5±2,1% пацієнтів, у 27,2±1,9% дітей спостерігалась терапевтична відповідь на рівні АСР 50. Ефект пригнічення активності запального процесу спостерігався у дітей трьох груп під впливом базисної терапії. Однак достовірно краща терапевтична відповідь спостерігалась саме у дітей першої групи, на фоні застосування метотрексату, що проявлялось зниженням показників ІЛ-1β (на 38,7±3,7%) та особливо ІЛ-6 (на 36,3±3,8%), NF-кВ (на 32,4±2,4%) у порівнянні з показниками до лікування та перевершувало такі у дітей другої та третьої груп. Зниження вмісту NF-кВ підтверджує більш виражену цілеспрямовану протизапальну активність метотрексату у порівнянні з іншими препаратами БТ.

Висновки. Таким чином, на фоні базисної терапії із застосуванням хворобомодифікуючих протиревматичних препаратів вдалось досягти високих показників ефективності лікування за критеріями АСР, однак мета терапії – пригнічення імунозапальної відповіді та утримання фармакологічного ефекту повною мірою можлива за рахунок призначення метотрексату.

СТАН ЗДОРОВ'Я НОВОНАРОДЖЕНИХ І ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ У МАТЕРІВ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ ПУХЛИН І РАННЬОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯЄЧНИКІВ

Єгоров О.О.

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

Своєчасне виявлення та лікування ранніх стадій раку створює підставу для формування нового напрямлення – функціонально-зберігаючого лікування. Використання органозберігаючих методів лікування початкових форм раку статевих органів забезпечують надійне виликування цих хворих та збереження репродуктивної функції у молодих жінок.

Питання про стан новонароджених і дітей, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників та його вплив на розвиток дитини в постнатальному житті висвітлений у літературі вкрай недостатньо.

Метою дослідження було вивчення стану новонароджених і дітей, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників.

Матеріали і методи. В основну групу увійшли 50 новонароджених, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників. Контрольну групу склали 40 новонароджених, які народилися у матерів з фізіологічним перебігом вагітності і неускладненим анамнезом.

Результати дослідження. Діти, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників, мали оцінку за шкалою Апгар 8-8 і 8-9 балів. Середня вага новонароджених склала 3100 ± 256 г. В основній групі 2 (4,0%) дітей мали при народженні вагу менше 2500 г, 3 (6,0%) дітей мали при народженні вагу від 2500 до 2999 г, 41 (82,0%) – від 3000 до 3499 г, 4 (8,0%) – від 3500 до 4000 г. Всі діти основної групи зростають і розвиваються нормально. Відставань в розумовому і фізичному розвитку не виявлено. Термін спостереження від 1 до 17 років.

Всі діти контрольної групи при народженні оцінені за шкалою Апгар в 8-9 балів. Середня вага склала 3410 ± 284 г. У контрольній групі 1 (2,5%) новонароджений мав вагу менше 2500 г, 2 (5,0%) – від 2500 до 2999 г, 23 (57,5%) – від 3000 до 3499 г, 14 (35,0%) – від 3500 до 4000 г. Перинатальна смертність в обох групах склала 0%.

Висновки. Таким чином, отримані нами дані підтверджують, що всі діти, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування з приводу пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників, зростають і розвиваються без істотних відхилень від вікових норм. Відставань в розумовому і фізичному розвитку не виявлено. Усе вищевикладене дозволяє засвідчити відсутність негативного впливу перенесеного онкологічного захворювання на здоров'я дітей у матерів, які перенесли органозберігаюче лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М.

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

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається найбільш поширеним серцево-судинним захворюванням у всьому світі, в тому числі й на Україні, що дає підставу назвати її масштабною неінфекційною пандемією. Однією з тривожних тенденцій останнього десятиріччя є «омолодження» гіпертонічної хвороби.

Метою нашого дослідження було вивчення фізичного розвитку (ФР) дітей з АГ, що знаходились на лікуванні в кардіопульмонологічному відділенні КЗ «ДДКМЛ №2» ДОР. ФР вивчали згідно з положенням наказу МОЗ України №802 від 13.09.2013 року «Про затвердження критеріїв оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку». Згідно з анамнестичними даними оцінка фізичного розвитку досліджуваних нами дітей не проводилась протягом 2-х і більше років.

Матеріали і методи. Обстежено 58 дітей віком 10-18 років. За даними добового моніторування АГ було встановлено, що майже 40% (14) дітей мали стабільну форму АГ, лабільну форму - 35 (13%), гіпертензія «білого халата» виявлена у 15% (5), передгіпертензія - у 10,2% (4 дітей).

Результати дослідження. Аналіз проведених досліджень показав, що близько 58,8% дітей мали середній ФР, 23,5% - вище середнього і 11,8% високий, тоді як лише у 5,9% пацієнтів ФР виявився нижче середнього.

Окрім генетичної схильності, на виникнення і прогресування АГ впливає ряд чинників ризику, що модифікуються. Одним з найбільш значущих з них є надлишкова маса тіла, яка є фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань і має тенденцію до підвищення частоти.

У більше половини випадків (52,9%) виявлено дисгармонійність розвитку, яка зумовлена надмірною вагою та перевищенням окружності грудної клітки за рахунок збільшеного жировідкладання. Ожиріння I-IV ступенів зареєстровано у 47,1%, причому у дітей, що мали середні та вище середнього показники зросту.

Виявлено, що в групі із стабільною АГ кількість підлітків з надлишковою масою тіла і ожирінням (76,7%) була достовірно вищою в порівнянні з групою підлітків з лабільною формою АГ. Частота надлишкової маси тіла у підлітків з передгіпертензією була виявлена в 72,2% випадків.

Близько третини дітей мали нормотрофію (35,3%) і в 17,6% випадків діагностована білково-енергетична недостатність, ступінь якої відображає масо-ростовий показник.

Необхідно відзначити, що білково-енергетична недостатність мала місце в тих випадках, коли показники росту були або вище середнього або середніми, а маса тіла – нижче середньої.

Висновки. Таким чином, у дітей з артеріальною гіпертензією в більшості випадків реєструється дисгармонійність ФР за рахунок ожиріння різного ступеня, яке є найбільш важливим фактором ризику у виникненні і прогресуванні АГ, а тому оцінка ФР для цих хворих має дуже важливе клінічне та прогностичне значення і вимагає більш частого моніторування його показників з наступною корекцією харчування й режиму дня.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ АСПІРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ ЦНС

Ізюмець О.І., Лайко Л.І., Шевчук О.В.

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

Актуальність: Серед причин ранньої неонатальної смертності новонароджених синдром масивної аспірації займає 7-е місце. Тенденція до зниження відмічається при впровадженні нових моніторних методів контролю стану плода під час пологів, а також збільшення частоти кесаревого розтину, що виконується по різних показаннях. Рання діагностика та профілактика аспіраційного синдрому залишаються резервом для зниження показників перинатальної захворюваності та смертності.

Мета. Рентгенологічна візуалізація для встановлення ступенів тяжкості аспіраційного синдрому при перинатальних ураженнях ЦНС.

Матеріали і методи. В нашому дослідженні ми скористалися патентом на корисну модель «Спосіб діагностики ступеня тяжкості аспіраційного синдрому у новонароджених з перинатальними ураженнями ЦНС», який здійснюють шляхом проведення рентгенографії органів грудної клітки, визначаючи: стан правого купола діафрагми, величина кардіо-торакального індексу (КТІ), вогнищеві та інфільтративні зміни. Всього було обстежено 30 новонароджених.

Результати дослідження. За результатами рентгенографії у новонароджених з ГП ЦНС з супутньою патологією (аспіраційний синдром – 15) встановлено: у віці 1-3 доби - I ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей (без аспіраційної пневмонії) та II ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей (1 з та 1 без аспіраційної пневмонії). У віці 4-7 діб - I ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей (1 з та 1 без аспіраційної пневмонії) та II ступінь аспіраційного синдрому у 6 дітей (2 з та 4 без аспіраційної пневмонії). У віці більше 8 діб – I ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей (без аспіраційної пневмонії) та II ступінь аспіраційного синдрому у 1 дитини (з аспіраційною пневмонією). За результатами рентгенографії у новонароджених з ГП ЦНС без супутньої патології (10) встановлено: I ступінь аспіраційного синдрому у 6 дітей (аспіраційна пневмонія у 2); II ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей (всі з аспіраційною пневмонією); III ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей (всі з аспіраційною пневмонією). За результатами рентгенографії у новонароджених з ГП ЦНС з іншою супутньою патологією (5) I ступінь аспіраційного синдрому встановлено у пацієнтів з краніо-спинальною пологовою травмою з аспіраційною пневмонією (1), з внутрішньоутробною пневмонією з дистрес-синдромом легкого ступеня (1), стигмами дизембріогенезу (1). При неонатальній жовтяниці (2) встановлено I та II ступінь аспіраційного синдрому з аспіраційною пневмонією.

Висновки: При більш ранній рентгенологічній діагностиці (до 3-х діб) виявлявся легкий ступінь аспіраційного синдрому та не спостерігались ускладнення у вигляді аспіраційної пневмонії. Визначення рентгенологічних критеріїв ступенів тяжкості аспіраційного синдрому дають можливість більш об'єктивно оцінювати стан новонародженого. Рентгенологічні критерії ступенів тяжкості аспіраційного синдрому дозволяють не лише поставити правильний діагноз, а також контролювати ефективність своєчасно проведеного лікування та прогнозувати розвиток ускладнень.

ДО СВОЄЧАСНОГО ВИЯВЛЕННЯ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Квашніна Л.В., Ігнатова Т.Б.

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

Одним із тяжких захворювань у дорослому житті є артеріальна гіпертензія (АГ), яка починає формуватися у дитячому віці та тривалий час не має клінічних проявів. Частота АГ у дітей та підлітків, за даними різних авторів (Волосовець А.П та спів., Майданник В.Г. та спів., Коренев М.М. та спів.), коливається від 6 до 18%, а одним із ризиків її розвитку є вегетативна дисфункція (ВД).

Мета дослідження - вивчення особливостей артеріального тиску (АТ) у дітей шкільного віку з вегетативною дисфункцією.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети проведено клініко-лабораторне дослідження 157 дітей шкільного віку з проявами ВД з використанням оцінки добового стану АТ (ДМАТ) при звичайному режимі дня за стандартним протоколом з визначенням: систолічного (САТ), діастолічного (ДАТ) і середнього АТ (сер. АТ) за добу, у денний та нічний час, їх варіабельність, добовий індекс (ДІ) та індекс часу (ІЧ) гіпертензії.

Результати. У 4,4% дітей з ВД виявлено високі значення САТ та ДАТ у денний час (вище 95 центиля), що дозволило у них запідозрити первинну АГ. У 11,6% дітей показники САТ та у 8,0% дітей показники ДАТ у денний час знаходились у межах «нормально високого». У нічний час у 10,1% дітей значення САТ і у 6,1% значення ДАТ також знаходились у межах 90-95 центиля, що дало змогу віднести цих дітей до групи ризику по розвитку АГ. Найбільш характерним для ВД є підвищена варіабельність АТ в активний період часу. Підвищена варіабельність ДАТ виявлена у 72,9% дітей, САТ - у 48,9% дітей. При оцінці рівня ІЧ підвищення цього показника тільки для САТ визна-

чалось у 18,5% дітей і у 10,1% дітей ІЧ був вищий для ДАТ. 4,4% дітей мали підвищення ІЧ у денний час одночасно для САТ і ДАТ. При аналізі ДІ тип non – dippers (недостатнє нічне зниження АТ) для САТ спостерігався у 21,5% дітей. Даний добовий профіль АТ для ДАТ виявлено у 9,6% дітей. Це один із типів АТ, який характерний для літніх людей, які страждають на АГ. Тому цей тип добового профілю АТ є ризиком розвитку серцево-судинної патології у майбутньому. Надлишкове нічне зниження АТ (тип over – dippers) виявлено у 8,1% дітей. Ця група дітей має ризик розвитку артеріальної гіпотензії. При оцінці щоденників подій, які вели діти та їх батьки, транзиторні підвищення АТ частіше відмічались під час фізичного навантаження (прогулянки, ходьба, заняття спортом і танцями), а також у спокійному стані під час виконання домашнього завдання, читання книг, під час гри на комп'ютері, перегляду телевізора.

Висновки. У дітей з ВД характерним є наявність підвищеної варіабельності АТ у денний час та нормалізація у нічний час, підвищення навантаженням систолічним та діастолічним АТ. У 4,4% дітей була виявлена первинна АГ, 12,4% дітей мали ризик розвитку денної і 16,2% дітей – нічної АГ. При аналізі добового циркадного ритму 31,1% дітей мали добовий профіль non – dippers, тип over – dippers – 8,1% дітей, що також мають ризик розвитку серцево-судинної патології. Тому метод ДМАТ дозволяє підвищити ефективність діагностики АГ та виділити групу ризику щодо її розвитку з метою своєчасною ранньої профілактики розвитку АГ у майбутньому.

ДИНАМИКА ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Кобец Т.В., Черняева Е.С., Гостищева Е.В., Иванов М.С., Пащенко И.В.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь

Актуальность исследования обусловлена недостаточной изученностью процессов, обуславливающих взаимодействие иммунореактивных процессов с уровнем эндогенной интоксикации и отсутствием единого подхода в понимании того, почему в одних случаях обструктивный бронхит протекает классически, а в других осложняется торпидным течением.

Цель работы: изучить прогностическую значимость интегральных гематологических индексов для оценки характера иммунореактивного ответа, как фактора риска осложненного течения обструктивного бронхита у детей.

Материалы и методы: нами были использованы клиничко-anamnestические данные (сбор анамнеза, общий анализ крови, расчет гематологических индексов: индекс Гаркави, лейкоцитарный индекс, индекс Кальф-Калифа, сдвига лейкоцитов, индекс Даштаянц, а также индекс аллергизации), математические и статистические методы исследования (расчет средних величин, методы корреляционного анализа, расчет достоверности). Обработка произведена в пакете Statistica 6.0. Общий объем репрезентативной выборки 32 ребенка, возраст от 1 до 5 лет с диагнозом «Обструктивный бронхит» (ОБ). Выделение данной возрастной группы обусловлено в первую очередь тем, что у этих детей имеется физиологически обусловленный лимфоцитоз, что характеризует данную группу как однородную.

Результаты. Известен факт, что одним из признаков интоксикации является повышение температуры тела – это стимулирует работу всех систем организма на борьбу с патогенами и оказывает иммуностимулирующее влияние, но по мере ухудшения состояния происходит истощение защитных сил организма, что может приводить к усугублению патологического процесса и снижению сопротивляемости к инфекции, проявляясь более торпидным течением заболевания с возможным развитием осложнений. Данное утверждение подтверждается результатами нашего исследования: в начале заболевания у детей, больных ОБ и фебрильной температурой тела, имеется достоверное повышение лейкоцитарного индекса (ЛИ) - $(1,06 \pm 0,21, p < 0,05, \text{ норма } 0,55 \pm 0,05)$ и индекса Гаркави $(1,27 \pm 0,26, p < 0,05, \text{ норма } 0,4 \pm 0,04)$, что свидетельствует о лимфоцитозе и снижении сегментоядерных нейтрофилов у больных, данная реакция обеспечивает усиленную работу клеточного иммунитета и является прогностически благоприятным показателем. Как показывает исследование, по мере ухудшения состояния и усугубления степени ДН, наблюдается снижение иммунореактивных процессов в организме ребенка, что сопровождалось достоверным снижением индекса Гаркави $(1,49 \pm 0,12, p < 0,05, \text{ норма } 0,4 \pm 0,03 \text{ при ДН0 ст. в } 1,8 \text{ раза меньше при ДН2 ст. } 0,84 \pm 0,8, p < 0,05)$ и ЛИ $(1,23 \pm 0,11, p < 0,05, \text{ норма } 0,55 \pm 0,05 \text{ при ДН0 ст. и } 0,78 \pm 0,25, p < 0,05 \text{ при ДН2 ст.})$. У всех детей был определен рост индекса аллергизации, при этом наибольшее значение у пациентов с благоприятным течением заболевания (при ДН0 ст. $1,74 \pm 0,2, p < 0,05, \text{ норма } 0,95 \pm 0,05$ и при нормальной температурной кривой $1,77 \pm 0,05, p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у детей с обструктивным бронхитом имеется достоверное изменение интегральных индексов крови, что позволяет охарактеризовать состояние иммунного ответа у больных и выделить факторы риска развития осложненного течения заболевания: повышение индексов Гаркави, ЛИ и индекса аллергизации. Использование данных индексов является прогностически значимым для оценки тяжести состояния, риска развития осложнений и эффективности проводимого лечения. Получены достоверные данные о том, что проведение комплексной оценки гематологических показателей является более информативным, чем изучение только отдельных показателей гемограммы, что позволит оценить развитие, тяжесть и течение воспалительного процесса, оценить степень интоксикации и характер иммунореактивных процессов в организме.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАКТИВНОСТІ ТА АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ШКОЛЯРІВ З УРАХУВАННЯМ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ENOS

Колоскова О.К., Білик Г.А., Білоус Т.М., Ортеменка Є.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета дослідження: вивчити особливості реактивності та активності запалення дихальних шляхів у дітей шкільного віку, хворих на еозинофільний та нейтрофільний фенотипи бронхіальної астми (БА), з урахуванням поліморфізму гена ендотеліальної синтази оксиду нітрогена (eNOS).

Матеріали і методи. На базі обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 35 школярів, хворих на БА. На підставі результатів цитологічного аналізу мокротиння, індукованого шляхом інгаляцій серійних розведень гіпертонічних розчинів (3%, 5%, 7%) натрію хлориду за методом I.D. Pavord у модифікації Pizzichini M.M. (1996), сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу (I) групу склали 22 дитини (62,8%) із еозинофільним фенотипом БА, який діагностували за наявності в мокротинні 3% і більше еозинофільних лейкоцитів. До другої (II) групи порівняння увійшло 13 (37,2%) пацієнтів із нееозинофільним/нейтрофільним фенотипом захворювання, який діагностували при відносному вмісті в цитограмі мукоспіну менше, ніж 3% еозинофілів, або за їх відсутності. Загальну геномну ДНК виділяли з периферійної крові, для генотипування eNOS за одонуклеотидною заміною G894T (Glu298r Asp) отримані продукти (очікувана довжина 250 нп) полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) обробляли рестриктазою Eco24 I (=BanI). При цьому за наявності алелю G дикого типу рестриктаза розщеплювала ПЛР-продукт на два фрагменти довжиною 90 та 160 нп, а за наявності мутантного алелю T ПЛР-продукт залишався нерозщепленим. Діагностичний комплекс включав визначення вмісту метаболітів монооксиду нітрогена (NO) в конденсаті видихуваного повітря (КВП) за Ємченко Н.Л. (1994) та рівня реактивності бронхів за індексом бронхоспазму (ІБС) у відповідь на фізичне навантаження із урахуванням бронхомоторної реакції після інгаляції сальбутамолу (показник лабільності бронхів, ПЛБ). Одержані результати дослідження аналізували з використанням непараметричного методу кутового перетворення Фішера (Рф).

Результати досліджень. У хворих з нейтрофільним фенотипом БА за генотипу eNOS GT визначались виразніші ознаки активного запального процесу бронхів та їх підвищена лабільність. Так, у цих дітей вміст метаболітів NO в КВП складав 47,8 мкмоль/мл, а ПЛБ - 39,4%. У пацієнтів I групи дані показники відповідно дорівнювали 39,2 мкмоль/мл та 16,8% ($p < 0,05$). Індекс бронхоспазму в дітей з еозинофільним характером запалення бронхів при генотипі eNOS GG становив у середньому 12,4%, а за мутації eNOS - 14,0%. У хворих групи порівняння ІБС становив відповідно 13,6% ($P > 0,05$) та 15,6% ($P > 0,05$).

Висновки. Таким чином, вивчена мутація гена eNOS у хворих на бронхіальну астму дітей із еозинофільним і нейтрофільним характером запалення бронхів лише певною мірою впливає на виразність гіперреактивності й активності запалення бронхів.

ПРОФІЛАКТИКА БОЛЮ ТА СТРЕСУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кончаковська Т.В.*, Бакаєва О.М.*, Костюкова Д.М.****

* - Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ

*** - Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

Біль та стрес - це неприємне відчуття та емоційне випробовування, яке пов'язане з наявним або можливим пошкодженням тканин, або відчувається під час такого пошкодження (N. Katz, F.M.Ferrante). Біль у новонароджених часто не розпізнається, ігнорується або навіть заперечується.

У відділеннях Неонатального центру НДСЛ «ОХМАТДИТ» запроваджена програма контролю болю в новонароджених, яка включає наступне: регулярну оцінку для виявлення болю, зменшення кількості болісних процедур, ефективне застосування фармакологічних і нефармакологічних методів попередження болю при проведенні звичайних «малих» процедур, ефективне знеболення при проведенні хірургічних втручань та інших «великих» процедур.

Новонароджені діти, навіть недоношені, відчувають біль, про що свідчить зміна їх поведінки, фізіологічного стану, нейроендокринні та метаболічні порушення. Біль і стрес у новонароджених виникають внаслідок хвороби, а також під час проведення діагностичних і лікувальних процедур, навіть таких як санація, введення шлункового зонду, відклеювання липкої стрічки, зміна підгузків, фізіотерапія грудної клітки, фізикальний огляд, вплив стимулів зовнішнього середовища.

Виділяють негайні наслідки відчуття болю у дітей (збудження, страх, порушення сну, збільшення споживання кисню, вентиляційно-перфузійні порушення, зменшення засвоєння їжі, підвищення кислотності шлунка), короткотермінові (підвищення катаболізму, порушення функції імунної системи, повільне одужання, порушення емоційного зв'язку) та віддалені наслідки (пам'ять болю, затримка

розвитку, порушення відповіді на болісні відчуття в подальшому). Тривалий біль має особливості: новонароджені стають пасивними, рухова активність зменшена або відсутня, міміка відсутня, виникає брадикардія, зміни у частоті дихання, зменшується споживання кисню, що вказує на намагання зберегти енергію. Тривалий і повторний біль підвищує реакцію на наступні больові стимули (гіпералгезія) або навіть безболісні процедури (аллодинія).

Тяжкість болю і ефекти анальгезії оцінюється у новонароджених за допомогою затверджених шкал: PIPP (Premature Infant Pain Profile), CRIES (Scale for Neonatal Postoperative Pain Assessment), N-PASS (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale) і PAT (Pain Assessment Tool) з частотою, що рекомендована для кожної шкали, а також до, під час і після проведення болісних маніпуляцій. При наявності больового синдрому знеболення проводиться в залежності від ступеня тяжкості болю на момент його оцінки.

Основами стратегії профілактики та лікування болю у новонароджених є усвідомлення здатності дитини відчувати біль, знання ситуацій, в яких дитина може відчувати біль, попередження болю, оцінка причини і ступеню болю, фармакологічні втручання, нефармакологічні втручання, модифікація техніки проведення діагностичних і лікувальних процедур. Нефармакологічні втручання доцільно застосовувати лише як додаток до фармакологічних методів полегшення гострого болю.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЮНАКІВ НА ЕТАПАХ ПІДГОТОВКИ ДО ВІЙСЬКОВІЙ СЛУЖБИ

**Коренєв М.М., Пересипкіна Т.В., Сидоренко Т.П., Голубнича Г.І.,
Нечипоренко Н.І., Самсоненко В.І. ***

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

*Харківська міська дитяча поліклініка №2, м. Харків

Серед основних чинників, які здатні впливати на здоров'я призовної молоді, дослідники цієї проблеми вказують на організаційно-медичні фактори, серед яких провідне місце належить недостатності якості та забезпечення лікувально-профілактичної допомоги підліткам на етапах підготовки їх до служби в армії. Тому одним із завдань науково-дослідної роботи щодо підвищення рівня здоров'я та придатності юнаків до військової служби стало розв'язання питання експертної оцінки організації лікувально-оздоровчих заходів хлопцям із відхиленнями у стані здоров'я на підставі аналізу первинної медичної документації, у якій зафіксовано обсяг наданої медичної допомоги (387 форм). Дослідження проводилось у двох міських та двох сільських районах м. Харкова та Харківській області.

Після проведення медичного огляду на рівні райвійськкоматів юнаки отримували направлення до лікувально-профілактичних закладів. У подальшому 72,7% юнаків міста пройшли стаціонарне лікування та 27,3% - амбулаторне. Серед юнаків сільської місцевості 46,5% мали стаціонарне лікування, амбулаторне лікування було проведено 53,5% хлопців. Тобто має місце зміщення акцентів при проведенні лікувально-оздоровчих заходів серед юнаків міста на стаціонарне лікування, у сільській місцевості - на амбулаторне. Так, до закладів міста, у яких проводилося лікування юнаків призовного віку, відносяться обласні клінічні лікарні (41,7%); міські клінічні лікарні (31,3%), урологічний центр (6,3%), шкірно-венерологічний диспансер (6,3%); клініки науково-дослідних установи НАМН України (8,4%). Серед медичних установ, у яких юнаки сільської місцевості отримали амбулаторну допомогу, визначені центральні районні лікарні (64,0%); обласні клінічні лікарні (23,0%); шкірно-венерологічний диспансер (3,6%); обласні стоматологічні лікарні (2,2%).

З числа юнаків із різним ступенем придатності до військової служби знаходились під диспансерним наглядом до моменту приписки до дільниці 53,0% міських та 29,6% сільських юнаків. Після медичного огляду під диспансерний нагляд взято 37,7% міських та 19,6% сільських юнаків.

При аналізі «відривних талонів лікувальних карт» встановлено, що у 54,3% підлітків із відхиленнями у стані здоров'я не вказувалось лікування, яке було проведено. Якість ведення медичної документації у сільських лікувально-профілактичних закладах була кращою, ніж у міських поліклініках.

Таким чином, отримані дані щодо участі закладів різного підпорядкування у проведенні лікувально-оздоровчої роботи серед призовної молоді, організації диспансерного нагляду та аналіз ведення первинної медичної документації дозволив виявити резерви покращання медичного забезпечення юнаків на етапах підготовки до військової служби.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РАНЬОЇ НЕОНАТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Костюк О.О., Шуцько Є.Є., Краснова Ю.Ю., Сюрха Ю.П.

НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ

Рання бактеріальна інфекція новонароджених (інфекції, що виникають впродовж 72 годин після народження) є однією з основних причин неонатальної смертності та захворюваності.

Неонатальний сепсис залишається провідною причиною смерті новонароджених в економічно розвинутих країнах світу. Щороку збільшується питома вага бактеріального сепсису в структурі причин неонатальної смертності та захворюваності. Враховуючи недосконалість клінічної та лабораторної діагностики сепсису в Україні, достовірна статистична інформація практично відсутня.

Найчастіше збудниками раннього сепсису є *Streptococcus agalactiae* (стрептокок групи В), кишкова паличка (*E.coli*), ентерококи, лістерії. Стрептококи інших видів, інші грам-негативні бактерії та анаероби досить рідко викликають неонатальний сепсис. У країнах з менш розвинутою медициною з раннім сепсисом новонароджених частіше асоціюються грам-негативні мікроорганізми: *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*, ентерококи, лістерії, а з грам-позитивних бактерій це золотистий та епідермальний стафілококи, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, натомість стрептококи групи В виявляються рідше.

Труднощі, пов'язані з розпізнаванням факторів ризику, своєчасним діагностуванням випадків раннього сепсису і надання ефективної медичної допомоги хворим новонародженим існують в багатьох країнах, де не прийнято відповідної системи, тому що існують значні розбіжності стосовно тактики надання допомоги у випадку ризику раннього початку неонатальної інфекції. Згідно з сучасними міжнародними рекомендаціями, важливо дотримуватись системного підходу до ведення таких випадків, враховуючи при цьому необхідність:

1. Запобігання передачі інфекції здоровим жінкам та немовлятам шляхом впливу на можливі механізми їх колонізації;
2. Мінімізації вертикальної передачі потенційного збудника від матері до дитини;
3. Негайного початку лікування новонароджених при встановленні підозри на ранню неонатальну інфекцію;
4. Раціонального застосовування антибіотиків з метою уникнення розвитку резистентності.

Запровадити міжнародну медичну практику ведення новонароджених з ризиком розвитку ранньої неонатальної інфекції в Україні має впровадження відповідної клінічної настанови на основі даних доказової медицини, яка містить рекомендації з попередження, діагностики лікування ранніх неонатальних інфекцій, в тому числі сепсису. В основу рекомендацій цієї настанови покладено п'ять ключових принципів:

- Антибіотикопрофілактика в пологах має здійснюватися своєчасно всім жінкам з факторами інфекційного ризику;
- Новонароджених з підозрою на ранню неонатальну інфекцію слід починати лікувати якомога швидше;
- Негативний вплив антибіотиків має бути зведений до мінімуму;
- Для забезпечення здійснення рекомендацій настанови в повному обсязі необхідна комплексна система медичної допомоги;
- Якщо ситуація не є небезпечною, родині має бути запропонований вибір.

ПАРОКСИЗМАЛЬНІ СТАНИ НЕЕПІЛЕПТИЧНОГО ҐЕНЕЗУ У ГЛИБОКО НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ: КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ПАРАЛЕЛІ

Костюкова Д.М., Орлова Т.О., Чайковська О.Е., Борисова Л.М., Ніконова Л.В.

Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

Ефективність, безпека, якість діагностики, лікування та виходжування глибоко недоношених дітей забезпечується стандартами надання перинатальної допомоги передчасно народженим дітям. В структурі перинатальної захворюваності та катamnестичного спостереження за дітьми проблема розвитку неврологічного дефіциту займає важливе місце. За даними статистики у новонароджених адекватно діагностуються менше, ніж 10% судомних станів. У 80% випадків судоми виявляються субклінічно (L. Hellström-Westas). Серед клінічних пароксизмальних (так званих «судомних») станів тільки у 1/3 випадків підтверджується судомна активність за даними електроенцефалографії (ЕЕГ), а в 2/3 випадків змін не реєструється (Mizrahi EM, Kellaway P.). Більшість клінічних «судомних» станів не підтверджується даними електроенцефалографічного моніторингу, виникає клініко-електроенцефалографічна дисоціація, яка потребує швидкого визначення тактики обстеження та проведення лікувальних заходів.

До пароксизмальних станів неепілептичного ґенезу у глибоко недоношених дітей відносяться: епізоди десатурації, не пов'язані з кардіо-респіраторною недостатністю; рухові пароксизми (здригування, міоклонії, короточасні напруження, рефлексивні сегментарно-автоматизму, спонтанний рефлекс Бабінського, циклічні рухи, гримаси); вегетативні пароксизми (мраморність, збліднення, гіперсаливація, гикавка, нестабільність температури тіла, крехтання), синдром Сандіфера (грижа стравохідного отвору діафрагми та

гастроезофагеальний рефлюкс), офтальмологічні безсудомні феномени (ністагм, фіксований погляд, девіація очних яблук, симптоми Грефе, опсоклонус).

ЕЕГ являє собою базовий інструментальний метод в діагностиці судом та проведенні диференційної діагностики пароксизмальних станів. Введення в діагностику цифрового ЕЕГ з відеомоніторингом згідно зі стандартним протоколом дослідження у новонароджених (The American Clinical Neurophysiology Society's Guideline on Continuous EEG Monitoring in Neonates), значно підвищує ефективність та чутливість методу.

На базі відділень інтенсивного виходжування глибоко недоношених дітей та інтенсивної терапії новонароджених ЕЕГ-моніторинг був проведений 110 новонародженим. Судоми виявлені у 42 (38,2%), субклінічний перебіг мали 30 (27,3%), пароксизмальні стани неепілептичного генезу в 38 (38%) дітей. Пароксизмальні стани неепілептичного генезу були обумовлені вегетативними пароксизмами, гастроезофагальним рефлюксом, метаболічними та електролітними порушеннями, руховими пароксизмами, нейрофізіологічно незрілістю структур головного мозку. В динаміці після початку лікування субклінічних судом відбувалось покращення ЕЕГ- патерну протягом 3-5 діб.

Раннє виявлення пароксизмальних станів неепілептичного генезу дозволило уникнути помилкового лікування протисудомною терапією, своєчасно скоригувати тактику обстеження та проведення адекватних лікувальних заходів, зумовило клінічну та економічну ефективність лікування та виходжування дітей. Стандарти діагностики та лікування забезпечуються виконанням положень клінічного протоколу. Доцільно розробити протокол клінічного ведення новонароджених з пароксизмальними станами різної етіології.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ДЕКАСАНОМ У ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ ДІТЕЙ

Крамаренко Н.М., Іванусь С.Г.

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

Висока питома вага гострих респіраторних вірусних інфекцій, зумовлена великою різноманітністю збудників, висуває цю проблему в число найбільш актуальних у педіатрії. Часті інфекції верхніх дихальних шляхів зумовлюють медико-соціальний аспект проблеми, погіршуючи якість життя як дітей, так і їх батьків.

Респіраторні інфекції у дітей, які часто хворіють, нерідко асоціюються з розвитком хронічних вогнищ інфекції в ЛОР-органах (аденоїдит, тонзиліт, синусит і т.д.) та в нижніх дихальних шляхах (ларинготрахеїт, бронхіт).

Враховуючи вірусно-бактеріальну етіологію, основу етіотропної терапії повинні складати противірусні й антибактеріальні засоби.

Та все ж призначення цих препаратів вимагає суворого диференційованого підходу. І тому перспективним для лікування будь-яких запальних захворювань верхніх та нижніх дихальних шляхів є подача лікарських препаратів через інгалятор з потраплянням антибактеріальної речовини безпосередньо у вогнище запалення.

До ефективних антисептиків відноситься препарат «Декасан» виробництва корпорації «Юрія-Фарм», діючою речовиною якого є декаметоксин. Декасану належить бактерицидна дія у відношенні грампозитивних, грамнегативних, атипичних і анаеробних бактерій, вірусцидна дія. Препарат високоактивний у відношенні мікроорганізмів, стійких до антибіотиків, потенціює дію антибіотиків, інактивує екзотоксини. Крім того, декасану належить протизапальна, десенсибілізуюча та імуностимулююча дії.

Матеріали і методи. Ми дослідили клінічну ефективність препарату при інфекціях верхнього відділу респіраторного тракту в 20 часто хворіючих дітей (I група), у 15 дітей з гострим бронхітом (II група), у 15 дітей з рецидивуючими бронхітами (III група) віком від 3 до 14 років. Всі діти отримували декасан інгаляторно в нерозведеному вигляді по 2-4-6 мл 2 рази на день протягом 5-7 днів. Системну антибактеріальну терапію наші пацієнти не одержували.

Результати. При застосуванні інгаляційної терапії декасаном клінічна картина інфекції верхніх і нижніх відділів респіраторного тракту мала швидку позитивну динаміку: в I групі дітей вже на 3-й день лікування було зареєстровано суттєве зменшення таких симптомів, як закладеність носа, кількість носового секрету, частота кашлю, збільшення його продуктивності. До 7 дня терапії практично у всіх хворих дані симптоми були відсутні. У дітей контрольної групи катаральні явища змінилися до 7-10 дня, а зникли до 10-14 дня. В II та III групах пацієнтів уже на третю добу кашель став продуктивним, покращилися реологічні властивості мокрот (зменшилась в'язкість) і її прозорість до 3-5 дня. Одування наступало раніше, в середньому на 2-3 дні, у порівнянні з групою дітей, які не одержували декасану. Слід відзначити, що в III групі ми зареєстрували зменшення рецидивів на 1/3 майже у 50% хворих.

В цілому ефективність декасану виявилась позитивною в 15 (78%) хворих у I групі, у 12 (80%) – в II групі, у 10 (66,7%) – в III групі. Переносимість препарату була добра, при цьому не було жодних небажаних ефектів.

Висновки. Таким чином, застосування інгаляційної терапії декасаном ефективне в більшості дітей, які часто і довго хворіють, та дозволяє істотно знизити системне вживання антибіотиків, кількість ускладнень, загострень і пришвидшити одужання пацієнтів.

КОНЦЕПЦІЯ ПРОЛІКІВ У СУЧАСНІЙ ТА МАЙБУТНІЙ ПЕДІАТРІЇ

Кривопустов С.П.

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

Проліки (prodrugs) - фармакологічно неактивні речовини, які при введенні в організм набувають активності після відповідного хімічного або метаболічного перетворення. Цей термін запропонував Adrian Albert в 1958 році, а Norman J. Harper в 1959 році доповнив його питаннями латентності лікарських засобів. Серед історично перших проліків – уротропін (А.М. Бутлеров, 1859, Артур Ніколайер, 1894).

Основні переваги проліків: поліпшення прийнятності для пацієнта, зміни абсорбції, біорозподілу, метаболізму, елімінації тощо. Так, можливе усунення неприємного смаку, зменшення болю в місці ін'єкції, покращення абсорбції, зниження токсичності, посилення хімічної стабільності, зменшення метаболічної інактивації, подовження або вкорочення дії.

Серед проліків виділяють наступні варіанти: «речовина-носіє - активна речовина» (carrier - linked prodrug) і «біопрекурзори» (bioprecursor prodrug). Carrier - linked prodrug містять тимчасовий зв'язок активної речовини з носієм, котрий може бути легко видалений *in vivo*, зазвичай гідролітичним розщепленням. Можливий спрямований транспорт активної речовини, а якщо носій буде розпізнаватися клітиною-мішенню, то можна досягти значної вибіркової дії. Проводяться дослідження в галузі спрямованої фармакотерапії. Так, з'єднання протиракових препаратів з носіями вводяться в систему кровообігу й транспортуються безпосередньо в пухлину. Bioprecursor prodrug - проліки, які в початковому стані неактивні, але в процесі метаболізму з них утворюється активна речовина. В цілому, активація може відбуватися метаболічним ферментативним шляхом або ж хімічним шляхом, спонтанною біотрансформацією. Double prodrug трансформуються *in vivo* у дві стадії, в mutual prodrug одні ліки служать носієм для інших.

Деякі проліки вже активно використовують в сучасній фармакотерапії. Наприклад, бромгексин в печінці перетворюється на активний амброксол. Осельтамівір піддається гідролізу й перетворюється на активну форму осельтамівіру карбоксилат. Преднізон активується в печінці шляхом гідроксильовання на преднізолон. Еналаприл ферментами печінки розщеплюється й виділяє еналаприлат, який блокує АПФ набагато активніше. Ефіри ампіциліну мають більш високу ліпофільність, що забезпечує їх кращу всмоктуваність. Ефіри еритроміцину стабільні до дії соляної кислоти в шлунку, при цьому нівелюється гіркий смак левоміцетину. Ізоніазид для прояву своєї активності повинен бути активований під дією каталази-пероксидази.

Цефподоксима проксетил в стінці тонкої кишки під впливом гідролаз перетворюється на цефподоксим, що покращує біодоступність й мінімізує ризик розвитку дисбіотичних порушень у кишківнику. Крім нього, до пероральних цефалоспоринів - проліків на основі подвійних ефірів відноситься цефуроксима аксетил. Цікаво, що п'яте покоління цефалоспоринів у дорослих теж використовує технологію проліків: цефтобіпрола медокаріл є водорозчинною пролікою цефтобіпролу, а цефтароліна фосаміл перетворюється в активний цефтаролін.

В цілому технологія проліків - перспективний напрям у фармакотерапії і, крім покращення показників ефективності, вибіркової дії, її важлива мета - підвищення безпеки лікування, що набуває надзвичайного значення в клінічній педіатрії.

ІНФІКОВАНІСТЬ ВІРУСАМИ ГЕРПЕСУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Круглікова І.В., Фоміна С.П., Багдасарова І.В.

Державна установа «Інститут нефрології Національної академії медичних наук України», м. Київ

Складність діагностики та значна мінливість вірусної інфекції не дозволяє визначити її реальну розповсюдженість і роль в розвитку і наслідках гломерулонефриту (ГН). Спутня вірусна патологія впливає на клінічну ситуацію, сприяючи зміні чутливості до традиційних програм терапії ГН та моделюючи несприятливий прогноз захворювання.

Мета роботи: виявити частоту інфікування вірусами групи герпесу дітей, хворих на ГН.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 74 дитини, у яких тривалість ГН складала не менше 12 місяців. Хворі були розподілені на групи залежно від клінічного варіанту захворювання: група 1 – ГН з гематуричною формою або ізольованим сечовим синдромом (n=41); група 2 – нефротичний синдром (n=33). Таке розмежування було обумовлено відмінностями програми терапії – пацієнти групи 2 отримали імуноотропні препарати (глюкокортикостероїди та цитостатичні агенти), що в поєднанні з діагнозом (нефротичний синдром) свідчило про скомпрометованість їх імунної системи. На момент дослідження медіана віку хворих в обох групах не відрізнялася (11 років, 5;13 квартали). Жоден з учасників не мав клінічних ознак інфікування, однак дав згоду і пройшов серологічне обстеження (вірус простого герпесу 1 та 2 типу: IgM HSV 1/2, IgG HSV 1/2; цитомегаловірус: IgM CMV, IgG CMV; Епштейн-Барр вірус: IgM EBV VCA, IgG EBV VCA, IgG EBNA). За ознаку інфікованості було прийнято наявність підвищеного рівня щонайменш IgG (більш ніж удвічі від верхньої межі норми).

Результати. Лише у 3/7.3% хворих з групи 1 та 1/3.0% - з групи 2 не виявлено серологічних змін, що дало підставу вважати їх неінфікованими. Спутня поєднана інфекція (не менше двох типів вірусів) частіше діагностована в групі 2 (імуноскомпрометованих пацієн-

тів - 22/66.7% проти 24/58.5%, $p > 0.05$), моноінфекція – в групі 1 (14/34.2% проти 10/20.3%, $p > 0.05$). Загалом інфікування вірусом Епштейн-Барр частіше визначено в групі 2 (28/84.8% проти 27/65.9%, $p = 0.039$), так само, як і цитомегаловірусом (22/66.7% проти 22/53.7%, $p > 0.05$), а вірусом простого герпесу – у групі 1 (16/39.0% проти 11/33.3%, $p > 0.05$).

Висновки. Таким чином, встановлена висока частота інфікування вірусами групи герпесу у дітей, хворих на ГН, превалювання мікстураження двома та більше збудниками, статистично вагоме зростання інфікованості вірусом Епштейн-Барра у імуноскопроментованих хворих з нефротичним синдромом. Отримані дані свідчать про доцільність перегляду програм ведення пацієнтів, хворих на ГН, з превентивним обстеженням їх на предмет можливого інфікування та доповненням терапії протівірусними препаратами залежно від визначеної патології.

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ РЕГУЛЯТОРНИХ БІЛКІВ PPAR-Г2 ЯК МАРКЕР ЗАХИСТУ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ

Крючко Т.О., Пилипенко О.А., Таняньська С. М., Ярошенко Н. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Останнє десятиріччя характеризується зростаючим інтересом до вивчення молекулярно-генетичних механізмів розвитку мультифакторіальних патологій, до яких відноситься і неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) у дітей. Асоціативний взаємозв'язок НАЖХП з ожирінням, інсулінорезистентністю та дисліпидемією дає підставу розглядати її як печінкову маніфестацію метаболічного синдрому (МС). Особливої уваги у розвитку МС заслуговує вивчення поліморфізму ядерних рецепторів, активованих проліфератором пероксисом (PPARs) – факторів транскрипції, які регулюють функцію генів, відповідальних за жировий та вуглеводний обмін в організмі. Згідно з літературними даними наявність мутантного алеля 12A1a поліморфного маркера Pro12A1a гена PPAR γ 2 асоційована з меншим ризиком розвитку МС в дорослій популяції.

Метою роботи є вивчення поширеності однонуклеотидного поліморфізму Pro12A1a гена PPAR γ 2 серед дітей з НАЖХП та його асоціацію з основними проявами МС у дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 67 дітей віком від 7 до 17 років, із них 34 пацієнти з діагностованою НАЖХП та 33 - з екзогенно-конституційним ожирінням (ЕКО). Групу контролю склали 46 практично здорових осіб. Алгоритм обстеження включав оцінку антропометричних показників, ліпідного спектру крові, показників рівня глюкози, імунореактивного інсуліну (ІРІ), розрахунок індексу НОМА-ІR, генетичні методи обстеження.

Результати дослідження. Першим етапом нашого дослідження стало проведення міжгрупового аналізу розподілу частот генотипів гена PPAR γ 2. Згідно з результатами дослідження не виявлено достовірної різниці розподілу частот генотипів між групою популяційного контролю та пацієнтами з екзогенно-конституційним ожирінням ($p > 0,05$), проте виявлена різниця за розподілом частот генотипів на рівні статистичної достовірності між групою контролю та пацієнтами з НАЖХП ($\chi^2 = 5,17$, $p = 0,023$). При порівнянні розподілу частот алелей між досліджуваними групами встановлено, що мутантний алель 12 A1a поліморфного маркера Pro12A1a гена PPAR γ 2 достовірно рідше зустрічається в групі дітей з НАЖХП порівняно з пацієнтами з ЕКО та групою популяційного контролю ($\chi^2 = 4,59$, $p = 0,032$ та $\chi^2 = 5,78$, $p = 0,016$ – відповідно). Наступним етапом нашого дослідження стало виявлення асоціації між наявністю 12A1a алеля гена PPAR γ 2 та основними проявами метаболічного синдрому у обстежених дітей. Проведене дослідження показало, що наявність алеля 12 A1a асоційована з більш низьким рівнем ІРІ ($\chi^2 = 6,44$; $p = 0,01$), індексом НОМА-ІR ($\chi^2 = 10,52$; $p = 0,001$), рівнем систолічного АТ ($\chi^2 = 5$, $p = 0,022$) та достовірним зниженням практично всіх показників ліпідного спектра крові ($p < 0,01$) у обстежених дітей.

Висновки. Отримані результати засвідчують, що «мінорний» алель 12 A1a гена PPAR γ 2 є генетично детермінованим маркером захисту розвитку метаболічного синдрому та неалкогольної жирової хвороби печінки у дітей.

ВПЛИВ ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ TLR 4 НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

Крючко Т.О., Остапенко В.П., Вовк Ю.О., Луканін А.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Однією з найбільш серйозних в педіатрії залишається проблема хронічної патології, що призводить до інвалідазації дітей. Відомо, що певна частина дітей схильна до зтяжкого перебігу гострих запальних процесів, розвитку ускладнень і рецидиву. Ця категорія дитячого населення заслуговує особливої уваги, так як часті інфекційні захворювання можуть зумовити зрив основних компенсаторно-адаптаційних механізмів, призвести до значних порушень функціонального стану організму, що сприятиме зниженню імунорезистентності і ранньому розвитку хронічної патології. На сьогоднішній день основну увагу в імунному розпізнаванні мікробних об'єктів дослідники приділяють еволюційно-консервативним рецепторам, відомим як Toll-подібні рецептори (TLR), які відіграють вирішальну роль в ранньому захисті організму від пато-

генів, адже знання їх мутацій в патогенезі багатьох хвороб, поряд із досягненнями сучасної геноміки, дозволяє прогнозувати тяжкість перебігу захворювання та підібрати специфічну терапію або ж відповідну корекцію в схемі лікувально-профілактичних заходів.

Метою нашого дослідження було вивчення клінічних особливостей хронічного ПН у дітей з поліморфізмом Asp299Gly, Gly299Gly Toll-подібного рецептора 4 (TLR4).

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі педіатричного відділення №2 (нефрологічні ліжка) дитячої обласної клінічної лікарні м. Полтави. Проведено генетичне обстеження 60 дітей віком від 1 до 15 років, хворих на хронічний ПН, у яких визначався поліморфізм TLR4 (Asp299Gly, Gly299Gly).

Результати дослідження. Вивчення поширеності нормальної і мутантної алелі 299Gly гена Toll-подібного рецептора 4 у обстежуваних групах показало, що мутантний алель Gly у 4,4 раза більш поширений серед дітей з хронічним пієлонефритом (7,5%) у порівнянні з популяційним контролем (1,7%), ($p < 0,05$).

За нашими даними, ХП характеризувався суттєвою варіабельністю за строком маніфестації, зокрема, генотипи Asp299Gly, Gly299Gly асоціювалися із ранньою маніфестацією клінічних проявів ПН до 3-річного віку, тоді як у хворих із нормальним розподілом алелей TLR4 спостерігався пізніший дебют захворювання ($p < 0,001$). У дітей з мутантним генотипом у 2,5 раза частіше фіксувався тривалий сечовий синдром (більше 2-х тижнів), ніж серед дітей із «диким» генотипом. Дослідження показало, що присутність у генотипі дітей з пієлонефритом мутантної алелі 299Gly гена TLR4 підвищує ризик рецидивуючого перебігу захворювання з частими епізодами ГРВІ у ролі тригерного фактора загострення, більш вираженою лейкоцитурією (в 30 разів), гіпостенурією (в 2,4 раза) та зниженням швидкості клубочкової фільтрації в порівнянні з «диким» генотипом та асоціюється з такими предикторами хронічного пієлонефриту, як вроджені вади сечовидільної системи ($\tau = 0,40$), генітальні захворювання ($\tau = 0,37$) та хвороби ЛОР-органів ($\tau = 0,45$).

Висновки. Таким чином, отримані дані засвідчують, що гетерозиготний та гомозиготний за мутантним алелем генотипи асоціюються із формуванням фенотипових проявів хронічного пієлонефриту. Тому визначення поліморфізму гена Toll-подібного рецептора 4 у дітей з хронічним пієлонефритом дозволяє розглядати його в якості додаткового прогностичного маркера рецидивуючого перебігу захворювання зі схильністю до тривалого сечового синдрому.

СТАН НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Крючко Т.О., Несіна І.М., Румянцева М.О., Ткаченко О.Я., Кушнерева Т.В.

ВДНЗ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Важливою проблемою сучасної дитячої гастроентерології, яка привертає все більшу увагу педіатрів, є порушення моторики шлунково-кишкового тракту. До таких захворювань відноситься гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). В патогенезі ГЕРХ мають місце порушення гуморального механізму діяльності шлунково-кишкового тракту, велику роль у реалізації яких відіграють гастроінтестинальні гормони, що беруть участь у регуляції секреції, моторики, всмоктування, трофіки гастродуоденальної ділянки, вивільненні інших пептидів, а також впливають на обмін речовин, харчову поведінку.

Метою нашого дослідження стало вивчення вмісту гастроінтестинальних гормонів у дітей з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою залежно від варіанту перебігу.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 48 дітей віком 7-15 років, які лікувались в педіатричному відділенні №1 обласної дитячої клінічної лікарні м. Полтави з приводу загострення хронічної гастродуоденальної патології. Верифікація діагнозу проводилась на основі клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих дітей згідно з протоколами МОЗ України.

Результати дослідження. Дані ендоскопічного дослідження дітей з ГЕРХ виявили у 32 хворих рефлюкс-езофагіт (РЕ) (1 група) і у 17 дітей - ендоскопічно негативну форму ГЕРХ (НЕРХ), що склали групу порівняння (2 група). Контрольна група становила 20 здорових дітей аналогічного віку і статі.

При дослідженні рН в стравоході у дітей з РЕ достовірно частіше діагностувались патологічні кислі гастроєзофагеальні рефлюкси (ГЕР) (41,8% проти 9,4%, $p \leq 0,001$). В групі дітей з НЕРХ достовірно частіше виявлявся фізіологічний ГЕР (78,1% проти 34,4%, $p \leq 0,05$) та патологічні лужні ГЕР (12,5% проти 8,63%). Результати дослідження мелатоніну показали, що концентрація даного пептиду у дітей з РЕ в 4,3 раза ($p < 0,05$) перевищувала аналогічний показник групи контролю ($5,75 \pm 0,94$ мкмоль/л) та в 1,7 раза дані дітей з НЕРХ ($p < 0,05$). Дослідження гастрину у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою показало виражене зниження даного нейротрасмітера ($1,89 \pm 0,48$ мкмоль/л) у порівнянні зі здоровими дітьми ($14,82 \pm 4,12$ мкмоль/л ($p < 0,001$)). Аналізуючи рівні концентрації гастрину залежно від варіанту перебігу ГЕРХ нами встановлено, що у пацієнтів з НЕРХ рівень гастрину був дещо підвищеним і знижувався при наявності ерозивного процесу в стравоході ($1,71 \pm 0,49$ мкмоль/л ($p < 0,05$)). Слід зазначити, що зміни вмісту нейропептидів мали протилежну спрямованість. Різниця в характері нейрогуморальних порушень свідчить про суттєві патогенетичні відмінності запальних і ерозивних процесів при визначених можливостях компенсаторного резерву у дітей з ГЕРХ.

Висновки. Таким чином, ступінь вираженості морфологічних змін слизової оболонки стравоходу залежить від особливостей нейрогуморальної реактивності дитячого організму.

СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кулешов О.В.

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

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилось 52 дитини віком 12-16 років з пролапсом мітрального клапана (ПМК). Обстеження проводилось на базі Вінницької міської клінічної лікарні «Центр Матері та Дитини». Ехоморфометричні показники вивчались за допомогою ехокардіографії за стандартною методикою з оцінкою основних параметрів. Дітей розподілено на групи залежно від ступеня пролабування мітрального клапана та наявності аномально прикріплених хорд (АПХ). До першої групи ввійшли діти без АПХ в кількості 35, серед яких з ПМК I ст. – 28 та 7 дітей з ПМК II ст. відповідно. До другої групи ввійшли діти з АПХ, серед яких ПМК I ст. мали 10 дітей та II ст. – 7 відповідно. Контрольну групу становили 30 дітей, репрезентативних за віком та статтю.

Результати дослідження. Вивчення показників центральної гемодинаміки у дітей з ПМК виявило достовірне ($p < 0,01$) зниження аортальної швидкості кровотоку у хлопчиків відносно контрольної групи ($1,16 \pm 0,03$ та відповідно $1,3 \pm 0,04$), що свідчить про гіпокінетичний тип центральної гемодинаміки. Індивідуальний аналіз даного показника у дівчат показав, що він не відхилився від норми. Серед волемічних показників відхилень не простежувалось. Крім того, аналіз всіх гемодинамічних параметрів показав тенденцію до зменшення фракції викиду. Нормативність волемічних показників вказує на нормоволемічний тип центральної гемодинаміки. Аналіз показників діастолічної функції лівого шлуночка у дітей основної групи виявив достовірне збільшення ($p < 0,05$) амплітуди відкриття мітрального клапана ($28,9 \pm 0,62^*$) відносно групи контролю ($25,7 \pm 0,49$), збільшення ($p < 0,05$) E потоку ($0,91 \pm 0,01^*$ та $0,82 \pm 0,03$ відповідно відносно групи контролю) на фоні нормативного коефіцієнта відношення E/A ($2,54 \pm 0,59$ відносно контрольних даних $1,85 \pm 0,05$) вказує на задовільність релаксаційної функції міокарда лівого шлуночка.

Однак індивідуальний аналіз типів гемодинаміки у дітей з ПМК зазначив домінування гіпокінетичного типу в загальній кількості у 22 хворого (42%), тоді як гіперкінетичний мав місце у 11 дітей (20%). Решта 38% дітей мали еукінетичний тип центральної гемодинаміки. Аналізуючи залежність типів гемодинаміки від ступеня пролабування мітрального клапана та наявності або відсутності АПХ виявлено, що гіпокінетичний тип частіше зустрічається при ПМК I ст. з АПХ (80%), та у дітей з ПМК II ст. без АПХ (43%). Гіперкінетичний тип гемодинаміки зустрічається рідше як при пролабуванні I, так і II ступеня (18,4 та 21% дітей відповідно). У дітей з ПМК II ст. з АПХ більш характерний еукінетичний тип, майже як і в групі без АПХ.

Висновки. Таким чином, для дітей з ПМК I ступеня характерний гіпокінетичний тип гемодинаміки та еукінетичний для дітей з ПМК II ст. Діти з малими церцевими аномаліями постійно повинні знаходитись під наглядом сімейних лікарів та дитячих кардіологів для попередження розвитку подальших гемодинамічних розладів.

СТРАТЕГІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ВШК ТА ПОСТГЕМОРАГІЧНОЮ ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ

Лакша О.Т., Однорог Г.М., Заїкіна О.В., Сіренко О.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
Обласна дитяча лікарня, м. Боярка

Внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК) є найбільш тяжким та частим ураженням головного мозку у недоношених новонароджених, однією з основних причин високої захворюваності та інвалідизації. В структурі неонатальної смертності займають 5 місце за даними МОЗ України. Серед недоношених дітей з масою тіла при народженні 1000-1500 г частота ВШК становить 10-20%; у новонароджених з масою 500-750 г цей показник сягає 60-70%. За даними літератури, у 60-90% випадків ВШК призводять до розвитку постгеморагічної гідроцефалії, яка в більшості випадків маніфестує на другому-третьому тижні життя. У цьому віці через тяжкі порушення вітальних функцій, низьку масу тіла, велику кількість крові в лікворі проведення шунтуючих втручань неможливе і неоціненне значення набувають методи тимчасового купування гідроцефалії - консервативна (дегідратаційна) терапія, пункції (вентрикулярні та/або люмбальні), зовнішнє дренування, установка підшкірних резервуарів, вентрікулосубгалеальне дренування.

Всі перераховані методи мають переваги і недоліки, але порівняти їх ефективність дуже складно. У відділенні виходжування недоношених та патології новонароджених Київської обласної дитячої лікарні розроблено та впроваджено стратегію діагностики та лікування дітей з постгеморагічною гідроцефалією. При надходженні у відділення дітям проводиться: дослідження соматичного статусу за загальноприйнятою методикою, оцінка клініко-неврологічного статусу, офтальмологічний огляд, дослідження ліквору, нейросонографія.

При сполучній формі гідроцефалії у відділенні лікарні використовують наступну тактику ведення дітей з ВШК та постгеморагічною гідроцефалією: розпочинають консервативну терапію діуретиками - діакарб (ацетазоламід) – 25 - 100 мг/кг на добу (фуросемід – 1 мг/кг на добу) за схемою: три дні прийом препарату, один день – перерва, у сполученні з препаратами калію (аспаркам, панангін), з метою попередження розвитку ацидозу – 1% содовий розчин 1мл/кг. За відсутності ефекту (прояви подальшого прогресування гідроцефалії) - проведення серії розвантажувальних люмбальних пункцій кожні 5-6 днів (в залежності від вираженості проявів гіпертензії) з виведенням максимально до 10 мл/кг ліквору (але не більше 15 мл). У разі відсутності ефекту від консервативної терапії та 2 (максимум 3) люмбальних пункцій постановка підшкірного резервуару Оммаїя або вентрикулосубгалеального дренажу.

Рекомендована постановка зовнішнього вентрикулярного дренажу у разі діагностованого вентрикуліта, який проводиться до санації ліквору. При оклюзійній формі прогресуючої гідроцефалії доцільно використання методів тимчасового усунення внутрішньочерепної гіпертензії до проведення лікворозсунуючої операції.

Запропонований алгоритм лікування постгеморагічної гідроцефалії дозволяє уникнути застосування зовнішнього дренивання в 75%, скорочує кількість ускладнень, пов'язаних з даним оперативним втручанням і дозволяє в два рази скоротити термін перебування хворого в стаціонарі, знизити вартість лікування.

НАКОПИЧЕННЯ ОЗНАК ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ (ЮРА) НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Лебець І.С.¹, Шевченко Н.С.¹, Панько Н.О.², Матвієнко О.В.¹, Зайцева Є.М.¹

¹ ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків

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

Перспективи поліпшення прогнозу при ЮРА безпосередньо пов'язані з початком адекватної базисної терапії на ранньому, додеструктивному етапі захворювання, мінімальна тривалість якого становить близько 3 місяців. Для досягнення ефективності терапії, припинення прогресування, репарації кісткових ушкоджень лікування необхідно починати в ранній «сприятливий період» або «вікно можливостей». Але дебют суглобового синдрому характеризується поліморфністю клінічних проявів у неуточненому за тривалістю періоді часу, що утруднює діагностику захворювання на ранніх стадіях. Тому, з метою вдосконалення ранньої діагностики ЮРА було вивчено клініко-інструментальні прояви суглобового синдрому та лабораторні показники у хворих на ЮРА дітей з тривалістю захворювання до 3, 6 та 12 місяців.

Матеріали і методи. До аналізу увійшло 17 пацієнтів. До уваги приймалась наявність ознак відповідно до східноєвропейських діагностичних критеріїв (Долгополова А.В. та ін., 1981), критеріїв ACR (1987) та ACR/EULAR (2010).

Результати дослідження. Серед перших ознак хвороби відмічено наявність артриту протягом трьох місяців та залучення у процес нових суглобів. При цьому суглобовий рахунок дорівнював при тривалості хвороби до трьох місяців 1,33; до 6 міс. – 3,02; до 12 міс. – 3,50. Наявність активного синовіту відмічалась відповідно у 66,67%; 85,71% та 100% хворих. Симетричність ураження суглобів встановлена відповідно у 66,67%; 85,71% та 83,33% випадків. Ранкова скутість в першій групі хворих була до 20 хвилин у 33,33% та у такого ж числа пацієнтів до однієї години. При збільшенні тривалості хвороби до 6 місяців ранкова скутість збільшувалась як за тривалістю, так і частотою. До години вона мала місце у 28,57% та понад півтора - двох годин – у 42,85% пацієнтів. В подальшому дана клінічна ознака суттєво не змінювалась. Рентгенологічні зміни були представлені першою стадією відповідно у 33,33%; 42,85% та 33,33%. Тільки при захворюванні, що триває понад 6 міс. виявлялась друга стадія рентгенологічних змін (16,66%). В жодному випадку не було встановлено позитивності за ревматоїдним фактором та антитілами до цитрульованого виментину. В поодиноких випадках при термінах хвороби 3 та 12 міс. виявлено антитіла до циклічного цитрулінірованого пептиду (загалом 2 пацієнти).

За східноєвропейськими критеріями у хворих до 3 міс. хвороби середній бал дорівнював 3,3, що відповідає лише вірогідному діагнозу ЮРА. При тривалості хвороби як до 6 міс., так і до 12 міс., середнє число критеріїв досягало 5,25 та 5,20 відповідно, що дозволяло діагностувати лише певний ЮРА. За частотою ознак виставити правильний діагноз більш вірогідно у 6 міс. ($t=-1,83$; $p<0,05$) та у 12 міс. ($t=-2,45$; $p<0,001$) хвороби, ніж у 3. За критеріями ACR,1987 у хворих навіть в терміні хвороби до року достовірний ЮРА (мін 4 бали) не вдалося встановити у жодного пацієнта. За ACR/EULAR,2010 для встановлення діагнозу необхідно 10 балів, а максимальний бал у досліджуваних хворих дорівнював 7 (у одного хворого в терміні хвороби 6 місяців і у одного хворого в терміні хвороби 12 міс.).

Висновки. Таким чином, багатогранність варіантів дебюту ЮРА утруднює постановку діагнозу в перші місяці після виникнення ознак артриту, що потребує подальшого вдосконалення його діагностики для максимально раннього призначення відповідного лікування.

ЦИТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КАРІОТИПУ ДІТЕЙ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ КОНТРОЛЮ НАД БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Литвинець Л.Я., Синовська О.Б.

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

Цитогенетичний метод хромосомного аналізу ґрунтується на мікроскопічному дослідженні структури і кількості хромосом в метафазі мітозу і профазі – метафазі мейозу та дозволяє діагностувати багато спадкових хвороб, вивчити мутаційний процес, складні перебудови і найменші хромосомні аномалії у клітинах, які вступили у фазу поділу та поза поділом.

Мета роботи. Вивчити цитогенетичні особливості каріотипу дітей, хворих на БА з різним ступенем її контролю з метою пошуку маркерів тяжкості перебігу недуги.

Матеріали і методи. Обстежено 82 дітей, віком від 6 до 18 років, хворих на БА, які лікувалися в алергологічному відділенні ОДКЛ м. Івано-Франківська в 2010-2011 рр. Діагноз верифікували згідно з Протоколом діагностики і лікування БА у дітей. Щодо рівня контрольованості БА за результатами застосування тесту контролю астми (GINA, 2009) діти були розподілені наступним чином: – 22 (30,6%) із контрольованою (КБА), 24 (33,3%) – із частково контрольованою (ЧКБА), 26 (36,1%) – із неконтрольованою бронхіальною астмою (НКБА). Групу контролю склали діти, відібрані методом випадкової вибірки, що проживають в різних районах Івано-Франківської області (10 осіб). Цитогенетичне дослідження проведене шляхом вивчення препаратів прометафазних хромосом лімфоцитів периферійної крові, де аналізували кількість асоціацій акроцентричних хромосом (ААХ), особливості каріотипу. Одержані результати аналізували за допомогою комп'ютерних пакетів ліцензійної програми "STATISTICA".

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчення каріотипу дітей із БА показало наявність великої кількості ААХ. Особливо часто у дітей із БА зустрічались ААХ D-D. Такі пацієнти склали третину усіх обстежених із БА ($pN<0,05$). У близько 20% обстежених із БА мали місце асоціації AX D - G і AX G - G ($pN<0,05$). При цьому, по $(4,2\pm 2,3)\%$ обстежених із БА мали комбінації ААХ D - D і D - G та D - D і G - G, відповідно, причому найчастіше пацієнти із наявністю таких комбінацій були представлені серед дітей із НКБА та ЧКБА ($pN<0,05$). У здорових та обстежених із КБА комбінації ААХ не зустрічались взагалі. Слід зазначити, що кількість асоціацій ААХ відрізнялась в залежності від ступеня контрольованості БА. Так, у дітей із НКБА найчастіше спостерігалась ААХ D-D і G-G. Їхня частота була вірогідно вищою за таку, що визначалася у групі контролю ($pN<0,05$) та у пацієнтів із вищим контролем над захворюванням ($p<0,05$). При цьому у дітей із НКБА на метафазних пластинках найчастіше виявлялись асоціації двох, трьох та чотирьох акроцентриків. У пацієнтів із ЧКБА превалювали асоціації ААХ D-D та D-G. І якщо за частотою виявлення ААХ D-D пацієнти із ЧКБА практично не відрізнялися від обстежених інших груп із БА, то частота виявлення ААХ D-G була достовірно вищою не лише за таку у здорових ($pN<0,05$), але й аналогічну у пацієнтів з іншими ступенями контролю над БА ($p<0,05$). У групі пацієнтів із КБА достовірно частіше у порівнянні зі здоровими дітьми фіксувались асоціації AX G-G ($p<0,05$). Окрім цього, у дітей із БА нами відмічено нижчу мітотичну активність у порівнянні з такою у здорових ($pN<0,05$), причому із зниженням ступеня контрольованості мітотична активність мала тенденцію до регресу.

Висновки. Таким чином, аналізуючи отримані результати, можна стверджувати, що частота та поліморфізм ААХ у досліджуваній популяції лімфоцитів є інформативними параметрами, що визначаються тяжкістю перебігу БА у дітей та можуть розглядатися як цитогенетичні маркери тяжкості недуги. Визнання генетичних механізмів виникнення БА веде до нового розуміння генезу захворювання і дозволяє тим самим просунути вперед в розробці методів її лікування і профілактики.

ГЛОБАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В КЛІНІЧНІЙ ПЕДІАТРІЇ

Майданник В.Г.

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

На підставі даних літератури проведено аналіз глобальних тенденцій розвитку наукових досліджень в клінічній педіатрії. Представлена характеристика найбільш перспективних напрямів наукових досліджень. Показано, що в системі охорони здоров'я ключовою має бути парадигма її удосконалення, яка спрямована на розробку принципів ефективного використання матеріальних ресурсів в умовах їх обмеження. Особлива увага приділена сучасним тенденціям створення таких лікувально-профілактичних засобів, як вакцини та антибіотики. Зазначено, що антибіотики майбутнього будуть штучно синтезованими сполуками, які спрямовані на «вимкнення» роботи генів в клітинах мікроорганізмів, що викликають різноманітні захворювання. Це дозволить вирішити проблему стійкості мікроорганізмів до традиційних ліків.

Рушійною силою в дослідженнях буде технологія секвенування ДНК, широке використання біосенсорів, мікрочіпів, а також бурхливий розвиток таких напрямів медицини, як протеоміка, метаболоміка та транскриптоміка. Особливо бурхливий прогрес відзначається у розвитку нанотехнологій, застосуванні 3D та 4D технологій, а також методів молекулярної візуалізації.

Показано, що одним з найбільш перспективних напрямів розвитку наукових досліджень в клінічній педіатрії є розробка персоналізованих засобів лікування. Як відомо, персоналізована медицина - це об'єднання геноміки, постгеномних технологій, терапевтичного лікарського моніторингу та молекулярної фармакології. Персоналізовану медицину визначають як галузь охорони здоров'я, що швидко розвивається, засновану на інтегрованому, координованому та індивідуальному для кожного пацієнта підході до аналізу виникнення та перебігу захворювань, або інтегральну медицину, яка включає розробку персоналізованих засобів лікування на основі геноміки, тестування на схильність до хвороб, профілактику, об'єднання діагностики з лікуванням та моніторинг лікування. Мета персоналізованої медицини полягає в тому, щоб «знайти найбільш відповідний клінічний підхід для конкретного хворого і в деяких випадках навіть розробити схему лікування пацієнта відповідно до його індивідуальних параметрів». Необхідність цього зумовлена тим, що традиційні, створені для лікування конкретного захворювання, лікарські засоби виявляються неефективними для 30-60% пацієнтів, поряд з високою частотою виникнення побічних ефектів. В основі розвитку персоналізованої медицини лежить аналіз особливостей геному людини. Так, в клінічному плані в першу чергу мова йде про те, щоб за допомогою генного аналізу встановити, чи варто взагалі приймати той чи інший препарат. Це необхідно тому, що навіть незначні індивідуальні відмінності в ДНК у двох пацієнтів можуть призвести до того, що один і той же лікарський препарат буде діяти на них зовсім по-різному.

Таким чином, проведений аналіз свідчить про необхідність визначення найбільш пріоритетних напрямів розвитку клінічної педіатрії в Україні, забезпечення тісної інтеграції зусиль вчених системи вищих медичних навчальних закладів, НАН і НАМН України. Необхідна структурна перебудова – створення нових сучасних лабораторій та центрів з найбільш актуальних напрямів розвитку наукових досліджень, а також передбачити можливість навчання і стажування молодих науковців в кращих лабораторіях світу на конкурсній основі.

ПОШИРЕНІСТЬ В УКРАЇНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ СЕРЕД ДІТЕЙ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА (БАГАТОЦЕНТРОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

¹Майданник В.Г., ²Антипкін Ю.Г., ¹Хайтович М.В., ³Крючко Т.О., ⁴Павлишин Г.А., ⁵Іванько О.Г., ⁶Нечитайло Ю.М., ³Пилипенко О.А., ¹Місюра Л.І., ¹Прохорович Т.П.

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

²ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ
ЗВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

⁴Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

⁵Запорізький державний медичний університет

⁶Буковинський державний медичний університет

Результати епідеміологічних досліджень, що були проведені за останні 10 років у багатьох країнах світу, показали, що серед дітей зросла частота надлишкової маси тіла та ожиріння. Серед підлітків загальної популяції у 7% діагностується метаболічний синдром (МС), а серед підлітків із надлишковою масою тіла та ожирінням – в середньому у 11,9% (діапазон 2,8% -29,3%) та у 29,2% (діапазон 10-66%). МС асоціюється із високим ризиком кардіоваскулярних ускладнень, розвитку цукрового діабету II типу. В Україні поширеність МС в популяції дитячого населення не вивчалась.

В рамках виконання науково-практичної програми Асоціації педіатрів України «Вивчення епідеміології первинної артеріальної гіпертензії та метаболічного синдрому у дітей та підлітків» на першому етапі нами у 4 регіонах України (м.Києві, м.Тернополі, м. Запоріжжі, Чернівецькій області) проведено обстеження 1803 підлітків (1092 дівчаток та 711 хлопчиків) віком 13-18 років. Згідно з дизайном дослідження в кожному регіоні обстежувались підлітки 2 шкіл, у Запоріжжі дос-ліджувались студенти 1 курсу медичного університету, в Чернівецькій області – учні сільських шкіл. Відмічено, що у 25,1% хлопчиків і 11% дівчаток України діагностується підвищений артеріальний тиск (передгіпертензія або артеріальна гіпертензія); у 6,2-14,0% дівчаток та 12,0-18,7% хлопчиків міської популяції України виявлено надлишкову масу тіла, у 1,6-4,6% дівчаток і 2,7-7,2% хлопчиків – ожиріння, в цілому майже у 14% дітей і підлітків України відмічається надлишкова маса тіла або ожиріння.

Наступним етапом було обстеження дітей із надлишковою масою тіла для виявлення у них ознак МС. Загалом обстежено 184 дитини (68 дівчаток і 116 хлопчиків) віком від 10 до 17 років. Для оцінки компонентів МС користувались відрізними точками, адаптованими до критеріїв діагностики МС у дорослих NCEP / AdultTreatmentPanel III і IDF.

МС виявлявся у 24,6% дітей із надлишковою масою тіла (20,0% дівчаток і 27,7% хлопчиків) і 53,8% дітей з ожирінням (48,5% дівчаток і 56,7% хлопчиків).

Найчастіше МС характеризувався поєднанням абдомінального ожиріння (100,0%), підвищеного артеріального тиску (95,8%), зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (67,7%). У третини (36,9%) хворих на МС визначалась гіпертригліцеридемія, у 13,8% пацієнтів із МС - гіперглікемія.

Серед дітей із метаболічним синдромом у 47,7% відмічене поєднання 3 критеріїв (абдомінальне ожиріння, підвищення артеріального тиску і зниження рівня ХС ЛПВЩ), ще у 30,8%, крім цього високий рівень тригліцеридів крові, у 9,3% хворих виявлено гіперглікемію при нормальних рівнях тригліцеридів і ХС ЛПВЩ.

Висновки: МС виявляється у 24,6% дітей із надлишковою масою тіла і 53,8% дітей із ожирінням переважно поєднанням абдомінального ожиріння, підвищеного артеріального тиску, зниження рівня ХС ЛПВЩ. У 13,8% дітей (лише з ожирінням) МС виявляється гіперглікемією, що свідчить про приєднання цукрового діабету 2 типу. Результати нашого дослідження підтвердили загальну світову тенденцію щодо значного поширення надлишкової маси тіла та МС серед підлітків. Це націлює на необхідність створення державної програми із профілактики та корекції надлишкової маси тіла у дітей.

ЛІЦЕНЗІЙНИЙ ІНТЕГРОВАННИЙ ІСПИТ КРОК-2: ЕФЕКТИВНІСТЬ У ВИЗНАЧЕННІ РІВНЯ ЗНАТЬ ТА НАВИЧОК З ПЕДІАТРІЇ У СТУДЕНТІВ 6 КУРСУ ВМНЗ

Майданник В.Г., Булах І.Є., Хайтович М.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Головним завданням сучасного вищого навчального закладу є підвищення якості освіти. Одним із основних елементів оцінки рівня знань та навичок в наш час є тестовий контроль, який використовують з метою актуалізації знань перед викладанням нової теми, виведенням підсумкових оцінок на групових заняттях, на заліку чи іспиті.

В наш час тести стали важливою складовою освітнього процесу. Актуальність тестового методу пояснюється можливістю кількісного вимірювання рівня знань; широким охопленням; наявністю однакових для всіх правил педагогічного контролю та адекватної інтерпретації тестових результатів; систематичністю контролю та індивідуальним підходом. Тестова перевірка унеможлиблює випадковість в оцінюванні знань, стимулює студентів до самоконтролю. Всі ці переваги забезпечуються за умови застосування якісних тестів.

Метою дослідження було оцінити ефективність тестового контролю для визначення рівня готовності випускників медичного університету вирішувати практичні завдання з педіатрії.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів психометрії тестових завдань (ТЗ) педіатричного профілю, які були використані у буклетах (30 із 200) ліцензійного інтегрованого іспиту Крок-2 «Загальна лікарська підготовка» у 2011-2013 роках. Неefективними вважали тести з індексом складності >0,9 при значенні індексу дискримінації <0,2 (надзвичайно легкі) і тести з індексом складності <0,3 з індексом дискримінації < 0,2 (надзвичайно складні або неадекватні).

Результати. Серед ТЗ лише 6 (20%) у 2011 році, 10 (33,3%) у 2012 році та 19 (63,3%) у 2013 році можна вважати якісними, при цьому 24 (80%) у 2011 році, 16 (53,3%) у 2012 році та 10 (33,3%) ТЗ виявились надзвичайно легкими, а 4 (13,3%) ТЗ у 2012 році та 1 (3,3%) ТЗ у 2013 році були надзвичайно складними (або неадекватними). Так, якісний аналіз показав, що складними для студентів виявились методологічно (із прихованим подвійним питанням) або змістовно (вірним є варіант відповіді, який не відповідає сучасним рекомендаціям згідно даних доказової медицини або помилковий) неадекватні ТЗ. Наприклад, у буклеті Крок-2 «Загальна лікарська підготовка» 2012 року ТЗ №130 містить таку умову: у хлопчика 6-ти років підвищення температури до 39°C, болі в животі, кашель, виражена задишка змішаного типу, відставання правої половини грудної клітки при диханні, справа внизу над легеньми тупий звук, дихання не прослуховується. Живіт м'який. Який найбільш імовірний діагноз? Вірною вважається відповідь «Пневмонія» (так відповіли 14,5% студентів), тоді як відповідь «Правосторонній ексудативний плеврит», яку дали 76,7% студентів – вважається неправильною.

Порівняльний психометричний аналіз результатів національного тестування і результатів тестування конкретного вищого навчального закладу дозволяє визначити недоліки викладання. Так, студенти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця гірше, ніж загалом в Україні, проводять диференціальну діагностику гнійно-запальних захворювань шкіри та підшкірно-жирової клітковини у новонароджених; цукрового та нецукрового діабету; визначають тактику невідкладної допомоги при гіпербілірубінемії у новонароджених.

Висновки. Отже за 3 роки більше, ніж утричі (з 20% до 63,3%) зросла кількість якісних тестових завдань педіатричного профілю у буклетах Крок-2 «Загальна лікарська підготовка», що сприяє вдосконаленню системи підготовки майбутніх спеціалістів та отриманню об'єктивної картини атестації студентів. Однак необхідно забезпечити подальший дієвий контроль за якістю тестових завдань, оскільки методологічні невірні, застарілі або помилкові тестові завдання не лише занижують оцінку кінцевого рівня знань, а й дидактично шкідливі.

ДИНАМІКА ЧАСТОТИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ СЕРЕД ДІТЕЙ МІСТА КИЄВА ЗА ОСТАННІ 10 РОКІВ

Майданник В.Г., Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Юхименко Г.І., Столяренко Н.О., Южно К.С., Геращенко Л.Г.

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

Як відомо, вже 25 років на базі Дитячої клінічної лікарні №6 м. Києва працює Центр вегетативних дисфункцій у дітей, де отримують стаціонарне лікування 1400-1500 хворих на рік. Занепокоєння лікарів в останні роки викликає поширеність синкопальних станів, які в результаті ретельного обстеження визначаються ще й як пароксизмальна вегетативна недостатність (ПВН).

Метою нашого дослідження стало встановлення частоти дітей з ПВН з визначенням характерних проявів та супутніх захворювань.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано частота ПВН за 10 років (з 2003 по 2013 рр.) на основі вивчення архівного матеріалу історій хвороб Центру вегетативних дисфункцій у дітей м. Києва.

Результати. Всього вивчено 14791 історія хвороби дітей з вегетативною дисфункцією (ВД), серед них виявлено 4211 (28,5%) дітей, яким було поставлено діагноз ПВН. Мінімальна кількість хворих на ПВН – 241 (20,1%) визначена у 2007 році, а максимальна – в 2013 році (504 дитини – 47,1%). Треба зазначити, що зростання даної патології спостерігається з 2010 р. – 366 хворих (29,3%). В середньому ПВН діагностували з 2002 по 2009 роки у чверті хворих на ВД ($M \pm m = 24,6\% \pm 1,3$), тоді як в 2013 році практично у половини (47,1%) пацієнтів.

Максимальна кількість хворих на ПВН спостерігалась практично однаково у віці 15-17 років (в 2003 р. – 57,5%, в 2013 р. – 55,4%). Гендерний розподіл за останні роки показав частішу зустрічаємість серед дівчаток (в 2003 р. – 56,5%, в 2013 р. – 64,1%).

За характером кризових станів аналогічно проявляли себе вагоінсулярні кризи (в 2003 р. – 34%, 2013 р. – 33,7%), симпатоадреналові (в 2003 р. – 23,8%, 2013 р. – 24,6%), значно зменшилось визначення змішаних кризів (в 2003 р. – 33,8%, 2013 р. – 7,3%), та частіше стали спостерігатись синкопальні стани (в 2003 р. – 8,7%, 2013 р. – 20,4%).

Найбільш поширена супутня патологія за 10 років майже не змінилась – це захворюваність ШКТ: в 2003 р. – 79,5%, в 2013 р. – 60,1%. Патологія ендокринної системи, а саме гіпоталамічний синдром (2003 р. – 3,3%, 2013 р. – 3,8%), ожиріння (2003 р. – 1,8%, 2013 р. – 0,4%) залишали без динаміки, при цьому зросла в 3 рази захворюваність щитоподібної залози (2003 р. – 4,6%, 2013 р. – 18,1%).

Динаміка проявів структурних порушень серця у вигляді аномалій хордального апарату (2003 р. – 5,6%, 2013 р. – 5,2%), пролапсу мітрального клапана (2003 р. – 7,4%, 2013 р. – 7,9%) майже не змінилась, але метаболічні зміни, діагностовано як вторинної міокардіодистрофії, знизилась практично в 3 рази (в 2003 р. – 29%, 2013 р. – 8,9%).

Необхідно підкреслити, що в 2003р. виявлялись лише порушення постави в 4,3%, тоді як в 2013 р. – в 3,8%, ще й приєднались в 63,3% випадків нестабільність шийного відділу хребта та його хондродистрофічні зміни.

Висновки. Таким чином, за 10 років частота ПВН зросла майже в 2 рази і сягає практично половини (47,1%) з усіх клінічних форм ВД у дітей, та в 3 рази зросло виявлення синкопальних станів. Патологія хворих на ПВН частіше виявлялась у віці 15-17 років серед дівчаток та часто поєднується з патологією ШКТ, щитоподібної залози та патологією шийного відділу хребта.

ЗВ'ЯЗОК У ДІТЕЙ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ З ГІПЕРТЕНЗІЄЮ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ З ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Майданник В.Г., Хайтович М.В., Суходольська Е.С.

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

Актуальність. Підліткові роки є перехідними в процесі перетворення дитини у дорослу людину. Конфліктні ситуації, емоційні стреси, підвищене розумове навантаження, хронічні захворювання, ендокринні розлади, недостатність руху та інші фактори є багато в чому провокаторами розвитку вегето-судинної дисфункції (ВСД) у підлітків. Так, емоційна лабільність, обумовлена низькою стійкістю нервової системи до стресу, є однією з головних причин збоїв у роботі вегетативної нервової системи. Змінюється узгодженість подачі сигналів до розслаблення та скорочення судин. Це викликає спазм та розширення або спазм з наступним розширенням судин, що призводить до порушення постачання кисню до клітин та органів.

В період статевого формування ВСД поглиблюється неузгодженістю між бурхливим розвитком внутрішніх органів, ростом всього організму і відставанням становлення і дозрівання нервової і ендокринної регуляції.

Мета. Вивчити зв'язок між клінічними проявами у дітей з ВСД з гіпертензією та станом мозкового кровообігу.

Матеріали і методи. Було обстежено 79 дітей віком від 6 до 18 років з ВСД за гіпертензивним типом. Вивчали вегетативний гомеостаз за допомогою опитувальника, що містить типові скарги, який заповнювали діти старше 12 років або батьки (опікуни) дітей віком

6-11 років, а також застосовували схему клінічного обстеження, яка заповнювалась лікарем. Вивчення мозкового кровообігу проводили методом реоенцефалографії (РЕГ), оцінку діяльності вегетативної нервової системи за допомогою системи експрес-аналізу ВСР «КардіоСпектр». Статистична обробка проводилась за допомогою програми Statistica for Windows 6.

Результати дослідження. Встановлено, що частіше діти скаржились на емоційну лабільність (85%), швидку втомлюваність (58%), нападаподібний головний біль (62%), підвищену пітливість (62%), порушення травлення (60%). У групі підлітків 12-18 років переважали скарги на погіршення стану при зміні погоди (81%), лабільність частоти серцевих скорочень (85%) та артеріального тиску (81%), відчуття «нестачі» повітря (62%), наявність вегето-судинних кризів (75%), запаморочення та втрату свідомості (69%), порушення сну (73%).

На РЕГ гіповолемію виявлено у 38% пацієнтів, підвищення тону судин - у 75%, утруднений венозний відтік - у 45%.

Підвищений тонус артерій розподілу достовірно ($P < 0,05$) позитивно корелював з підвищеною пітливістю ($r = 0,502$), а також з відчуттям нестачі повітря ($r = 0,482$). Підвищений тонус артерій супротиву достовірно ($P < 0,05$) корелював ($r = 0,425$) з індексом маси тіла (ІМТ). Дикротичний та діастолічний індекси достовірно ($P < 0,05$) корелювали з ІМТ ($r = 0,483$), онімінням та похолоданням кінцівок ($r = 0,409$). Інтегральний показник балансу симпатичного та парасимпатичного впливу за даними кардіоритмографії достовірно ($P < 0,05$) корелював із ІМТ ($r = 0,420$), зміною температури тіла ($r = 0,422$).

Висновки. Таким чином, у підлітків з ВСД з гіпертензією відчуття нестачі повітря, оніміння та похолодання кінцівок, надмірна пітливість пов'язані з підвищенням індексу маси тіла, симпатикотонією, порушенням мозкової гемодинаміки.

ОСОБЛИВОСТІ РЕЄСТРАЦІЇ І АНАЛІЗУ СЕРЦЕВИХ ЗВУКІВ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Мавропуло Т.К., Мокія-Сербіна С.О., Шелевицька В.А.

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", м. Дніпропетровськ
«Національний медичний університет імені О.О. Богомольця», м. Київ

Частота виявлення серцевих шумів у ранньому неонатальному періоді у новонароджених різного гестаційного віку коливається від 0,6-4,2% до 60% (Hossain M.M.). Згідно з результатами досліджень, наявність шумів у новонароджених дітей є переважно свідченням хвороби серця. Водночас у 70% новонароджених з шумами в серці відсутні інші клінічні симптоми (Dey N.). Аускультация є привабливим методом для скринінгу структурних аномалій серця новонароджених, оскільки вимагає мінімальних матеріальних ресурсів, часу та є абсолютно безпечною процедурою.

Проблемою аускультатії є суб'єктивність аналізу та інтерпретації результатів. Навіть зроблений електронний запис сигналу при відтворенні різними лікарями сприймається по-різному.

Збільшити діагностичне значення аускультатії серцевих звуків можна за рахунок впровадження комп'ютерного аналізу їх цифрових записів.

Мета. У роботі показано методику проведення електронної аускультатії й запису серцевих звуків та проілюстровано потенційні можливості комп'ютерного частотно-часового аналізу для об'єктивної диференціації серцевих шумів.

Матеріали і методи. Нами використовувався цифровий стетоскоп Thinklabs Model ds32a+, який не відрізняється від традиційного зовні та акустично, є зручним і звичним у роботі. Thinklabs використовує аналог традиційної мембрани для перетворення звуку в електричний сигнал. В результаті цього звук у стетоскопі природний і має знайомий тон традиційних стетоскопів.

Вислуховування виконувалося електронним стетоскопом у режимі підсилення звуку та звуженого сектора вислуховування з одночасним записом на диктофон.

Перегляд, редагування, обробка запису виконувалася у програмі Thinklabs Phonocardiophy powered by Audacity. Для детального аналізу запису звуковий сигнал розглядався у часовій області, з фрагментів із записів, зроблених при аускультатії у п'яти традиційних точках вислуховування серця. Виділялися фрагменти запису, вільні від сторонніх звуків та спотворень (внаслідок руху, крику дитини). Для виділених фрагментів (2-3 серцевих цикли) будувалися спектрограми із встановленими у програмі параметрами. Спектрограми та аудіограми аналізувалися візуально з метою виявлення характерних особливостей та відмінностей між ними.

Результати. У групу досліджених увійшли 100 доношених новонароджених дітей із терміном гестації при народженні від 37 до 41 тижня, з масою тіла від 2600 до 4700 г, у яких пренатально не було виявлено будь-яких структурних аномалій серця при ультразвуковому обстеженні. В результаті досліджень була встановлена характерна для здорової дитини аудіограма. Було виявлено 7 дітей, аудіограма яких мала особливості, притаманні наявному серцевому шуму. Були виділені аудіограми, характерні для таких вроджених вад серця, як клапанний стеноз аорти, дефект міжшлуночкової перетинки.

Висновки. Цифровий запис і візуалізація серцевих звуків у новонароджених суттєво розширюють можливості аускультативних методів. Завдяки їм ми отримуємо об'єктивність дослідження, можливості для поглибленого аналізу та диференціальної діагностики.

ЕВОЛЮЦІЯ РЕВМАТИЧНОЇ ЛИХОМАНКИ (РЛ) У ДІТЕЙ ЗА 40 РОКІВ (1970-2013)

Мамалуй Н.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Зміни в структурі клінічних форм і характері перебігу РЛ, що значною мірою обумовлені патоморфозом захворювання, стали підставою для дослідження особливостей її початкового періоду, еволюції і наслідків у 1115 дітей, які знаходились на лікуванні в міському кардіоревматологічному відділенні з 1970 по 2013 рік (865 з 1 епізодом РЛ, 250 - з повторною РЛ).

Віддзеркаленням загальних тенденцій до зниження первинної захворюваності на РЛ стало зменшення числа госпіталізованих дітей в 80-і роки в 2,6 раза в порівнянні з 70-ми, а в 90-2000-і в 5 разів, ніж у другому десятиріччі спостереження і в 11 разів по відношенню до першого етапу. Гендерних відмінностей в частоті розвитку РЛ не виявлено, але змінились співвідношення вікових груп хворих. Так, на I етапі переважали пацієнти 7-10 років, 25% складали діти 4-6 років. Друга декада спостережень відрізнялась збільшенням в 1,5 раза чисельності захворілих в 11-14 років та тим же (1,5 раза) рівнем зниження числа дошкільнят. В 90-2000 роки різко зросла кількість хворих підлітків.

На етапах 70-х і наступних років спостерігались позитивні зрушення в клінічній картині РЛ з переважанням середньотяжкого кардиту, помірної активності та гострого перебігу.

З другої половини 90-х років відмічено збільшення випадків розвитку суглобового синдрому (до 70%) і максимального ступеня активності процесу. Не виявлено змін в частоті розвитку хорей (15-20%). Провідною клінічною формою залишається ендоміокардит (від 60 до 80% в різні періоди спостереження). Використання доплерехокардіографії сприяло розширенню можливостей прижиттєвої діагностики у окремих хворих з вальвулітом мітрального клапана афонічних варіантів ендокардиту аортальної та трикуспідальної локалізації, а в одиничних хворих навіть залучення в процес клапанів легеневої артерії. Тяжкий варіант кардиту залишається фактором максимального ризику формування клапанних вад серця, ознаки яких визначались вже на етапах I року у 20-25% хворих. Цей показник знизився в 1,5-2 рази в порівнянні з 70-80-ми роками, але залишається в 2 рази вищим, ніж у загальній групі хворих з I епізодом РЛ. Комплексна оцінка кардіальних уражень на етапах еволюції первинного ревмокардиту з використанням доплер-ЕхоКГ дала можливість уточнити темпи і визначити строки утворення клапанних вад серця в сучасних умовах: в межах від 3 до 12 місяців з моменту початку РЛ. Ревматичні вади серця, що формуються в сучасних умовах, відрізняються стійкою компенсацією гемодинаміки. Пролапс мітрального клапана сформувався у 6,3% хворих з первинним ревмокардитом. Рібаунд-синдром розвинувся у 7% дітей з тяжким варіантом кардиту. Повторна РЛ (ПРЛ) частіше відзначалась у дітей, які перенесли хорею і тяжкий ревмокардит. На сучасному етапі, в порівнянні з I періодом спостереження, ПРЛ в 1,5 рази частіше розвивається при відсутності фону раніше сформованої вади серця. У 40% прояви ПРЛ нерідко характеризуються більшою тяжкістю кардіальних уражень, майже вдвічі (42%) знижується частота розвитку артриту.

Висновки. На етапах двох останніх десятиріч помітно подовжились інтервали між епізодами РЛ. У 1% хворих, що перенесли єдину атаку РЛ, в подальшому трапилось ускладнення вади серця: утворення поєднаної мітральної вади на фоні раніше сформованої недостатності мітрального клапана, що було розцінено як наслідок впливу гемодинамічних факторів з розвитком небактеріального тромботичного ендокардиту.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ТА ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Марушко Ю.В., Гишак Т.В., Пісоцька С.А., Злобинець А.С., Мика М.Ю.

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

Актуальність. Останнім часом все більшу увагу привертає до себе проблема поєднаної (коморбідної) патології у дитячому віці. Особливо це актуально відносно первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ) та патології гастродуоденальної зони (ГДЗ), які займають одне з провідних місць у загальній структурі захворюваності серед дітей.

Мета. Дослідити особливості добового моніторингу артеріального тиску у дітей з поєднаною патологією гастродуоденальної зони (ПГДЗ) та первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 233 дитини віком 9-17 років (середній вік хлопчиків 13,5 року, дівчаток - 13,8 року). Перша група (141 дитина) – ізольована ПАГ; друга група (92 дитини) – ПАГ і ПГДЗ: хронічний гастрит і/або дуоденіт в стадії загострення, дуоденогастральний рефлюкс, гастрозофагальна рефлюксна хвороба.

Проведено загальне клінічне обстеження, добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАД) з використанням монітору «АВМ-04» («Meditech», Угорщина) фіброезофагогастроуденоскопія (ФЕГДС) із застосуванням гастродуоденоскопу ГДБ-ВО-Г-22 (Росія).

Результати дослідження. Було виявлено, що серед дітей з поєднаною ПГДЗ та ПАГ головний біль відмічався у 45,7±5,2%, кардіалгії - у 76,1±4,4% та метеозалежність - у 78,3±4,3%, що було достовірно частіше порівняно з дітьми з ізольованою ПАГ, у яких скарги на головний біль мали 36,2±4,0%, кардіалгії 39±4,1% та метеозалежність 41,31±4,1% дітей.

Середні значення систолічного артеріального тиску (САТ) - 127,34±1,02 мм рт.ст., діастолічного артеріального тиску (ДАТ) - 67,93±0,72 мм рт.ст., індекс гіпертензії САТ (48,73±3,46%) і ДАТ (16,91±2,23%) у хлопчиків з коморбідною патологією були достовірно нижчі порівняно з ізольованою ПАГ (САТ - 132,56±0,99 мм рт.ст., ДАТ - 70,83±0,62 мм рт.ст., індекс гіпертензії САТ - 70,37±2,63% і ДАТ - 28,75±2,64%). У дівчаток таких закономірностей не відмічалось.

Найбільші циркадні порушення артеріального тиску було виявлено у дівчат з поєднаною патологією. Серед них частіше зустрічався варіант «Non-dipper» нічного зниження САТ - 72,3±6,5% порівняно з 51,4±5,9% у дівчат з ізольованою ПАГ. У хлопчиків варіант «Non-dipper» при поєднаній патології було виявлено у 48,9±7,5%, при ізольованому перебігу ПАГ - у 50,7±6,0% дітей.

Висновки. 1. У дітей з коморбідною патологією ПАГ та ПГДЗ порівняно з ізольованою ПАГ достовірно частіше зустрічаються скарги на головний біль, кардіалгії та метеозалежність.

2. Середні значення САТ і ДАТ, індекс гіпертензії САТ і ДАТ при ПАГ у хлопчиків незалежно від наявності супутньої ПГДЗ вищі порівняно з дівчатами.

3. Для дівчат з поєднанням ПГДЗ та ПАГ характерна підвищена варіабельність артеріального тиску, що дозволяє віднести їх до групи з найбільш нестабільним тиском.

4. Виявлені зміни у дітей з коморбідною патологією необхідно враховувати при розробці лікувальних заходів.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ З ВИКОРИСТАННЯМ ЦИНКУ СУЛЬФАТУ

Марушко Ю.В., Асонов А.О.

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

Захворювання травного тракту залишаються актуальною проблемою сучасної педіатрії. В даний час доведено негативну роль неадекватного харчування, дефіциту есенціальних мікроелементів, особливо цинку, в формуванні захворювань органів травлення, зниженні гастропротективного потенціалу у дітей.

Мета роботи. Оптимізація лікування хронічного гастродуоденіту у дітей на фоні дефіциту цинку за рахунок підвищення гастропротективного потенціалу шляхом призначення препарату цинку.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 86 дітей віком від 6 до 17 років з хронічним гастродуоденітом (ХГД) в стадії загострення та зниженим вмістом цинку у волоссі, визначеного методом рентген-флюоресцентної спектрометрії. Рівень цинку в сироватці крові досліджували у 39 дітей спектральним атомно-абсорбційним методом, рівень фукози (Dishe, 1948) та білка (Бузун, 1982) шлункового слизу - у 24-х обстежуваних. У своїй роботі ми опирались на протокол діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей (Наказ МОЗ від 29.01.2013 № 59). Пацієнти були розділені на 2 групи: I група (основна) - 44 дитини з ХГД, що окрім терапії гастродуоденіту на другому етапі лікування додатково отримували 45,0 мг елементарного цинку у вигляді цинку сульфату протягом 1 місяця; II група - 42 дитини, які препарати цинку не отримували.

Результати дослідження. У I групі після лікування спостерігалось достовірно менше проявів синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації, показник цинку сироватки крові досягнув нормальних величин - 12,72±0,35 мкмоль/л, а у дітей II групи залишався нижчим - 10,17±0,45 мкмоль/л (p<0,05). Вміст фукози та білка у шлунковому слизу у I групі після лікування був вірогідно вищим, ніж у II групі та досягнув таких значень, як у здорових.

За результатами спостереження за хворими обох груп в катамнезі через 6 місяців встановлено, що рецидиви захворювання статистично достовірно (p<0,05) рідше спостерігалися в основній групі. Так, ранні рецидиви виникли тільки у 2-х дітей із групи, що отримували препарат цинку, та у 10 дітей із контрольної групи.

Висновки. Застосування цинку сульфату у комплексному лікуванні ХГД у дітей з дефіцитом цинку сприяє відновленню гастропротективного потенціалу, підвищує рівень цинку сироватки крові, попереджує загострення хронічного гастродуоденіту.

КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ БЕЗПЕЧНОСТІ, ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ПЕРЕНОСИМОСТІ ПРОДУКТІВ ДИТЯЧОГО ХАРЧУВАННЯ «СИРОК ДИТЯЧИЙ «АГУША» ТА» ЙОГУРТ ДИТЯЧИЙ «АГУША» У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Матвієнко І.М., Маковкіна Ю.А., Кравченко О.М.

ДУ «ІПАГ НАМН України», м. Київ

Дослідження, проведені в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» НАМН України в групі клінічно здорових дітей, демонструють існування дисбіозу кишечника з наявністю значного мікробно-вірусного навантаження, яке не має тенденції до самосанації та призводить до напруження імунної системи, що є перехідним від стану здоров'я до патології і потребує низки певних профілактичних заходів та інколи фармакопідтримки.

Мета. В 2013 році групою дослідників відділу проблем здорової дитини та преморбідних станів було проведено ще одне дослідження по впливу дитячих кисломолочних продуктів харчування на формування та підтримання мікрофлори кишечника і його захисних можливостей.

Матеріали і методи. В дослідженні взяли участь 80 клінічно здорових дітей, які знаходяться під наглядом у відділенні. Кожній дитині було проведено на початку і наприкінці дослідження: мікробіологічне дослідження фекалій, визначення протективних факторів (IgG, IgA, IgM, sIgA, лізоциму) у копрофільтраті, оцінку якості харчового раціону та забезпеченість його основними компонентами.

Результати дослідження. На початку дослідження зареєстровано тенденцію до зростання кількісного рівня висіву стафілококу золотистого (у 17% дітей 6-12 місяців життя, та до 32,5% дітей 12-36 місяців життя); зростання частки дітей із збільшенням кількісних показників висіву ентеробактерій (протей (22 %) та клебсієла (32 %), а також велику частку дітей (до 68%), в яких було виявлено асоціації патогенних мікроорганізмів, і найчастіше вони були представлені стафілококом, клебсієлою та грибами р. Candida. Дефіцит нормальної мікрофлори лактобактерій і біфідобактерій спостерігався у більшості обстежених дітей до 64 %.

Після 45-денного прийому кисломолочної продукції «Агуша» було проведено повторне мікробіологічне обстеження кишечника дітей, яке продемонструвало зниження частоти реєстрації золотистого стафілококу, гемолітичної E.coli, патогенних ентеробактерій. Зменшення співвідношення захисної мікрофлори та патогенного стафілококу і потенційно-патогенних ентеробактерій спостерігалось у 90% дітей 6-12 місяців життя, у 86% дітей 13-18 місяців життя та у 82% дітей 19-36 місяців життя. Відновлення рівня біфідо- і лактобактерій до показників норми відбулось у 72-94% дітей відповідних вікових груп.

Висновки. Дослідження вмісту імунних факторів в копрофільтраті в залежності від віку дитини продемонструвало, що у всіх обстежених дітей на початку дослідження спостерігалось зниження рівнів sIgA та IgG; при цьому концентрація IgA та лізоциму не відрізнялась від нормативних показників. Після закінчення дослідження в копрофільтратах реєструвалось зростання рівнів sIgA і IgG до рівня нормативів.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР – ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

Мителева Т.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Актуальность. Несмотря на очевидный прогресс в области изучения факторов, оказывающих непосредственное влияние на состояние здоровья детей и подростков, широкое внедрение здоровьесберегающих технологий, отмечается неуклонный рост заболеваемости среди школьников. Главная роль в гармоничном росте и развитии ребенка отводится здоровому образу жизни и, в частности, организации и структуре режима дня, с оптимальным соотношением физической, умственной нагрузки, сна и досуга. Так сложилось, что на протяжении последнего десятилетия неотъемлемой частью свободного времени почти каждого школьника стали компьютерные игры (КИ). Развитие компьютерных технологий сделало данный вид досуга распространенным и общедоступным. Поэтому на сегодняшний день мы можем констатировать как позитивные, так и негативные эффекты игровой деятельности за компьютером.

Цель работы. На основании разработанной нами ранее технологии гигиенической регламентации компьютерных игр предложить практические рекомендации для профилактики развития донозологических состояний у детей и подростков, возникающих во время контактов с компьютерными играми.

Материалы и методы. Было проведено исследование особенностей досуга у 220 школьников, гигиеническая экспертиза 50 наиболее распространенных настольных компьютерных игр, а также натурный гигиенический эксперимент – игровая деятельность за

компьютером с разными параметрами оформления (128 детей) с контролем ряда физиологических, биохимических, офтальмологических и психологических показателей.

Результаты. На основании проведенных исследований разработан комплекс профилактических мероприятий по предупреждению развития донозологических состояний у пользователей КИ. Он базируется на проведении гигиенической регламентации КИ и включает: соблюдение норм и правил во время разработки, проведения экспертной оценки влияния на функциональное состояние пользователей существующих игр и запрет на использование КИ, несоответствующих законодательным актам, а также проведение профилактических, оздоровительных, реабилитационных мероприятий у детей в зависимости от уровня адаптации к факторам риска игровой деятельности за компьютером. Длительность игровой деятельности за компьютером должна составлять: для детей младшего школьного возраста, от 6 до 10 лет – не более 30 минут; среднего и старшего школьного возраста, от 11 лет до 16 лет и старше – 45 минут. Максимальная длительность компьютерной игры не должна превышать 60 минут. Для профилактики зрительного и общего утомления организма ребенка необходимо регулярно через 20-25 минут КИ делать перерыв с выполнением упражнений зрительной гимнастики. При правильном и своевременном выполнении она позволяет снять симптомы зрительного перенапряжения. Кратность игровой деятельности с использованием компьютера детьми рекомендуется до четырех раз в неделю. Последний контакт должен быть не менее чем за два часа до сна, поскольку в случае использования персонального компьютера непосредственно перед сном возникает спазм аккомодации, который не компенсируется в течение ночного отдыха. Кроме этого, важны условия игры. Среди них: параметры микроклимата, уровень освещенности, виды используемого освещения, использование эргономичной мебели.

Выводы. Использование предложенных практических мероприятий позволяет предупредить развитие основных донозологических состояний, возникающих во время игровой деятельности у детей.

ЗНАЧЕННЯ МІОФАСЦІАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

**Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Кулик В.О., Гнилоскуренко Г.В.,
Цимбалюк Ю.В., Молочек Н.В.**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м.Київ
ДУ «Інститут нейрохірургії НАМН України», «Інститут проблем болю», м.Київ

Актуальність. Згідно з дослідженнями останніх років міофасціальна дисфункція, що виникає внаслідок патології шийного відділу хребта (ШВХ) у всіх пацієнтів супроводжується вегетативною дисфункцією, яка має пароксизмальний перебіг з виникненням вегетативних кризів.

Мета. Вивчити стан трапецієвидних та грудино-ключично-сосцевидних м'язів з формуванням міофасціальної дисфункції у дітей з ПВН на фоні нестабільності та/ або хондродистрофічних змін шийного відділу хребта.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 та «Інституту проблем болю» м.Києва.

Відібрано 41 дитину віком від 8 до 18 років з ПВН, у яких після повного клініко-інструментального обстеження, яке включало рентгенографію шийного відділу хребта з функціональними пробами, МРТ головного мозку та шийного відділу хребта, електрокардіографію, ультразвукове обстеження черевної порожнини, добовий моніторинг артеріального тиску, консультацію невролога, вертебролога, окуліста, була виявлена патологія ШВХ у вигляді нестабільності та/ або хондродистрофічних змін.

З метою об'єктивізації показників активності м'язів шиї та плечового пояса у дітей з патологією ШВХ використовували метод поверхневої електроміографії, яку проводили за допомогою 4-канального комп'ютерного електронейроміографа «M-Test Neuro». Так, за допомогою 9 тестів обстежували функціональний стан m.sternocleidomastoideus та m.trapezius з двох сторін.

Для оцінки зворотності міофасціальних порушень на підставі отриманих результатів динамічної та статичної роботи вираховували коефіцієнт адекватності (КА) активації м'язів, який характеризує м'яз при різних формах його активності (при самовільній та несамовільній).

Результати дослідження. Аналіз висновків сумарної комп'ютерної оцінки запрограмованих параметрів ЕМГ про стан активності m.sternocleidomastoideus dextra et sinister та m.trapezius dextra et sinister показав, що у всіх хворих ПВН на фоні патології ШВХ в 100% випадків визначались асиметричні зміни активності досліджуваних м'язів, частіше за рахунок правої сторони (73,6%).

Визначено, що згідно зі змінами коефіцієнта адекватності при проведенні динамічних та статичних проб m.sternocleidomastoideus dextra et sinister та m.trapezius dextra et sinister за даними ЕМГ у хворих ПВН на фоні патології ШВХ міофасціальні дисфункції призводять до зворотних та незворотних наслідків довготривалої напруги м'язів зі зниженою здатністю до скорочення, більше з правої сторони. Так, найчастіше декомпенсований стан м'язово-тонічних порушень (КА більше 100%) встановлений при динамічних напруженнях m.trapezius dextra (у 63, 4% хворих) та при статичній роботі m.sternocleidomastoideus dextra (у 46,3%).

Висновки. Таким чином, отримані дані дозволили виявити асиметричні функціональні зміни m.sternocleidomastoideus dextra et sinister та m.trapezius dextra et sinister, причому найчастіше декомпенсований стан виявлений при правобічних м'язово-тонічних порушеннях, що необхідно враховувати для їх диференційованої корекції.

СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ, НА ФОНІ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЛОР-ОРГАНІВ

**Мітюряєва І.О., Гавриленко Ю.В., Лантух Л.О., Гнилокурченко Г.В.,
Гарбуз Д.В., Степанова О.О.**

Національний медичний університет ім.О.О. Богомольця, м. Київ
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Актуальність. По визначенню ВООЗ цукровий діабет відноситься до глобальних медико-соціальних проблем. Так, щорічно кількість хворих збільшується на 5-7% відсотків, причому серед дитячого населення відбувається приріст захворюваності в допідлітковій групі і особливо серед дітей до 6 років.

Метаболічні розлади, які відбуваються в організмі при цукровому діабеті, стосуються всіх органів та систем. Порушення регенераторної функції тканин, послаблення фагоцитарної активності макрофагів та лейкоцитів і зниження захисного бар'єру слизових оболонок призводить до посилення адгезії мікроорганізмів та формування хронічних вогнищ інфекції. Тривалий перебіг захворювання сприяє стійкому порушенню мукоциліарного кліренсу, що призводить до змін мікроциркуляції слизової оболонки носа. Крім того, гіперглікемія сприяє потовщанню базальної мембрани судин з розвитком гіпоксії та формуванням мікроангіопатій.

Мета. Визначити стан мікроциркуляторного русла у дітей з цукровим діабетом 1 типу на фоні хронічної патології ЛОР-органів.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось у відділенні ендокринології ДКЛ №6 м.Києва.

Під наглядом знаходились 42 дитини (22 хлопчики та 21 дівчинка) з цукровим діабетом 1 типу тяжка форма. Серед обстежених дітей 27 хворих мали субоптимальний глікемічний контроль, 15 - глікемічний контроль з високим ризиком для життя, при цьому у 8 дітей - цукровий діабет був виявлений вперше.

Всім хворим проводилось загальноклінічне обстеження з визначенням глікемічного профілю та рівня глікозильованого гемоглобіну. Хворі проходили обстеження отоларинголога, окуліста. Для виявлення мікроангіопатій кінцівок проводили капіляроскопію нігтьового ложа 4-го пальця руки за допомогою капіляроскопа М-70А.

Результати дослідження. За допомогою опитувальника визначали скарги хворих. Звертали увагу на порушення носового дихання, біль при ковтанні, періодичний підйом температури, неприємний запах з рота, носові кровотечі. Також з'ясовували частоту та характер перебігу ГРВІ та риносинуситів. На підставі отоларингологічного обстеження хворі були розподілені на 2 групи. Так, до 1 групи віднесені хворі, які не мали патології ЛОР-органів - 12 (29%), до 2-ої групи - 30 дітей (71%) з хронічною патологією ЛОР-органів. Так, у дітей другої групи - виявлено хронічний тонзиліт - 22 (73%) хворих, та у 8 дітей (27%) - носові кровотечі. При проведенні капіляроскопії оцінювали судинні (структура капілярних петель), позасудинні (перикапілярний набряк, крововиливи) й внутрішньосудинні (перфузія капілярів) показники. З'ясовано, що у дітей 1 групи в 50% виявлено мікроангіопатії 1 типу, та у 33% - 2 типу. В групі дітей, у яких перебіг цукрового діабету ускладнювався патологією ЛОР-органів, у 23 (77%) встановлено порушення мікроциркуляторного русла. Серед них мікроангіопатію 1 типу мали 13 (56,5%) дітей, 7 (30%) дітей - 2 типу, а також у 3 (13,5%) дітей - 3 типу, причому в останніх хворих перебіг хронічного тонзиліту ускладнювався носовими кровотечами.

Висновки. У хворих з цукровим діабетом 1 типу на фоні хронічної патології ЛОР-органів, показники капіляроскопії з визначенням ступеня мікроангіопатії зустрічалися частіше, ніж у групі дітей без ЛОР патології. Значні зміни виявлено у хворих з хронічним тонзилітом на фоні носових кровотеч, що підтверджує порушення метаболізму та захисних функцій в різних тканинах організму, з розвитком хронічних вогнищ інфекції, таких як хронічний тонзиліт.

СТАН МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Прохорович Т.П., Терлецький Р.В., Долгополова О.В., Гарбуз Д.В.

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

Актуальність теми. Частота випадків пароксизмальної вегетативної недостатності (ПВН) останнім часом значно зросла у дітей шкільного та юнацького віку. Враховуючи поширеність патології щитоподібної залози (ЩЗ) у дітей, що спостерігається наразі та досягає 20% хворих з ПВН, є актуальним вивчення взаємозв'язку між цими захворюваннями та обґрунтовує можливість впливу на порушення периферійної трофіки тканин.

Мета роботи. Оцінити вплив патології щитоподібної залози на стан мікроциркуляції у дітей з пароксизмальною вегетативною недостатністю.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилось на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 м. Києва за допомогою методу капіляроскопії. Використовувався прилад капіляроскоп М-70А. Загалом дослідження було проведено у 31 дитини (21 – основна група з ПВН на фоні патології ЩЗ, та 10 – група контролю без патології ЩЗ).

Результати дослідження. При обстеженні дітей збирався анамнез, з якого визначалося, що частіше діти скаржились на головний біль, біль у серці, запаморочення, втрати свідомості, швидку втомлюваність та емоційну лабільність. Ці скарги були типовими як для основної, так і для контрольної групи досліджуваних. Головний біль в основній групі зустрічався в 98,1%, в контрольній – 100%. Більш часто відмічались болі в серці, що складала в основній групі 42,3% (в контрольній – 20%), а також запаморочення та втрата свідомості – 90% пацієнтів (в контрольній групі у 75%).

Аналіз показників капіляроскопії дозволив виявити, що у хворих з ПВН на фоні патології ЩЗ діагностовано в 90% випадків I-III ст. мікроангіопатії (МАП) (в контролі – тільки у 70%). При цьому в основній групі найчастіше (38,1%) виявлена МАП II ст. (в контролі – 10%) та практично однаково по чверті хворих основної групи мали МАП I ст. (28,6%) та МАП III ст. (23,8%). В контролі найчастіше визначено МАП I ст. (40%).

Оцінка показників капілярної сітки допомогла виявити форму «ком» капілярних петель, що у 83% випадків знайдено в хворих основної групи та характеризує МАП III ст. (в контролі – у 20%). Тільки при патології ЩЗ в 42,8% випадків відмічено розширення капілярних петель, підвищена звитість артеріального відділу капілярів (14,3%), переважання кровонаповнення артеріальних відділів (19,1%) та венозних відділів капілярів (14,3%), що зовсім не визначалась в контролі.

Висновки. Вивчення стану мікроциркуляції у хворих з ПВН на фоні патології щитоподібної залози продемонструвало в порівнянні з контролем наявність майже в 90% випадків мікроангіопатій, зокрема високого ступеня тяжкості, що розриває нові патогенетичні зв'язки цих порушень та потребує врахування індивідуального призначення лікарських засобів.

ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РІЗНИХ ПРОЯВІВ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ

Мітюрєва І.О., Хайтович М.В., Кухта Н.М., Тарнавська О.В., Корнієнко А.Б.

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

Актуальність. Недостатнє врахування розв'язання психологічних проблем, зокрема особливостей виникнення та прояву тривожних станів у дітей, які складаються із домінантної емоції страху та її взаємодії з однією або кількома фундаментальними емоціями: гнівом, провинною, стражданням при лікуванні дітей на різні прояви ВД складає в останні роки важливу проблему.

Мета. Оцінити ефективність використання інноваційної психокорекційної програми з елементами музикотерапії, ізотерапії, гелотології в комплексному лікуванні дітей, хворих на різні клінічні форми ВД.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКБ №6 м. Києва. Під наглядом знаходились 149 дітей віком 12-17 років, у яких в результаті клініко-інструментального обстеження було діагностовано різні клінічні форми ВД. Клініко-психологічні та інструментальні обстеження проводились до та після психокоригуючого лікування. Хворі основної групи - 89 дітей, брали участь у груповій психотерапії за інноваційною програмою «Наші ліки – музика, сміх, творчість» з елементами музикотерапії, ізотерапії, гелотології. 60 хворих контрольної групи отримували базове лікування.

Результати дослідження. За результатами обстеження в групі майже в 2 рази частіше, ніж у 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).

Дослідження за оперативною методикою самопочуття, активності, настрою (САН) свідчать про покращення самопочуття на 58,1%; активності на 44,5%, настрою на 85,6% в основній групі. В контрольній групі покращення самопочуття відбулося тільки на 25,4%, показники активності та настрою майже не змінилися. За скринінговим тестом Голдберга-Бенджаміна-Крида відмічено зменшення стану тривоги на 56,8%, стану з елементами депресії на 27,1%. В контрольній групі достовірних змін майже не відбулося.

Аналіз даних за методикою Ольшаннікової-Рабінович дозволив визначити зниження показників страху на 78,3%, гніву на 67,6% та підвищення радості на 56,8% основної групи та залишилися на попередньому рівні показники у контрольній групі.

Висновки. Проведене дослідження підтвердило ефективність розробленої інноваційної психокорекційної програми, основними елементами якої були музикотерапія, гелотологія, ізотерапія в комплексному лікуванні різних клінічних форм вегетативних дисфункцій у дітей, що може бути використано в загально-клінічній практиці спеціалізованих дитячих відділень.

ВПЛИВ МІОФАСЦІАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ НА СТАН ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ХВОРИХ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

**Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Кулик В.О., Гнилоскуренко Г.В.,
Цимбалюк Ю.В., Афанасьєва І.О., Забуцька Л.Р.**

Національний медичний університет ім.О.О. Богомольця, м.Київ
ДУ «Інститут нейрохірургії НАМН України», м. Київ
Інститут проблем болю, м. Київ

Актуальність. В останній час спостерігається значний інтерес до проявів ВД з пароксизмальним перебігом (ПВН) на фоні патологічного стану, який визначається терміном краніовертебральна дисфункція. Так як хребетна артерія проходить в отворах поперечних відростків шийних хребців – від С6 до С1 такі зміни, як нестабільність краніовертебрального сегмента і нижчеприлеглих хребців, слабкість зв'язкового апарата, вроджені вади розвитку, остеохондроз, вродженні аномалії судин вертебробазиллярної артеріальної системи, а також міофасціальна дисфункція, що виникає внаслідок патології шийного відділу хребта (ШВХ) - головні причини виникнення синдрому вертебробазиллярної недостатності, що супроводжується розладами вегетативної нервової системи (ВНС).

Мета. Вивчити вплив міофасціальних дисфункцій на порушення краніоцеребрального кровообігу та функціональну активність нервової системи у хворих ПВН на фоні патології ШВХ.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 та «Інституту проблем болю» м.Києва.

Відібрано 41 дитину віком від 8 до 18 років з ПВН, у яких після повного клініко-інструментального обстеження була виявлена патологія ШВХ у вигляді нестабільності та/ або хондродистрофічних змін. З метою об'єктивізації показників активності м'язів шиї та плечового пояса у дітей з патологією ШВХ використовували метод поверхневої електроміографії, яку проводили за допомогою 4- канального комп'ютерного електронейроміографа «M-Test Neuro». Оцінку стану мозкової гемодинаміки проводили методом РЕГ, стан активності центральної нервової системи вивчали за допомогою ЕЕГ.

Результати дослідження. Аналіз висновків сумарної комп'ютерної оцінки запрограмованих параметрів ЕМГ про стан активності m.sternocleidomastoideus dextra et sinister та m.trapezius dextra et sinister показав, що в 100% випадків визначались асиметричні зміни активності досліджуваних м'язів, частіше за рахунок m.sternocleidomastoideus dextra et m.trapezius dex-tra (73,6%).

Зміни на РЕГ у дітей з ПВН на фоні патології ШВХ достовірно ($p < 0,05$) переважали з правої сторони, або мали двохсторонні порушення. Зниження кровонаповнення з двох сторін мали 18 (43,9%) дітей, справа у 6 (14,6%). Підвищення тону артеріол з правої сторони мали 6 (14,6%) дітей, зліва ці зміни мали 9,7% дітей.

Підвищена активність m.sternocleidomastoideus dextra позитивно корелює зі зниженням кровонаповнення в вертебробазиллярному басейні справа ($r = 0,351$, $p < 0,05$), та зі змінами тону артеріол опору також справа ($r = 0,327$, $p < 0,05$), порушення судинного опору зліва корелює з підвищеною активністю m.sternocleidomastoideus sinister ($r = 0,333$, $p < 0,05$).

Вплив міофасціальних порушень на функціонування ЦНС встановлено за допомогою ЕЕГ. У всіх хворих ПВН на фоні патології ШВХ зареєстровані помірні зміни біоелектричної активності (БЕА) загальнономозкового характеру у 12,8% дітей та з явищами коркової ірритації у 81,2% хворих. У 31,2% дітей відмічалось зниження порогу судомної готовності та елементи умовно-епілептиформної активності, зниження рівня БЕА у скронево-потиличний ділянці виявлено у 68,3%, що особливо відображає вплив патології ШВХ.

Висновки. Таким чином, доведено, що є достовірний кореляційний зв'язок між асиметричними міофасціальними дисфункціями з показниками порушень вертебробазиллярного басейну у хворих ПВН на фоні патології ШВХ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ПАТОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

**Мітюряєва І.А., Кухта Н.Н., Матусова М.А., Борзенко І.А.,
Кулик Г.Д., Сидорчук І.А.**

Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, г. Киев
Детский специализированный клинический санаторий (ДСКС) «Смена», г. Евпатория (АР Крым)

Актуальность. В структуре детских заболеваний одно из первых мест занимает патология органов дыхания. У детей, имеющих затяжные заболевания бронхо-легочной системы, часто обнаруживают (25-70%) вегетативные нарушения.

Целью исследования было установление влияния клинико-инструментальных показателей у больных с рецидивирующей патологией дыхательной системы на развитие ВД с оценкой эффективности их коррекции в комплексном санаторно-курортном лечении (АР Крым) с добавлением препарата "Ноофен" производства компании "Олфа" (Латвия).

Материалы и методы. Обследовано 60 больных ВД детей в возрасте от 10 до 16 лет (30 больных получали "Ноофен", 30 больных контрольной группы), которые находились на санаторно-курортном лечении в ДСКС «Смена» г. Евпатория (АР Крым). Группу сравнения составили 30 больных ВД, которые лечились в детской клинической больнице № 6 г. Киева и не имели фоновых хронических и рецидивирующих заболеваний дыхательной системы.

Результаты исследований и их обсуждение. Быстрая утомляемость наступала чаще в 2,1 раза у больных ВД на фоне хронических тонзиллитов и в 2,5 раза у больных ВД на фоне рецидивирующих бронхитов, чем у больных без патологии дыхательной системы. Сердцебиение регистрировалось реже в 3,7 раза у больных ВД на фоне рецидивирующих бронхитов и в 1,8 раза у больных ВД на фоне хронических тонзиллитов, чем у больных без дыхательной патологии. В результате реабилитационного лечения с препаратом Ноофен по сравнению с контролем у больных ВД на фоне хронического тонзиллита улучшилось (почти в 3 раза) состояние сердечной деятельности, уменьшилась симпатическая направленность исходного вегетативного тонуса и у 82,68% больных зафиксирована нормальная вегетативная обеспеченность. У больных ВД на фоне рецидивирующих бронхитов наблюдалась позитивная динамика проявлений церебростенического синдрома (улучшение в 3,7 - 4,2 раза), нормализация исходной симпатикотонии в 100% и парасимпатикотонии - в 95% случаев. У 89,8% больных ВД имели изменения дыхательной функции по данным спирографии до лечения. В результате проведенной комплексной санаторно-курортной терапии с препаратом Ноофен уменьшились нарушения дыхания смешанного типа в 7 раз (в контроле - в 2 раза), полностью исчезли нарушения обструктивного типа (в контроле - уменьшились в 3 раза). Причем, у всех больных ВД на фоне хронического тонзиллита 63,7% изменения показателей спирографии полностью нормализовались (в контроле - только у половины пациентов); в основной группе лечения ВД на фоне рецидивирующих бронхитов в 100% случаев определялась ликвидация нарушений обструктивного типа и в 2-3 раза чаще, чем в контроле уменьшились другие отклонения спирограмм.

Выводы. Таким образом, полученные данные продемонстрировали диагностические различия ВД на фоне дыхательной патологии и без нее, положительную взаимозависимость адекватного санаторно-курортного и неврологического лечения Ноофеном как на состояние вегетативной нервной системы, так и на дыхательную функцию.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ДЫХАНИЯ

**Митюреева И.А., Кухта Н.Н., Матусова М.А., Борзенко И.А.,
Кулик Г.Д., Сидорчук И.А.**

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев
Детский специализированный клинический санаторий (ДСКС) «Смена», г. Евпатория (АР Крым)

Вегетативные дисфункции (ВД) диагностируются у 25-80% детского и 50-80% взрослого населения Украины, но эффективность лечения остается недостаточной.

Целью исследования стало установление клинико-инструментальных особенностей у больных различными формами ВД на фоне рецидивирующей патологии дыхательной системы с оценкой эффективности их коррекции в комплексном санаторно-курортном лечении (АР Крым) с препаратом "Ноофен" производства компании "Олфа" (Латвия).

Материалы и методы. Обследовано 60 детей в возрасте от 10 до 16 лет (30 больных получали "Ноофен", 30 больных контрольной группы), которые находились на санаторно-курортном лечении в ДСКС «Смена» г. Евпатория (АР Крым). Патология дыхательной системы в основной группе составила 37% детей с хроническим тонзиллитом и 63% детей с рецидивирующими бронхитами, в контрольной группе – данные похожие.

Результаты исследования. У пациентов с ВД, получавших комплексную терапию с Ноофеном, по сравнению с контролем, на 25-й день лечения значительно улучшилось (при $p < 0,05$) состояние проявлений церебростенического синдрома. Так, уменьшилась частота жалоб на головную боль в 2,2 раза, на головокружение в 4 раза, снижение быстрой утомляемости на 29% и эмоциональной лабильности на 38%, на боль в области сердца (при $p < 0,05$) уменьшилось в среднем на 21%, на сердцебиение - на 6,8%. У всех детей основной группы происходила нормализация АД, а в контрольной – у 76,7% случаев. Прогностическое значение m разницы отклонений АД определилось, в среднем -2,5 (меньше 6), что свидетельствует о благоприятном дальнейшем течении заболевания.

После месячного курса лечения у больных ПВН на фоне патологии дыхания в сравнении с контролем установлено повышение самочувствия по тесту САН в 4,25 раза, увеличение на 50% больных с низкой личностной тревожностью, снижение уровня исходной симпатикотонии в 2 раза, нормализация венозного оттока и состояния церебральных сосудов у 100% пациентов.

У больных ВСД по гипотензивному типу на фоне патологии дыхания в сравнении с контролем в 5 раз увеличился низкий уровень

личностной тревожности, исходные отклонения вегетативного тонуса в 100% случаев перешли в состояние эйтонии, уменьшился в 4 раза спазм церебральных сосудов, в 5,1 раза – снизился их гипертонус.

Эффективность применения комплексного санаторно-курортного лечения у больных ВСД по гипертензивному типу на фоне дыхательной патологии в сравнении с контролем подтвердилась повышением в 4 раза самочувствия, в 2,5 раза активности и в 2 раза настроения согласно теста САН, выраженным на 44% увеличения больных с низким уровнем ситуативной тревожности, в 2 раза повышением достаточной вегетативной обеспеченности и в 100% случаев улучшением венозного оттока и снятием спазма церебральных сосудов.

Выводы. Таким образом, комплексная терапия разных клинических форм ВД у детей на фоне патологии дыхания с помощью санаторно-курортного лечения (г.Евпатория) с включением препарата «Ноофен» в сравнении с контрольной группой эффективно способствуют достоверно быстрой ликвидации основных клинических синдромов, нормализации АД и психоэмоционального статуса, показателей вегетативного гомеостаза и состояния церебральной гемодинамики.

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Прохорович Т.П., Місюра Л.І., Мухіна О.К., Недашківська І.М.

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

Останнім часом відбувається зростання поширеності пароксизмальної вегетативної недостатності (ПВН) серед школярів, що супроводжується непередбачуваним та затяжним перебігом, може знизити якість життя та працездатність, і потребує негайних та невідкладних лікарських заходів. Тому пошук обтяжуючих факторів перебігу ПВН створює особливу актуальність досліджень.

Метою даної роботи було визначення клініко-інструментальних особливостей пароксизмальної вегетативної недостатності у дітей на фоні патологічних змін щитоподібної залози (ЩЗ).

Матеріали і методи. На базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 м. Києва було обстежено 52 дітей з ПВН на фоні патології ЩЗ. Групу контролю склали 18 дітей з ПВН без патології ЩЗ. З них в основній групі у 73% пацієнтів спостерігались вагоінсулярні кризи, а в 10% симпатoadреналові, а в групі контролю відповідно вагоінсулярні кризи були в 40%, симпатoadреналові в 22%.

Результати дослідження. Скарги на головний біль в основній групі зустрічалися в 98,1%, в контрольній - 100%. Частіше відмічались болі в серці в основній групі – 42,3%, в контрольній - у 20,0%. Запаморочення та втрата свідомості також дещо більше зустрічалась в основній групі - у 90% хворих, а в контрольній групі - в 75%.

АТ 15-кратним методом вимірювань коливався в таких межах: в основній групі САТ 105 ± 8 і ДАТ $66 \pm 5,5$, в контрольній групі САТ $93,3 \pm 3,7$, ДАТ $57,2 \pm 3,2$, можливо за рахунок переважання вагоінсулярних кризів.

За тестом САН знижене самопочуття виявлено в 76% (в контролі – у 50%), навпаки підвищене лише в 9% (в контролі – у 25%). Майже у всіх (90%) хворих основної групи спостерігалась знижена активність (в контролі – у 62,5%), в той час підвищена активність зустрічалась в 3 рази рідше (3,8%), ніж в групі контролю (12,5%). Знижений настрій також відмічався в основній групі в 2 рази частіше (73,1%), тоді як в групі контролю у 44,4%.

За даними УЗД щитоподібної залози в більшості хворих основної групи визначено, що в 69,2% випадків наявна неоднорідність структури щитоподібної залози, у 9,6% капсула ущільнена. Об'єм залози частіше був збільшений (28,8%), зменшений в 5,7%. В групі контролю є очевидним, що ніяких патологічних змін в структурі ЩЗ не спостерігалось. Рівень гормонів щитоподібної залози в основній групі складався таким чином: в основній масі обстежених він був на межі референсних значень, однак в десятій частини хворих рівень гормонів ЩЗ був знижений (11,5%), в два рази рідше зустрічалось підвищення рівня Т3 і Т4 – в 5,8%. Рівень ТТГ був змінений також в 5,8%, з них частіше підвищений, ніж знижений (3,8% та 1,9% відповідно).

На ЕКГ порушення серцевого ритму та вегетативних впливів на серцеву діяльність в групі контролю спостерігалось майже у половини хворих (48%), в той час як в групі контролю - в 22% пацієнтів.

Висновки. Таким чином, встановлено вплив морфофункціональних змін щитоподібної залози на погіршення клініко-психологічного стану, функціонування серцевої діяльності та церебральної гемодинаміки у хворих на пароксизмальну вегетативну недостатність.

СТРУКТУРА КОМПЛАЕНСА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, И ЕГО РОЛЬ В ОБЕСПЕЧЕНИИ САМОКОНТРОЛЯ

Михайлова Е.А., Мителев Д.А.

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

Актуальность. Сахарный диабет (СД) первого типа является важной медико-социальной проблемой современной педиатрии, что обусловлено его высокой распространенностью среди детей и ранними проявлениями диабетических осложнений. СД у детей является катастрофическим стрессом и часто характеризуется развитием посттравматического стрессового расстройства, реактивного невротического состояния, пролонгированной депрессивной реакции, нарушением эмоций и поведения, существенным ухудшением качества психического и социального функционирования.

Цель работы. Определить структуру комплаенса и психологические корреляты обеспечения самоконтроля у детей, больных СД 1 типа.

Материалы и методы: 220 больных с СД 6-18 лет. Использовались психопатологический, соматоневрологический, психологический (тест Люшера, тест определения уровня депрессии В.М. Бойко и уровня невротического состояния К.Х. Яхина и Б.Д. Менделевича, семейная социодиаграмма, тест на запоминание 10 слов А.Р. Лурия, проективный тест внутренней картины болезни (ВКБ) «Я и моя болезнь», тест Р. Кеттелла) методы.

Результаты. У детей с СД факт хронического заболевания формирует болезненный психологический опыт, неоднозначно влияющий на их отношение к лечению. У большинства детей с СД выделены соматические, психопатологические, психологические, социальные факторы, участвующие в формировании и поддержании комплаенса, позволившие определить стратегию медико-психологического сопровождения и коррекционные мероприятия. Установлена положительная корреляционная связь выраженности депрессии, тревоги, когнитивной дефицитарности и структуры комплаенса у детей с СД в зависимости от возраста ребенка на момент манифестации диабета и длительности заболевания. Психологические паттерны неадаптивного типа комплаенса у детей с СД на раннем этапе онтогенеза включают стрессоры, затрагивающие телесное функционирование (непринятие многократных инъекций инсулина, болевая характеристика болезни), особенности эмоционального состояния матери, фобический тип ВКБ. У подростков – социальная значимость болезни и ее влияние на отношение со сверстниками и сферу интересов и развлечений, депрессивный тип ВКБ, когнитивная дефицитарность. Опосредованное негативное изображение болезни в виде различных ощущений зарегистрировано у большинства исследуемых детей с СД (81,6%). Соотношение графических репрезентаций «Я-образа» и образа болезни в виде «Я меньше болезни» доминировало у детей, что характеризует фобический тип отношения к болезни. У подростков превалирует вариант «Я больше болезни» - бравоирование, «печальный образ персонажей», свидетельствующий о скрытой депрессии и эмоциональной фрустрированности подростков и вариант «болезнь накладывает ограничения на стиль жизни». В условиях хронической болезни у детей нарушается личностная самоидентификация и интрапсихическая адаптация. Диагностика типологии комплаенса позволяет определить мишени для психологической и психотерапевтической коррекции и оптимизирует проведение самоконтроля.

Выводы. Определение типологии комплаенса и поддержание адаптивного его варианта у детей с СД обеспечивает мотивацию к лечению диабета, возможность проведения мероприятий длительного терапевтического вмешательства, восстановление психологического и метаболического гомеостаза.

СОМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

**Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Багацкая Н.В., Михановская Н.Г.,
Матковская Т.Н., Мителев Д.А., Шаповалова Н.А., Кудь В.С.**

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

Цель исследования. Изучить клиническую феноменологию соматовегетативных расстройств у детей с депрессией в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Комплексное исследование проводилось в отделении психиатрии ГУ «ИОЗДП НАМН». Обследованы 125 детей в возрасте 7-11 лет и 180 детей в возрасте 12-18 лет с депрессией.

Дизайн исследования: клиничко-психопатологический, соматоневрологический, цитогенетический, генеалогический, психологический (шкалы депрессии CDRS-R, Монтгомери-Асберга, В.М. Бойко, тест уровня невротического состояния К.К. Яхина, Б.Д. Менделевича, личностный опросник Шмишека, проективные психодиагностические рисунки, интервьюирование, визуальная аналоговая шкала,

тест Люшера), нейрофизиологический (исследование церебральной нейродинамики – динамической энтропии Колмогорова Синая – эКС) методы.

Результаты. Депрессия у детей 7-11 лет атипична, а отдельные симптомы весьма неспецифичны. Среди диагностических симптомов, дифференцирующих депрессию у детей – грусть, утомляемость, снижение успеваемости в школе, аппетита, самооценки, чувство вины, соматические жалобы, включая алгии различной локализации без органических изменений внутренних органов. У всех детей зарегистрирована головная боль напряжения (ГБН) с интенсивностью 5-7 баллов. Неврологический осмотр выявил симптомы повышенной рефлекторной возбудимости, что доказывает психогенный характер заболевания. У детей с депрессией и ГБН в препубертате выявлено достоверное снижение показателей эКС ЭЭГ во фронтальных отведениях в сравнении с детьми группы контроля. У детей с депрессией установлены сниженные адаптивные возможности к нагрузочным (умственным) тестам. Уровень хромосомной нестабильности достоверно отличался ($p < 0,001$) от здоровых детей (14,0% и 1,8%, соответственно). Наследственная отягощенность психосоматическими заболеваниями у детей с депрессией составила 66,0% (против 0,9% в группе контроля). Для детей с депрессией, коморбидной с ГБН, характерны эмотивный, циклотимический типы акцентуаций, высокий уровень личностной тревожности, умеренный уровень депрессии. Депрессия у подростков включала симптомы сниженного фона настроения и энергичности, соматоалгии, дисморфофобичность, анорексию, раздражительность, агрессию, диссомнии, суицидальное поведение. Установлено, что по мере взросления ребенка тяжесть депрессии увеличивается. Профиль невротического состояния у подростков характеризуется превалированием вегетативных нарушений (-12,6), астении (-5,67), obsessивно-фобических нарушений (-4,42) и депрессии (-4,62), что также затрудняет диагностику. У 52,6% подростков с депрессией алгии охватывали несколько топографических зон (кардиалгии, дорсалгии, миалгии, гастралгии) и сопровождалась тревожно-ипохондрическими опасениями, окрашенными вегетативными нарушениями.

Выводы. Проведенные исследования констатируют, что соматоалгические расстройства являются частым симптомокомплексом депрессии и имеют отчетливые особенности и выраженности в зависимости от возраста ребенка. Дифференциация соматических жалоб и алгий у детей при депрессии обеспечит профилактику хронизации аффективного расстройства и развития рекуррентной депрессии в юношеском возрасте.

К ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ПУБЕРТАТЕ (СОЦИАЛЬНО - ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ И НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)

Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Матковская Т.Н., Михановская Н.Г., Мителев Д.А., Шаповалова Н.А., Кудь В.С.

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

Введение. Особый интерес к проблеме нарушений пищевого поведения обусловлен ростом этой патологии в детско-подростковой популяции за последние десятилетия. Типичной для пубертатного возраста является нервная анорексия, которая имеет тенденцию к более раннему началу заболевания и существенному увеличению булимической симптоматики. Тщательная диссимуляция большими истинных причин голодания нередко приводит к дифференциально-диагностическим ошибкам, в результате чего больные своевременно не получают адекватной терапии и долго наблюдаются врачами других специальностей. Такие пациенты оказываются в поле зрения психиатров через 1,5-2 года от начала заболевания, как правило, на стадии выраженной кахексии, что требует немедленной госпитализации и терапевтического вмешательства.

Цель исследования. Определить клиническую феноменологию нервной анорексии и булимии у детей с депрессией в пубертатном возрасте.

Материалы и методы. Были обследованы 155 детей с депрессией в возрасте 12-18 лет и 111 детей с депрессией аналогичного возраста в ретроспективе. Гендерный состав: 120 мальчиков и 146 девочек-подростков. Дизайн исследования включал соматоневрологический, клиничко психопатологический, психологический (шкала депрессии Монтгомери-Асберга и В.М. Бойко, тест уровня невротического состояния К.К. Яхина, Б.Д. Менделевича, тест Люшера) методы.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что удельный вес нервной анорексии у девочек-подростков с депрессией составил 19,8% (у 29 из 146 девочек). У всех пациентов, страдающих нервной анорексией, депрессивные расстройства предшествовали на более ранних этапах онтогенеза. Причем превалирующими симптомами были фобии - страх несостоятельности в учебе и общественной работе, тревога, идеи самообвинения, раздражительность с дисфорией, снижение интересов к друзьям, искаженное самовосприятие. У этой категории больных наблюдались эпизодические повторяющиеся приступы булимии (потребление большого количества пищи за короткие промежутки времени). Практически все пациенты с депрессией и нервной анорексией игнорировали физические признаки болезни (чувство усталости, озноб, слабость, опустошенность, которое заполняется постоянной озабоченностью едой). Профиль психологических показателей по тесту уровня невротического состояния у всех пациентов имеет конфигурацию «плато» с минимальными значениями уровня болезни по шкалам астении, вегетативных и obsessивно-фобических нарушений, тревоги,

депрессии и истерического типа реагирования, что также затрудняет диагностику аффективной патологии. Когнитивная составляющая представлена в виде снижения памяти по неустойчивому типу. У всех девочек с нервной анорексией зарегистрирован патологический тип семейной социограммы, смешанные социальные стрессоры, коммуникативные нарушения, агрессивная беззащитность. В структуре депрессии преобладают апатический, фобический и поведенческий синдромы.

Выводы. Необходимо разработать скрининг тест диагностики депрессивных расстройств у детей и подростков с фокусом внимания педиатров на диагностическом алгоритме нарушений пищевого поведения.

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ МІЖ ЛІКАРЯМИ-ПЕДІАТРАМИ ТА БАТЬКАМИ ДІТЕЙ-ПАЦІЄНТІВ

Мокія-Сербіна С.О., Мавропуло Т.К., Золотарьова М.К.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія», м. Дніпропетровськ
ДВНЗ «Криворізький національний університет», м. Кривий Ріг

До переліку способів вирішення (врегулювання) конфліктів з батьками дітей-пацієнтів, які можуть бути використані лікарями-педіатрами, можна віднести досудове врегулювання конфлікту та судовий захист честі, гідності та ділової репутації лікаря, при використанні яких у правовій площині основоположними залишаються питання обсягу прав та обов'язків обох сторін таких конфліктів. В аспекті досудового вирішення закон надає широкий спектр варіантів для захисту прав батьків дітей-пацієнтів, проте для лікаря єдиним ефективним способом такого досудового врегулювання виступає проведення переговорів задля досягнення компромісу.

У зв'язку з метою попередження можливих подальших негативних наслідків лікарю необхідно звернути особливу увагу на необхідність письмової фіксації тієї медичної інформації, яка надається батькам під час переговорів, хоча чинне законодавство і не встановлює такого обов'язку.

Практика свідчить, що в конфліктних ситуаціях все частіше батьки намагаються безпосередньо відстоювати свою позицію із залученням третіх осіб: адвокатів, журналістів, представників громадських організацій тощо. Вирішення питання залучення таких осіб до процесу вирішення конфліктів обумовлюється діючим інститутом представництва відповідно до норм Цивільного кодексу України. За загальним правилом, законними представниками малолітніх та неповнолітніх дітей є їх батьки (усиновлювачі), і саме ці особи мають право на інформацію про стан здоров'я дитини. Від імені батьків (усиновлювачів) можуть виступати представники, які діють на підставі довіреності або ж адвокати, що надають їм правову допомогу. Отже, лікар повинен пересвідчитись у наявних повноваженнях представників батьків (усиновлювачів) (за можливості зробити копії відповідних оригіналів документів, засвідчені підписами таких представників), а при їх відсутності – відмовити їм у присутності під час розмови з посиланням на неможливість розголошення конфіденційної інформації третім особам.

Цілком справедливо відзначити, що у деяких випадках під час розвитку конфліктів переступається «дозволена межа», при якій порушуються права медичного працівника, як громадянина та лікаря, на честь, гідність та ділову репутацію, що обумовлює можливість захисту таких прав у судовому порядку. Це ж стосується і фактів поширення відносно лікаря негативної інформації засобами масової інформації. Акцентуємо увагу, що ініціатива необхідності такого захисту перш за все залежить від юридично значимих дій лікаря, а не лікувального закладу, де він працює.

Висновки. Таким чином, проведений аналіз доводить, що на сьогодні відсутній ефективно діючий нормативно-визначений механізм вирішення конфліктів «лікар-педіатр – батьки дитини-пацієнта» у позасудовому порядку, що обумовлює потребу в його удосконаленні. Водночас судовий захист честі, гідності та ділової репутації лікаря є винятковим методом, що не вирізняється доступністю, швидкістю та економічністю. Як наслідок, існує потреба у впровадженні альтернативних способів вирішення спорів та конфліктів, пов'язаних із наданням медичної допомоги, які ефективно діють за кордоном (медіація, примирення, омбудсмен та інші), та посилення ролі професійного самоврядування лікарів.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ 5-6 РОКІВ, ЩО ГОТУЮТЬСЯ ДО ВСТУПУ В ШКОЛУ

Мокія-Сербіна С.О., Чечель В.В.

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

Дефіцит заліза (ДЗ) серед дитячого населення – досить розповсюджене явище в Україні, яке має, в більшості, аліментарне походження, особливо в віковій проміжці інтенсивного росту і розвитку. Залізо входить до складу багатьох металoenзимів, забезпечує ряд біосинтетичних процесів, тканинне дихання, транспорт електронів, окисно-відновні реакції. Тому є праці, які розглядають залізодефіцитний стан як тотальну органну патологію, що призводить до функціональних та морфологічних порушень всіх органів і тканин.

Метою дослідження було вивчити особливості клінічного перебігу та стану емоційно-вольової сфери у дітей 5-6 років з аліментарним ДЗ, які готуються до вступу в школу.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилися діти 5-6 років, які відвідували дитячі дошкільні навчальні заклади. Проведено ретельне клінічне обстеження за участю лікарів - вузьких спеціалістів та здійснено лабораторні дослідження аналізу крові за допомогою гематологічного аналізатора з визначенням еритроцитарних індексів, біохімічних показників обміну заліза, сироваткового феритину; загального аналізу сечі, дослідження калу на гельмінти. Діти за результатами комплексного обстеження були розподілені на групи. До I групи увійшли 105 дітей з латентним дефіцитом заліза (ЛДЗ), до II групи – 50 дітей з залізодефіцитною анемією (ЗДА) I ступеня. Контрольну групу сформовано з 50 практично здорових дітей. В подальшому проводили: оцінку скарг, об'єктивне обстеження за органами і системами, психологічне дослідження емоційно-вольової сфери за рівнем тривожності, поведінковими реакціями, рівнем розвитку довільної діяльності.

Результати дослідження. Встановлено, що всі діти з ЛДЗ мали клінічні ознаки сидеропенічного синдрому. Найбільш часто зустрічалися симптоми: блакитні склери - 38%, сухість шкіри – 37,1%, ламкість та розшарування нігтів – 26,7%, спотворення смаку – 24,8%, нюху - 13,3%, схильність до закріпів – 19%, дистрофія волосся – 9,5%, ангулярний стоматит - 7,6%, біль у м'язах - 5,7%. Ступінь проявів цих симптомів у 47,6% дітей був помірним. Анемічний синдром відзначався блідістю шкіри та слизових оболонок - 52,4%, зниженням апетиту - 41,9%, втомлюваністю - 6,6% дітей. Ступінь даних проявів був здебільшого слабким.

При ЗДА I ступеня збільшилася частота і прояви сидеропенічних симптомів - блакитні склери виявлено у 44% , сухість шкіри – 42%, ламкість та розшарування нігтів – 42%, спотворення смаку – 30%, нюху - 16%, схильність до закріпів – 22%, дистрофія волосся – 40%, ангулярний стоматит - 10%, біль у м'язах - 8% дітей. Відмічено збільшення та більшу вираженість ознак анемічного синдрому: блідість шкіри та слизових оболонок - 84%, систолічний шум при аускультції на верхівці серця або в точці Боткіна – 74%, зниження апетиту - 52%, втомлюваність - 16%, дратівливість – 16%, млявість -14%, головний біль - 4% дітей.

Висновки. Таким чином, при ЛДЗ найбільш частими та вираженими були симптоми сидеропенії. При маніфестації ЗДА однаково часто зустрічалися ознаки сидеропенічного та анемічного синдромів, які були помірно виражені.

Встановлено негативний вплив ДЗ на стан емоційно-вольової сфери у дітей 5-6 років, які готуються до вступу в школу, що може спричинити порушення в перебігу навчальної діяльності.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Муквич Е.Н., Гончаренко Н.И., Омельченко Л.И., Петренко Л.Б.

ГУ "ИПАГ НАМН Украины", г. Киев

Введение. Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) характеризуются иммуно-воспалительным поражением сосудов, в т.ч. и микроциркуляторного (МЦ) русла, с развитием распространенных васкулитов, играющих ведущую роль в формировании клинической картины и прогнозе системных аутоиммунных процессов. При этом нарушается гемостаз, реология и тканевой кровотока, изменяется состояние внутрисосудистых клеточных и гуморальных факторов МЦ, проницаемость и транскапиллярный обмен. Прогрессирующее течение системного воспалительного процесса часто приводит к поражению сосудов жизненно важных органов и ранней инвалидизации пациентов. Это обуславливает необходимость внедрения новых методов ранней диагностики гемодинамических нарушений с последующим усовершенствованием их комплексной терапевтической коррекции. Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) – современный неинвазивный высокочувствительный метод в области функциональной диагностики периферического кровотока, позволяющий объективно оценить состояние больного, клиническое течение заболевания и прогнозировать его течение со своевременной коррекцией МЦ нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 58 детей, из них: 12 детей с системной красной волчанкой (СКВ), 8 детей с ювенильным дерматомиозитом (ЮДМ), 8 детей – с системной склеродермией (ССД); группу контроля составили 30 практически здоровых детей. Исследование МЦ проводилось с использованием метода ЛДФ на аппарате „ЛАКК-02“ (Россия, НЛП „ЛАЗМА“). Оценивались следующие показатели: общий уровень микроциркуляции (ПМ); амплитуда колебаний, обусловленная активностью эндотелиоцитов (Е); уровень и время достижения максимального уровня кровотока во время реактивной гиперемии (ПМмах и Тмах); резерв капиллярного кровотока (РКК); состояние активных и пассивных факторов регуляции кровотока (Кv).

Результаты исследования. У всех детей с СЗСТ диагностировано снижение общего уровня микроциркуляции до $(4,07 \pm 0,3$ перф.ед.) в сравнении с $(5,1 \pm 0,07$ перф.ед.) в группе контроля, $p < 0,05$, наиболее выраженные нарушения определялись у детей с ССД ($4,0 \pm 0,2$ перф.ед.). Снижение показателей, свидетельствующих о наличии выраженной эндотелиальной дисфункции, выявлено у всех детей с СЗСТ ($0,033 \pm 0,01$ перф.ед.) в сравнении с группой контроля ($0,089 \pm 0,01$ перф.ед.), но наиболее низкие показатели регистрировались у детей с ССД. При проведении окклюзионной пробы оценена реактивность микрососудов, выявлено снижение РКК, ПМмах, Кv, Тмах, что может быть обусловлено дисбалансом синтеза и обмена вазоактивных веществ, нарушением регуляции кровотока и

свідечує про глибокі структурно-функціональні зміни мікрососудів при СЗСТ. При проведенні порівняльного аналізу встановлено зворотну кореляційну залежність між показателями загального рівня мікроциркуляції (ПМ) і тривалістю захворювання, ступенем зниження Kv і концентрацією ЦИК, Ig G, СРБ.

Висновки. 1. У дітей з СЗСТ виявлені глибокі структурно-функціональні зміни судин МЦ русла, що свідчать про зниження загального рівня мікроциркуляції, виражену ендотеліальну дисфункцію, порушення регуляції мікрогемодинаміки.

2. Ступінь вираженості та характер судинних змін корелюють з окремими показателями активності патологічного процесу і тривалістю захворювання, що необхідно враховувати при моніторингу перебігу ревматичного процесу і індивідуалізованому підході до вибору тактики лікування такої категорії дітей.

НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Неділько В.П.

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

Об'єктивним критерієм соціального розвитку держави і суспільства в цілому є здоров'я її дітей та, на жаль, за даними медичної статистики щороку збільшується захворюваність дітей і зростає кількість дітей-інвалідів. Найбільша частота захворюваності спостерігається серед дітей від 0 до 6 років, а поширеність хвороб - серед дітей 15-17 років. Найбільш поширеними захворюваннями у дітей є хвороби органів дихання, шкіри, травлення, інфекційні та паразитарні хвороби. За останні роки в країні зросли хвороби кровообігу, вроджені аномалії та новоутворення.

Серед показників інвалідності дітей перші місця займають вроджені вади, хвороби ендокринної системи та новоутворення.

Наукові дослідження свідчать про значне погіршення стану здоров'я такого масового контингенту дитячого населення, як діти дошкільного і шкільного віку. Встановлено, що серед дошкільників здоровими є менше 25%, а близько 50% мають хронічні відхилення в стані здоров'я. Майже така ж ситуація спостерігається і серед школярів. Протягом шкільних років зменшується кількість здорових дітей та збільшується їх кількість з хронічною патологією, серед якої найвищі місця посідають хвороби носоглотки, травлення, нервової системи, зору.

Така ситуація зі здоров'ям дітей пов'язана з впливом на його показники соціальних, екологічних та медико-організаційних факторів.

У вирішенні проблем здоров'я дітей значне місце займає організація медичної допомоги. В останні роки в її організації виникли значні недоліки – відсутня диспансеризація дитячого населення та організація їх оздоровлення.

Наш багаторічний досвід свідчить про необхідність посилення уваги органів охорони здоров'я до проведення профілактичних заходів, виявлення преморбідних станів у дітей, своєчасного їх оздоровлення та створення умов для ефективної реабілітації дітей з хронічними захворюваннями.

Важливими організаційними заходами слід вважати: підвищення відповідальності за стан здоров'я головних спеціалістів МОЗ і обласних управлінь охорони здоров'я, створення шкіл передового досвіду.

Висновки. Для оперативного контролю за діяльністю педіатричних установ країни доцільно створити при департаменті охорони материнства та санаторного забезпечення МОЗ Раду в складі досвідчених організаторів охорони здоров'я та вчених. Переглянути тематику наукових досліджень кафедр медичних університетів, сконцентрувати їх направленість на розробку організаційних заходів.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ШКІЛЬНОЇ ПЕДІАТРІЇ

Неділько В.П.

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

Протягом останніх років спостерігається погіршення стану здоров'я дітей всіх вікових груп - у 2013 році зросли показники поширеності захворювань та інвалідність.

Наукові дослідження свідчать, що найбільш несприятлива динаміка їх відмічається серед дітей шкільного віку, які є найбільш поширеним контингентом дитячого населення країни.

Наші дослідження показали, що найпоширенішими серед школярів є захворювання носоглотки, органів травлення, нервової та ендокринної систем, порушення постави та зору. Поряд з цим відмічено зниження фізичного здоров'я, адаптації до навчання та психічного стану.

Така ситуація з погіршенням здоров'я учнів пов'язана з впливом на них соціальних і педагогічних факторів – з одного боку, а з другого – відсутністю належної організації диспансерного нагляду. На жаль, сьогодні не вирішено питання здійснення медичних

оглядів школярів та їх оздоровлення. Це питання випало з поля зору і при проведенні реформування охорони здоров'я в країні. Сучасна організація медичного забезпечення навчальних закладів не відповідає потребам - шкільний лікар на 2500 учнів і медична сестра на 800 учнів не можуть провести профілактичний огляд учнів та їх оздоровлення.

Міністерство охорони здоров'я вважає, що це питання можуть вирішити дитячі поліклініки та, на жаль, така практика не дала позитивних результатів – вона відриває батьків від роботи, а дітей від навчання. Крім того, після такого огляду школярі отримують лише довідки про групу для уроку фізкультури.

Для організації дієвої диспансеризації школярів, проведення оцінки здоров'я кожного учня та оздоровлення дітей з відхиленнями в стані здоров'я, посилення уваги до спільної роботи з педагогами та батьками дітей, на наш погляд, необхідно зменшити навантаження на шкільного лікаря і медичну сестру та переглянути їх функціональні обов'язки.

Це питання в січні 2014 року було розглянуто на засіданні в Кабінеті Міністрів України, прийнято рішення про створення належного рівня забезпечення медичними працівниками загальноосвітніх навчальних закладів та внесення з цього приводу відповідних змін до нормативно-правових актів.

Висновки. Реалізація цього рішення дасть можливість забезпечити покращення медичної допомоги школярам, створити умови для проведення поглиблених оглядів дітей та організувати оздоровлення їх в умовах навчального закладу.

ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ЇХ ШКІЛЬНА УСПІШНІСТЬ

Неділько В.П., Руденко С.А.

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

Інформаційні перевантаження, модернізація учбового процесу без урахування гігієнічних вимог до його організації, поширення шкідливих звичок, гіподинамія, сучасні тенденції до «швидкої їжі», що спостерігаються у дитячому середовищі; відсутність сталих орієнтирів на здоровий спосіб життя вимагають від дитячого організму значного перенапруження, що, разом з іншими негативними факторами, призводить спочатку до функціональних порушень, а згодом до формування органічної патології. Саме тому у віковій групі дітей шкільного віку реєструється високий рівень захворюваності та виникнення хронічної патології.

Такий стан здоров'я учнів, як показали наші дослідження, негативно впливає на їх успішність.

Проведений аналіз залежності успішності школярів від показників їх здоров'я показав, що у дітей, які відставали у навчанні, у порівнянні з успішними дітьми, реєструвалась більш висока частота учнів з дисгармонійним фізичним розвитком та тих, які мали хронічні захворювання.

Встановлено також, що частіше відставали у навчанні школярі з високими показниками маси тіла.

Особливо значний вплив на успішність дітей відмічено серед дітей, які мали хронічну патологію органів травлення та відхилення з боку нервової системи.

Так, серед відстаючих у навчанні хронічна патологія органів травлення виявлена у 24% дітей, а серед успішних лише у 5%. Відповідно також і серед дітей з відхиленнями нервової системи – 22% і 10%.

Аналіз адаптаційних можливостей школярів також свідчить, що діти з низькою успішністю у більш високому відсотку мали незадовільну адаптацію до навчального процесу, що вказує на їх знижену розумову працездатність. Отримані результати досліджень вказують на необхідність при оцінці успішності учнів враховувати їх стан здоров'я і забезпечувати більш поглиблене обстеження дітей з низькою успішністю з метою організації їх оздоровлення та забезпечення індивідуального медико-педагогічно-психологічного супроводу.

СУЧАСНА КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Недоступ І.С., Ткач Б.Н., Вітовська Л.А., Костишин Н.С.

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

Хронічні гастродуоденальні захворювання (ХГДЗ), які виникають у дитячому віці та вчасно не діагностуються і не лікуються, можуть стати причиною втрати працездатності і передчасної інвалідизації у осіб старших вікових груп. Впровадження новітніх діагностичних технологій – ендоскопічних, комп'ютерних, імуноферментних, імунохроматографічних – є одним із шляхів розв'язання питань уточнення патогенезу, лікування та прогнозування гастродуоденальних захворювань на ранніх етапах їх розвитку. На сьогодні також не згасає інтерес до вивчення сфінктерних розладів по типу дуоденогастрального рефлюксу (ДГР) та ролі інфекції *H.pylori* в патології верхніх відділів травного тракту. Значна роль у його розвитку належить гіперацидифікації початкового відділу 12-палої кишки та запальним змінам в ній, котрі ведуть до перезбудження водія дуоденальної моторики. Більшість дослідників вважає, що закид дуоденального вмісту в шлунок пошкоджує його слизову оболонку. Однак деякі автори розглядають ДГР як захисну реакцію організму у відповідь на гіперацидифікацію 12-палої кишки.

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей запально-деструктивних захворювань ГДЗ у дітей шляхом співставлення даних ФЕГДС, комп'ютерної рН-метрії, імуноферментного (ІФА) та імунохроматографічного (ІХГА) досліджень для виявлення інфекції *H. pylori*.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 80 дітей з ХГДЗ віком від 7 до 14 років. Комплексне обстеження проводили згідно з загально прийнятими методиками. У 21 пацієнта діагностовано хронічний гастрит (ХГ), у 42 – хронічний гастродуоденіт (ХГД), у 8 – виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДК), у 9 – функціональна диспепсія (ФД). Всі хворі були розділені на 2 групи. До 1 групи увійшло 50 пацієнтів (62,5%) без ДГР, до другої – 30 хворих з ДГР (37,5%).

Результати дослідження. Порівняльна оцінка обох груп показала, що серед дівчаток частота ДГР була в 1,5 раза вищою. Крім того, відмічено, що тривалість хвороби 5 і більше років серед них зустрічалась в 3,3 раза частіше, ніж серед хлопчиків, що могло вказувати на початок препубертатного дизгормоногенезу. Макроморфологічно в 1 групі переважали діти з ХГ, в 2 групі - з ХГД, тому ДГР можна вважати прогностичним маркером ХГД. Встановлено, що у дітей 2 групи з вираженою гіперацидністю ерозивні дефекти слизової оболонки шлунка і 12-палої кишки у дітей виявляли в 3,3 раза частіше, ніж в 1 групі. При помірній гіпоацидності частота ерозивно-виразкових змін була також вищою в 2 групі. Тому фактором агресії при гіпоацидності, окрім інфекції *H. pylori*, очевидно, був також ДГР. Ендоскопічні ознаки хелікобактеріозу мали місце у 66,3% хворих, причому «хронічні антральні ерозії» в 2 групі з ДГР зустрічалися значно частіше. Одночасно з ендоскопічною діагностикою, проводились імуноферментний аналіз на наявність АТ (Ig G) до *H. pylori* в крові та імунохроматографічний аналіз на якісне виявлення АТ до *H. pylori* в калі (стул-тест). Порівняльний аналіз отриманих даних виявив їх 100% співпадіння (90% проти 90%).

Висновки. Таким чином, ДГР при гіперацидності має недостатню нейтралізуючу здатність, а при гіпоацидності - надмірну, тому з короточасного фактора захисту перетворюється в тривалий фактор агресії та сприяє розмноженню інфекції *H. pylori*. Для верифікації інфекції *H. pylori* у дітей слід надавати перевагу ІХГА (стул-тест) як неінвазивному методу дослідження. Новітні медичні технології та їх результати необхідно включати в клінічні протоколи обстеження і лікування ХГДЗ у дітей.

СТАН МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Нечитайло Д.Ю., Міхєєва Т.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Артеріальна гіпертензія (АГ) — захворювання, що характеризується періодичним або стійким підвищенням артеріального тиску систолічного (Атс), інколи артеріального тиску діастолічного (Атд), виникає на фоні надмірної активності симпатoadреналової і/або ренін-ангіотензин-альдостеронової систем, ендотеліальної дисфункції і призводить до гіпертензивного ураження органів-мішеней (серця, нирок, судин головного мозку та сітківки). Діагноз гіпертонічної хвороби встановлюють у підлітків віком 16 років і старших у випадку, коли первинна АГ зберігається протягом 1 року і більше або раніше (у віці до 16 років) — за наявності ураження органів-мішеней.

Мета. Вивчення мікроциркуляції (МЦ) має велике значення у сучасній педіатрії, бо саме на цьому рівні системи кровообігу забезпечується доставка клітинам кисню, енергетичних та пластичних субстратів, виведення з тканин вуглекислого газу та інших продуктів розпаду. Очевидним є факт, що зміни в системі мікроциркуляції крові тісно корелюють зі змінами в центральній гемодинаміці, що дозволяє використовувати їх в якості критеріїв оцінювання загального фізичного розвитку і стану здоров'я обстежуваних осіб. МЦ швидко реагує на дію різних патологічних чинників, тому її порушення можуть бути ранніми ознаками, а при тривалій дії – стійкими і часто єдиними ознаками захворювання. Доведено, що зміни мікроциркуляції визначаються варіантом гіпертензії та є досить раннім маркером ступеня ураження органів-мішеней.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 62 дитини шкільного віку з артеріальною гіпертензією із сільської місцевості та міста. Співвідношення дівчат та хлопців склало 1:1. Середній вік дітей склав $13,4 \pm 0,12$ року. 30 дітей склало основну групу, 32 дитини – контрольну. До основної групи увійшли діти, у яких рівень артеріального тиску був вищий 95 перцентилу.

Результати дослідження. Всім дітям було проведено мікроскопію нігтьового ложа за допомогою цифрового мікроскопа. Загальна картина капілярів нігтьового ложа у дітей з основної групи мала правильну архітектуру будови, стандартну U-подібну форму і однаковий діаметр судин. В той же час у 9 дітей відмічалися патологічна звивистість та зменшення кількості капілярів на одиницю площі. Крім того, у 22 дітей з основної групи спостерігалась виражена локальна спазмованість капілярів, яка практично не зникла після проведення теплової проби. Ще однією особливістю було те, що у 12 дітей спостерігався феномен «сладжування» та уповільнення кровотоку. В контрольній групі вище приведені особливості були відсутні. Вірогідну різницю між дітьми з основної та контрольної групи спостерігали за наступними показниками: це відстань між капілярами, ширина капіляра (що пояснюється наявністю локальної спазмованості у дітей з АГ), кількість анастомозів (знижена у дітей в основній групі, у зв'язку із погіршеною оксигенацією та уповільненим кровотоком), зміна форми капіляра та наявність «сладжування», які оцінювались в балах.

Висновки. Підсумовуючи приведені вище дані, можна дійти висновку, що є вірогідна різниця у мікроскопічній картині судин нігтьового ложа між школярами з АГ та здоровими дітьми. У дітей з АГ частіше виявляються симптоми порушення мікроциркуляції, які носять функціональний характер, а саме - зменшення ширини капіляра, наявність «сладжування», локальна спазмованість та уповільнення кровотоку, зміна форми капіляра, що можна пояснити наслідком вегетативної дисрегуляції, яка, в свою чергу, супроводжується порушенням гемодинаміки на всіх рівнях, в тому числі і капілярному.

ЧИННИКИ РИЗИКУ ТЯЖКИХ СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКУ У ДІТЕЙ

Омельченко Л.І., Ошлянська О.А., Ніколаєнко В.Б., Апуховська Л.І., Дудка І.В., Даценко Л.О., Нікіфорова Т.М., Антоненко Л.В., Людвік Т.А., Петренко Л.Б.

ДУ «ІПАГ НАМН України», м. Київ

Системний червоний вовчак (СЧВ) залишається найбільш тяжким захворюванням серед хвороб сполучної тканини, котре характеризується полісистемністю ураження внаслідок розвитку дезорганізуючої васкулопатії. За даними клінічного реєстру хворих протягом останніх 20 років збільшилась частота госпіталізацій пацієнтів з СЧВ до відділення хвороб сполучної тканини у дітей ДУ «ІПАГ НАМНУ» з наявністю клінічних проявів, які обумовлені розвитком васкуліту.

Метою роботи було визначення ролі окремих порушень ліпідного обміну та його регуляторів в патогенезі васкулопатії при СЧВ.

Матеріали і методи. Проаналізовані дані клініко-лабораторних та інструментальних досліджень 43 пацієнтів з СЧВ, що перебували на лікуванні у зазначеному відділенні інституту протягом останніх 15 років. Додатково всім дітям проводилося визначення активного метаболіту вітаміну Д (25-ОН-Д3) в крові та основних показників ліпідного обміну за уніфікованими методиками, які були співвіднесені з показниками оцінки стану мікроциркуляторного русла.

Результати. Аналіз результатів проведених досліджень показав, що тенденцією останніх років було рідше виявлення полісерозиту при СЧВ на тлі зростання частоти спостережень васкуліт-обумовлених проявів хвороби (синдрому геморагічного васкуліту, гломерулонефриту, тромбозу глибоких вен гомілок, цереброваскуліту, абдомінальних кризів, некротичного ураження слизових та шкіри). Найчастіше ці симптомокомплекси були проявами антифосфоліпідного синдрому. Оскільки зміни в стандартній коагулограмі (подовження часу рекальцифікації та зростання протромбінового індексу) визначалися лише в чверті пацієнтів з тяжким перебігом хвороби, а антифосфоліпідні антитіла в не діагностичнозначущих титрах в обстежених хворих на СЧВ виявлялися в 65,68 % випадків, виникла потреба в пошуках ранніх метаболічних маркерів, що сприяють розвитку порушень ліпідного обміну і васкуліту.

За результатами проведеного лабораторного обстеження в дітей з проявами васкуліту відмічено зростання вмісту тригліцеридів, холестерину (за рахунок холестерину ліпопротеїдів низької щільності) та зниження 25-ОН-холестеролу (до $11,1 \pm 2,1$ нг/мл), що свідчить про глибокий дефіцит вітаміну Д у цих дітей. Для удосконалення ранньої інструментальної діагностики проявів мікротромбозу судин (провідної патогенетичної ланки антифосфоліпідного синдрому) у хворих проводили дослідження стану мікроциркуляторного русла, у 66,7% хворих на СЧВ виявлене зростання показника інтима/медіа та порушення реактивності судин середнього калібру з переважанням в третини з них гіпоергічного типу реактивності, що високо корелює з виявленням антифосфоліпідних антитіл і свідчить про субклінічні прояви вовчакового васкуліту. Відмічена кореляція показників кровотоку в судинах середнього калібру (за діаметром виходу) і з провідними показниками активності запального процесу (ШОЕ, С-реактивний білок) ($r=+0,68$ та $r=+0,72$ відповідно). Серед пацієнтів з нормальним вмістом активного метаболіту вітаміну Д та низькою активністю аутоімунного запалення в периферичній крові проявів васкуліту та достовірних порушень ліпідного обміну не спостерігалось.

Висновки. Отримані дані свідчать про суттєву роль вітаміну Д в метаболізмі ліпідів і дозволяють рекомендувати його призначення хворим на СЧВ з метою нормалізації ліпідного обміну та упередження розвитку тяжких ускладнень.

ПРЕДИКТОРИ УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Павлишин Г.А., Ковальчук Т.А., Фурдела В.Б., Козак К.В., Слободян О.І., Лучишин Н.Ю., Сарапук І.М., Слива В.В., Галіаш Н.Б.

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

Основними органами-мішенями, схильними до впливу підвищеного артеріального тиску (АТ), є серце, кровоносні судини, головний мозок, очі та нирки. На відміну від дорослої популяції, існують лише поодинокі дослідження з оцінки впливу високого АТ на органи-мішені у дітей. Разом з тим результати недавніх досліджень з усією очевидністю демонструють, що гіпертрофія лівого шлуночка та

гіпертензивна ретинопатія зустрічаються в дитячому віці частіше, ніж до цих пір вважалося. Хоча такі ускладнення артеріальної гіпертензії (АГ) як інсульт та інфаркт міокарда нетипові для юнацького віку, безсумнівно, що причину їх розвитку у дорослих можна шукати ще в дитинстві.

Метою роботи було вивчити частоту гіпертрофії міокарда лівого шлуночка та ретинопатії у хворих на АГ підлітків.

Матеріали і методи. Було обстежено 68 дітей з АГ віком 11-17 років – 60 хлопців та 8 дівчат.

Результати. За результатами добового та домашнього моніторингу АТ стабільну АГ реєстрували у 35 (51,5%), лабільну – у 33 (48,5%) підлітків. Загалом показник середнього систолічного АТ становив $141,8 \pm 1,2$ мм рт.ст., діастолічного – $84,0 \pm 0,9$ мм рт.ст. та від статі не залежав ($p > 0,05$).

Індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) обчислювали за співвідношенням маси міокарда лівого шлуночка/зріст у метрах 2,7, що дозволяло мінімізувати фактори віку, статі та раси. Встановлено, що ІММЛШ < 50 процентилей спостерігався у 27,3%, 50-90 процентилей – у 72,7% підлітків з нормальною масою тіла, ІММЛШ понад 99 процентилей (гіпертрофія міокарда лівого шлуночка) – не виявлено у жодного хворого на АГ з нормальною масою тіла. Водночас у підлітків із надлишковою масою тіла або ожирінням ІММЛШ зростає порівняно з показниками дітей з нормальною масою тіла. Так, ІММЛШ < 50 процентилей відмічали у 10,5%, 50-90 процентилей – у 31,5%, 90-95 процентилей – у 21,1%, 95-99 процентилей – у 21,1% обстежених. У 15,8% підлітків з АГ та надлишковою масою тіла або ожирінням діагностували гіпертрофію міокарда лівого шлуночка – 13,3% хлопців та 25,0% дівчат ($\phi = 0,35$, $p > 0,05$). Загалом поширеність гіпертрофії міокарда лівого шлуночка у популяції хворих на АГ підлітків склала 7,3%.

За результатами дослідження очного дна ангіопатію було діагностовано у 22,7% дітей, які страждають на АГ. Так, ангіопатію виявляли у 27,3% підлітків з нормальною масою тіла та у 18,2% обстежених з надлишковою масою тіла або ожирінням. Обчислення критерію Фішера дозволило встановити відсутність впливу надлишкової маси тіла ($\phi = 0,76$, $p > 0,05$) та статі ($\phi = 0,62$, $p > 0,05$) на розвиток ангіопатії при АГ.

Висновки. Поширеність гіпертрофії міокарда лівого шлуночка серед підлітків з первинною АГ становить 7,3% незалежно від статі. При надлишковій масі тіла або ожирінні поширеність гіпертрофії міокарда лівого шлуночка зростає вдвічі (до 15,8%). Таким чином, надлишкову масу тіла або ожиріння можна вважати предикторами розвитку гіпертрофії міокарда лівого шлуночка. Поширеність ангіопатії у хворих на АГ підлітків складає 22,7%. Ні стать, ні надлишкова маса тіла або ожиріння на епідеміологію ретинопатії при АГ достовірно не впливають.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «КРАТАЛ ДЛЯ ДІТЕЙ» ПРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОРУШЕННЯХ У ДІТЕЙ З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Павликівська Б.М., Юрцева А.П., Лотовська Т.В., Мотрюк В.Б.

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

Захворювання серцево-судинної системи у дітей залишаються однією з найбільш складних проблем в педіатрії. Структура серцево-судинної патології у дитячому віці за останні десятиріччя зазнала суттєвих змін. Поряд із зменшенням частоти ревматичних уражень серця, бактеріальних ендокардитів збільшилась питома вага функціональних кардіопатій, порушень серцевого ритму, кардіоміопатій, природжених вад серця. Проблема серцево-судинних розладів є особливо актуальною у пацієнтів з порушеннями у функції щитоподібної залози (ЩЗ). Тиреоїдні гормони ЩЗ відіграють істотну роль в метаболічних та різноманітних процесах дитячого організму. Більшість впливів є опосередкованими через механізми, що стимулюють швидкість метаболічних процесів, збільшення енергетичних витрат, і модулюють кількість адренергічних рецепторів і таким чином чутливість до катехоламінів.

На сьогоднішній день велика увага педіатрами та ендокринологами приділяється прихованим порушенням ЩЗ. Проблема прихованих порушень функції щитоподібної залози є порівняно новою. При гормональному дослідженні дітей з субклінічним гіпотиреозом (СГ) можна виявити стійке підвищення рівня ТТГ при нормальному рівні гормонів ЩЗ або при їх незначному дисбалансі. Виразений вплив на серцево-судинну систему при СГ може бути пов'язаний з тим, що клітини ендотелію і гладких м'язів мають ТТГ-рецептори. У діагностиці метаболічних порушень міокарда у дітей з СГ поширеними залишаються лабораторні методи дослідження, метою яких є непряма оцінка дефектів у первинних ланках метаболізму і, отже, виявлення основного патогенетичного механізму.

Метою нашої роботи стало вивчення впливу препарату «Кратал для дітей» на метаболічні процеси у дітей з субклінічним гіпотиреозом.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети було обстежено 35 дітей старшого шкільного віку, у яких було діагностовано кардіоваскулярні порушення на фоні СГ. У всіх дітей було встановлено достовірне ($p < 0,001$) зниження рівня АТФ та пірувату, достовірне ($p < 0,05$) підвищення рівня лактату.

Результати дослідження. Виявлені нами біохімічні порушення вказують на компенсаторне посилення анаеробного гліколізу за умов гіпоксії, яка має місце у обстежених дітей. Висока концентрація лактату в крові пацієнтів 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 слугувати маркерами гіпоксії ще на доклінічному етапі. Для корекції виявлених порушень в комплексну терапію дітей було включено енерготропний препарат «Кратал для дітей» – вітчизняний препарат, який володіє антиангіальною, кардіотонічною, антигіпоксичною, антиаритмічною активністю. Активні компоненти препарату Кратал для дітей пригнічують ренін-ангіотензинову і калікреїн-кінінову систему, пригнічують процеси перекисного окислення ліпідів, а також позитивно впливають на синтез цАМФ. Застосовували препарат по 2 таблетки тричі на день протягом 1 місяця. В результаті прийому препарату Кратал для дітей було констатовано підвищення рівня АТФ та пірувату, зниження рівня лактату.

Висновки. Наближення вище зазначених показників до нормативних значень доводить істотний вплив препарату на енергетичний обмін. Окрім того, Кратал для дітей має здатність посилювати дію препаратів, що становлять базисну терапію.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Платонова О.М., Шадрін О.Г.

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

Актуальність функціональних захворювань кишечника (ФЗК) обумовлена їх значною поширеністю, особливо у дітей шкільного віку. Частота ФЗК у світі складає від 5 до 15% загальної чисельності дитячого населення. У дітей, хворих на ФЗК, знижується якість життя, зменшуються адаптивні здатності організму. В подальшому, нерідко вже у дорослому віці, ФЗК, перенесені у дитинстві, виступають у ролі передумови для виникнення органічної патології органів шлунково-кишкового тракту. На сьогодні при ФЗК у дітей має місце значне поширення діагностичних помилок, призначення надлишкових клініко-інструментальних досліджень, неадекватний обсяг терапії, аж до проведення необґрунтованих оперативних втручань, висока частота рецидивування. При цьому у пацієнтів та їх батьків створюється уява про «невиліковну хворобу».

Мета. На нашу думку, важливу роль в призначенні адекватного обсягу терапії дітям з ФЗК та зниженні частоти рецидивів має оцінка тяжкості перебігу захворювання.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 347 дітей шкільного віку (від 6 до 17 років) з ФЗК, середній вік яких дорівнював $13,3 \pm 0,4$ року. Серед хворих на ФЗК переважали дівчата – 57,0%. Всі діти були розподілені на клінічні групи в залежності від провідного синдрому та відповідності одній з форм ФЗК згідно з Римськими критеріями III перегляду.

Результати дослідження. Встановлено, що найбільш частою нозологічною формою був синдром подразненого кишечника – 41,4% від загальної кількості хворих на ФЗК. Функціональний закреп було діагностовано у 34,0% дітей, значно рідше зустрічалися функціональна діарея (10,7%), функціональний метеоризм (8,1%) та функціональне захворювання кишечника невстановленого генезу (5,8%). Ступінь тяжкості перебігу ФЗК ми оцінювали шляхом інтегральної оцінки основних клінічних проявів захворювання. При цьому враховували наступні критерії: вираженість больового синдрому та/або дискомфорту, а також відрижки за візуально-аналоговою ранговою 5-бальною шкалою Лікерта, наявність психоемоційних та вегетативних порушень, частота дефекації, вираженість метеоризму та інших симптомів ФЗК. Серед обстежених дітей ФЗК легкого ступеня відзначався у 174 (50,1%), середньої тяжкості – у 131 (37,8%) хворих. Відповідно лише 42 (12,1%) пацієнти мали тяжкий перебіг ФЗК. Втім, саме у дітей цієї групи відзначався виражений больовий синдром (3-5 балів за шкалою Лікерта) та соматичний дискомфорт. Вони скаржилися на відрижку (3-5 балів за шкалою Лікерта). Тривалість епізодів порушення моторно-евакуаторної функції кишечника перевищувала 7 днів. Відзначалася різко виражена флатуленція – більше 20 разів на добу. У всіх хворих з тяжким перебігом ФЗК була стійка симпатикотонія та підвищена вегетативна реактивність, виражена тривожність та депресія, відбувалося зниження показників якості життя за декількома субшкалами. Описані відмінності були статистично значущими ($p < 0,05$).

Висновки. Отже, при здійсненні лікувально-профілактичних заходів при ФЗК у дітей необхідно застосовувати комплексний диференційований підхід з урахуванням тяжкості перебігу, вираженості гастроінтестинальних симптомів та порушень моторно-евакуаторної функції кишечника, а також наявності та вираженості психоемоційних порушень.

АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ НА ФОНЕ НИЗКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЮНОШЕЙ 14-17 ЛЕТ

Погребная А.А., Гриневиц И.В., Иванько О.Г., Федченко А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Метаболический синдром (МС), компонентами которого являются артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, инсулинорезистентность и абдоминальное ожирение (АО) относят к фактору высокого риска кардио-церебральных осложнений у взрослых лиц. У детей МС в настоящее время интенсивно изучается в связи с большой социальной и медицинской значимостью проблемы низкого качества жизни, ранней инвалидности и смертности у лиц с АГ. Наиболее устойчивой комбинацией МС у детей является сочетание АГ и АО, однако полностью не ясны причины формирования этого клинического кластера у подростков и его прогностическое значение.

Цель. Изучить вклад АО как фактора риска формирования АГ с учетом физической работоспособности у юношей 14-17 лет.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 177 юношей 14-17 лет, обучающиеся в одной из обычных общеобразовательных школ г.Запорожья. У них были исследованы индекс массы тела (ИМТ) и окружность живота, проведен стандартный Гарвардский тест подъемов на ступеньку высотой 45 см для определения физической работоспособности и измеряны показатели артериального давления по Н.С.Короткову в соответствии со стандартной методикой офисного выявления гипертензии.

Результаты исследования. В ходе исследования ожирение (ИМТ >25 ЕД) выявлено у 18 детей (10,1% от числа исследованных). При этом 12 из них (77,0%) имели устойчивые значения систолического АД >90 перцентили. Одновременно среди 159 детей с нормальной массой тела (ИМТ < 25 ЕД) число лиц с АГ составило 30 (18,9%, $\chi^2=20,41$, $p=0,001$).

По результатам Гарвардского степ-теста физическая работоспособность как у подростков с высоким ИМТ, так и с нормальной массой была низкой (соответственно, 53,5±7,8 ЕД и 58,2±7,9 ЕД), что делает затруднительной оценку вклада гиподинамии и низкой физической тренированности в формирование избыточной массы тела и АГ в данном исследовании.

Из 18 (100%) подростков с ожирением у 9 (50%) определены признаки абдоминальной его формы (окружность живота составила 102±2 см против 84±5 у остальных 9 юношей). В свою очередь АГ выявлена у 8 юношей (44,4%) с АО и у 4 (22,2%) группы сравнения ($\chi^2=4,0$, $p=0,046$), что свидетельствует о двойном увеличении шансов подростка с АО по сравнению с юношами с избыточным накоплением жира без преобладания его на животе демонстрировать АГ, и многократное увеличение шансов иметь артериальную гипертензию по сравнению с подростками с нормальной массой тела.

Выводы. Таким образом, абдоминальная форма ожирения у юношей-подростков является фактором высокого риска развития АГ у лиц с низкой физической работоспособностью. С учетом полученных данных следует дифференцированно подходить к организации программ физической реабилитации, используя новые формы привлечения юношей к физической активности, поддержанию здорового образа жизни и формированию установки активно противодействовать формированию артериальной гипертензии. Требуется кардинального пересмотра и отношение к занятиям физкультурой и спортом современных украинских школьников-старшеклассников в большинстве своем демонстрирующих низкие показатели физической работоспособности.

КОРЕКЦІЯ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ КРОВІ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Пиллюк І.І., Матейко Г.Б., Шустакевич О.Д.

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

Актуальність проблеми ГРЗ у дітей, які часто хворіють, пов'язана з високою частотою їх ускладненого перебігу з розвитком отитів, синуситів, пневмоній, що супроводжується не тільки вираженими змінами в імунній системі та системі антиоксидантного захисту, а також порушеннями обміну мікроелементів. Достатнє надходження мікро- і макроелементів є обов'язковою умовою для нормального розвитку і функціонування імунної системи, що дозволяє зберегти резистентність до інфекційних агентів, елімінувати збудника з організму, особливо у цих дітей.

Мета: оцінити ефективність призначення полівітамінного препарату в комплексі з мікроелементами для імунопрофілактики гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) у дітей, які часто хворіють шляхом вивчення мікроелементного складу крові за показниками рівня заліза, цинку та міді.

Матеріали і методи: обстежено 40 дітей віком від 3 до 8-ми років. Основну групу склали 20 дітей, які часто хворіли на ГРЗ і отримували в якості імунопрофілактики бронхомунал, лікопід, вітрум кідз та лактомун протягом усього передсезонного і сезонного періоду підвищення захворюваності на ГРЗ, тобто за 1 місяць до початку сезону і весь сезон, а саме з початку вересня до кінця березня наступ-

ного року. Групу порівняння склали 20 дітей, які не отримували імунопрофілактики, а тільки загальноприйняту схему лікування з приводу ГРЗ: препарати ІФН (назоферон, віферон), противірусні (арбідол), симптоматичну терапію (муколітики, відхаркувальні). Контрольну групу склали 20 здорових дітей того ж віку. Обстеження включало визначення рівня мікроелементів (заліза, цинку, міді) в цільній крові до та після проведення імунопрофілактики.

Результати досліджень. В основній групі дітей після проведеної імунопрофілактики рівень заліза та цинку підвищився з тенденцією до нормальних величин (відповідно з $217,22 \pm 30,21$ мг/л до $369,63 \pm 18,47$ мг/л, ($P < 0,001$) і з $9,28 \pm 0,94$ мкмоль/л до $16,07 \pm 0,61$ мкмоль/л ($P < 0,001$), на відміну від групи порівняння, в якій нормалізації їх вмісту не спостерігалось (відповідно з $219,23 \pm 32,29$ мг/л до $245,02 \pm 38,92$ мг/л ($P > 0,01$) і з $9,30 \pm 0,96$ мкмоль/л до $12,69 \pm 1,32$ мкмоль/л, ($P < 0,02$)).

Аналіз показників вмісту міді в цільній крові до імунопрофілактики у досліджуваних групах дітей свідчить, що процес характеризується значною гіперкупремією. При цьому вміст міді у основній групі дітей в 3,5 раза перевищував її концентрацію у здорових дітей ($4,27 \pm 0,30$ мг/л проти $1,21 \pm 0,07$ мг/л, ($P < 0,001$)). Після проведеної імунопрофілактики в цій групі дітей показники вмісту міді знизилися майже до рівня нормальних величин ($1,41 \pm 0,19$ мг/л проти $1,21 \pm 0,07$ мг/л, ($P < 0,05$), тоді як у групі дітей, які не отримували імунопрофілактики ГРЗ, утримувалась гіперкупремія ($2,95 \pm 0,35$ мг/л проти $1,21 \pm 0,07$ мг/л, ($P < 0,001$)).

Висновки. У дітей, які часто хворіють на ГРЗ, відмічається дисбаланс мікроелементного складу крові. Після проведеної імунопрофілактики частих ГРЗ з призначенням полівітамінного препарату в комплексі з мікроелементами у дітей основної групи відмічалась нормалізація рівнів мікроелементів (заліза, цинку, міді) на відміну від дітей, які не отримували імунопрофілактику і в яких нормалізації даних мікроелементів не відмічалось.

СТАН ОРГАНІВ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ

Починок Т.В.¹, Павленко О.В.², Васиокова М.М.¹, Мельничук В.В.²

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
² Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Мета - дослідити стан травної системи у дітей з дисплазією сполучної тканини (ДСТ).

Матеріали і методи. Обстежено 125 дітей з ДСТ та 30 здорових дітей 7-14 років.

Результати дослідження. В результаті проведених досліджень виявлено, що частота аномалій внутрішніх органів, в тому числі у вигляді деформації жовчного міхура з клінічними ознаками дисфункції жовчних шляхів корелювала з тяжкістю проявів ДСТ ($r=0,97$). В середньому у дітей з ДСТ зареєстровано 57% дітей з деформацією жовчного міхура (ДЖМ), у дітей з тяжкою формою ДСТ (10 фенотипових ознак та більше) ДЖМ виявили практично в кожному випадку (98%). У половини дітей при ультразвуковому дослідженні жовчного міхура виявлено осад в жовчі незалежно від віку дитини, що можна розцінити як фізико-хімічну стадію жовчнокам'яної хвороби з холестаазом. Обстеження дітей в період змінного прикусу у віці 12-14 років виявило затримку прорізування зубів в середньому на 9-12 місяців. Крім того, у 100% дітей з MASS - фенотипом ДСТ спостерігався множинний декомпенсований ускладнений карієс зубів на тлі змін місцевого імунітету, кальцій-фосфорного обміну та наявності рефлюкс-езофагіту (у 86% дітей). У дітей з множинним карієсом спостерігалось зниження рівня в слині імуноглобулінів (Ig) - Ig A і sIg A ($0,12 \pm 0,01$ ммоль/л і $0,28 \pm 0,01$ ммоль/л відповідно показникам у здорових $0,42 \pm 0,13$ ммоль/л і $0,86 \pm 0,06$ ммоль/л) ($P < 0,05$). У дітей з множинним карієсом на фоні рефлекс-езофагіту відбувалося більш значне зниження вказаних показників у слині (Ig A - $0,048 \pm 0,03$ ммоль/л і sIg A - $0,165 \pm 0,06$ ммоль/л). У дітей з ДСТ зареєстровано дисбіоз травного каналу, ступінь якого також корелює з тяжкістю ДСТ ($r=0,87$). При дослідженні мазків з носоглоткового змиву на патологічну флору частіше, та у значно вищих титрах, висівався St. aureus у дітей з ДСТ (86%) у порівнянні з дітьми, що не мали проявів дисплазії. Підґрунтям для цього є порушення імунітету у дітей з НДСТ: більш значне зниження показників місцевого імунітету слизових оболонок дихальних шляхів, активності фагоцитозу, кисень-залежного метаболізму нейтрофілів та активація перекисного окислення ліпідів (ПОЛ): (підвищення рівнів малонового діальдегіда - $94,3 \pm 0,5$ мкмоль/1мл еритр. проти $55,6 \pm 0,5$ мкмоль/1мл еритр. у дітей без ДСТ, $P < 0,05$; та гідроперекисів ліпідів - $4,08 \pm 0,03$ мкмоль/1мл еритр. проти $2,44 \pm 0,03$ мкмоль/1мл еритр у дітей без ДСТ, $P < 0,05$), зниження активності антиоксидантної системи захисту (АОС3) (відновного глутатіону: $0,484 \pm 0,002$ мкмольGSH/1мл еритр. проти $0,997 \pm 0,015002$ мкмольGSH/1мл еритр. $P < 0,001$; глутатіонпероксидаза: $15,53 \pm 0,02$ мкмоль GSH/1 мл ер проти $20,33 \pm 0,37$ мкмоль 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 підвищеним розпадом колагену (за даними рівнів оксипроліну та глікозаміногліканів в добовій сечі) та дисбалансу у системі ПОЛ-АОС3 у дітей з ДСТ.

Висновки. Таким чином, частота і тяжкість ураження шлунково-кишкового тракту залежить від ступеня ДСТ. Наявність 10 та більше фенотипових ознак ДСТ є прогностичним критерієм формування множинного карієсу зубів, затримки фізіологічних строків прорізування зубів, деформації жовчного міхура та дисбіозу травного каналу 2-3 ступеня. Більш тяжкий перебіг карієсу зубів у дітей пов'язаний з регургітацією кислого вмісту шлунка, яка виникає внаслідок рефлюкс - езофагіту.

ПАТОЛОГІЯ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Резніченко Ю.Г., Волошин М.А., Лебединець О.М.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Зростання поширеності серцево-судинної патології у дітей та дорослих пояснює актуальність вивчення факторів ризику її формування. Патологічний перебіг вагітності може супроводжуватись порушенням функції плаценти та проникненням чужорідних антигенів до плода, змінами морфогенезу різних органів і систем, у тому числі серцево-судинної, що вивчено недостатньо.

Метою дослідження було охарактеризувати стан серцево-судинної системи у дітей першого року життя, які мали патологію антенатального періоду, та морфогенез серця у експериментальних тварин після введення їм антигенів в антенатальному періоді.

Матеріали і методи. Під наглядом перебувало 68 дітей першого року життя: 20 дітей із вродженим токсоплазмозом без вроджених вад серця, кардитів, 20 здорових на момент обстеження дітей, народжених матерями з проявами прееклампсії легкого ступеня під час вагітності, та 28 здорових дітей (контрольна група). Всім дітям проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження з включенням ехокардіографії, холтеровського моніторингу ЕКГ, дослідження катехоламінів та інсуліну в еритроцитах. В експерименті вивчено особливості постнатального морфогенезу серця білих лабораторних щурів після внутрішньоутробного введення антигенів різної природи (імуноглобулін людський, вакцина Ваксигрип) за методом М.А. Волошина, що моделює порушення бар'єрної функції плаценти з проникненням до плода чужорідних білкових антигенів наприкінці вагітності.

Результати дослідження. У дітей, народжених від матерів з прееклампсією вагітних легкого ступеня, виявлено порушення ритму, провідності й реполяризації міокарда, активація симпатоадреналової системи. Більш виразні відхилення, включаючи морфологічні зміни з концентричним ремоделюванням міокарда лівого шлуночка, встановлені у дітей із вродженим токсоплазмозом без ознак кардиту, що свідчить про зміни морфогенезу міокарда та його провідної системи у дітей антигенним впливом в антенатальному періоді. В експериментальному дослідженні після внутрішньоутробного введення антигенів різної природи в фетальному періоді, як моделі порушення бар'єрної функції плаценти, встановлені однотипні зміни морфогенезу серця лабораторних тварин (щурів): достовірне зниження відносної маси серця, вмісту глікогену в кардіоміоцитах і глікопротеїдів в сполучній тканині міокарда, зміна співвідношення структурних компонентів серця з достовірним зниженням м'язового та підвищенням сполучнотканинного компонентів з 1-ї по 60-у добу на тлі підвищення маси тіла тварин, що корелює з виявленими морфофункціональними змінами у дітей із вродженим токсоплазмозом та у дітей, народжених від матерів з прееклампсією вагітних легкого ступеня.

Висновки. Встановлено загальнобіологічну закономірність впливу антигенного навантаження в антенатальному періоді на формування патології серцево-судинної системи в дитячому віці, яка проявляється змінами морфогенезу серця зі збільшенням сполучнотканинного та зменшенням м'язового компонентів в міокарді, ремоделюванням лівого шлуночка серця, порушеннями провідності, реполяризації й ритму серця у дітей, що може бути предиктором формування патології серцево-судинної системи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Савицкая Е.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Проблема атопических проявлений у детей младшего возраста приобретает все большую распространенность, сопровождаясь функциональными расстройствами поджелудочной железы (панкреатопатии). Актуальность этой сочетанной патологии у детей во многом обусловлена тем, что их клинические проявления обусловлены общими этиологическими причинами: нарушенное функционирование барьера кожного эпителия и слизистой оболочки кишечника, а также регуляторных процессов иммунной реакции на антигены окружающей среды; которая без адекватной терапии приобретает рецидивирующее течение.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния использования в основных схемах лечения, вышеупомянутых нозологических форм, пробиотической терапии, в виде *Lactobacillus rhamnosus GG* (представленной на рынке препаратом «Према»).

Материалы и методы. В соответствии с избранной целью и поставленными задачами нами было обследовано 30 детей. Основными критериями включения детей в группу являлось: наличие клинически и лабораторно-инструментально подтвержденной панкреатопатии (диспанкреатизма) и атопического дерматита, у детей младшего возраста (от 1 года до 5 лет), среди которых девочек 19 и 11 мальчиков. Согласие родителей на участие в исследовании было получено во всех случаях.

Результаты исследования. У всех пациентов были зафиксированы: повышенное значение IgE, клинические проявления атопии, результаты инструментальных (УЗИ) и лабораторных исследований, подтверждающих дисфункцию поджелудочной железы. УЗИ орга-

нов брюшної порожнини проводилось строго натощак, виконувалось поперечне вимірювання головки, тіла, хвоста підшлункової залози до і після ївничої нагрузки (пробний завтрак). У 23 дітей отмечался отягощений наслідковий алергологічний анамнез.

Помимо обов'язкової елімінаційної дієти, медикаментозних методів терапії, согласно утверджених протоколів, был добавлен препарат, содержащий *L. rhamnosusGG* («Према», Delta Medical Promotions AG). Аналізуючи характер течения захворювань, результати обстежень в динаміці захворювання необхідно отметить, что после применения *L. rhamnosusGG*, в качестве дополнительной терапии значительно быстрее отмечалось улучшение и снижалась тяжесть течения со стороны проявления клинических симптомов заболеваний, у 24 пациентов Ig E уменьшился более, чем в два раза. На фоне проведения элиминационного питания, медикаментозной терапии с добавлением *L. rhamnosusGG*, начиная с 5-6 дня, отмечалась положительная динамика: нивелирование гиперемии и сухости кожного покрова (особенно в области щек и подколенных ямок), отсутствие диспепсических симптомов, нормализация консистенции копрофильтрата.

Выводы. Таким образом, выбранная тактика терапии показала достаточно перспективные результаты. Значительно продолжительнее отмечался период ремиссии, динамичнее протекало улучшение клинической симптоматики.

РІВЕНЬ НАВЧАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІВЧАТ І ЮНАКІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ В СУЧАСНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ, ТА ПРОБЛЕМИ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ШКІЛЬНОГО ВІКУ І ПІДЛІТКІВ

Сергета І.В.¹, Стоян Н.В.¹, Дреженкова І.Л.¹, Мостова О.П.¹, Панчук О.Ю.¹,
Теклюк Р.В.¹, Лукіна Н.Ю.¹, Тимощук О.В.²

¹ Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

² Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

В ході досліджень, спрямованих на вивчення рівня навчальної адаптації дівчат і юнаків, які перебувають в сучасних закладах освіти, у контексті проведення комплексної оцінки стану здоров'я учнів шкільного віку і підлітків визначено, що значна частина школярів характеризують (від 53,1 до 71,9% дівчат та від 56,2 до 71,9% юнаків) власний режим дня як напружений і помірно напружений, визначають (від 78,1 до 96,9% дівчат та від 84,4 до 96,9% юнаків) наявність цілого ряду проявів суттєвого перевищення гігієнічно-обґрунтованих нормативних параметрів максимальнодопустимої тривалості денного перебування учнів у школі та виявляють (від 46,9 до 56,3% дівчат та від 18,7 до 31,2% юнаків) тенденцію до вираженого зростання часу, який пов'язаний із здійсненням навчальної підготовки в домашніх умовах. Частка показників щодо тривалості нічного сну, які слід вважати гігієнічно-обґрунтованими, не перевищує 12,5% серед дівчат та 18,6% серед юнаків, показники щодо тривалості динамічного компонента в добовому бюджеті часу серед досліджуваних учнів в 2/3 випадків не досягають нормативних величин, які становлять відповідно 3-4,5 години для дівчат та 3-4 години для юнаків, переважна тривалість часу перебування на свіжому повітрі в навчальні дні в 30-45% випадків коливається в межах до 1 години та в межах від 1 до 2 годин.

Результати досліджень, проведених з метою оцінки провідних корелят навчальної адаптації до умов перебування в сучасних закладах середньої освіти, виявляють той факт, що як напружений і вкрай напружений характер навчання у школі визначають 28,1% та 25,1% дівчат і юнаків у віці 14 років, 25,1% та 21,9% дівчат і юнаків у віці 15 років, 34,3% та 31,2% дівчат і юнаків у віці 16 років, 25,0% та 18,7% дівчат і юнаків у віці 17 років, значним рівень нервово-емоційного напруження є серед 31,2% та 9,3% 14-річних дівчат і юнаків, 25,0% та 12,4% 15-річних дівчат і юнаків, 28,1% та 12,4% 16-річних дівчат і юнаків, 15,6% та 28,1% 17-річних дівчат і юнаків.

Встановлено, що найбільш значущий зв'язок ($r=0,31-0,72$, $p<0,05-0,001$) з характеристиками рівня здоров'я дівчат і юнаків протягом часу навчання в старших класах мають групи показників, які відображають особливості житлово-побутових умов перебування, особливості перебування учнів на свіжому повітрі як у навчальні, так і у вихідні дні, особливості навчальної адаптації та особливості захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Звертає на себе увагу той факт, що у випускних класах до числа зазначених необхідно додати ще декілька груп показників, які визначають особливості перебігу хвороб з хронічним перебігом патологічного процесу ($r=-0,35-0,59$, $p<0,05-0,001$), особливості поширення шкідливих звичок і передусім паління ($r=-0,32-0,49$, $p<0,05-0,01$) та особливості застосування оздоровчих засобів, таких як вправи ранкової гімнастики і процедури загартовування ($r=0,35-0,44$, $p<0,05$).

Висновки. Натомість дані щодо визначення особливостей навчальної адаптації до умов перебування у вищому навчальному закладі відзначають той факт, що 1/3 дівчат і 2/3 юнаків визнають характер навчання як напружений та дуже напружений, 65,7% дівчат і 63,4% юнаків основні проблеми, які виникають в ході навчання, пов'язують з почуттям постійної втоми. В ході здійснення оцінки стану здоров'я студентів встановлено, що захворювання, відмітною рисою яких є хронічний перебіг патологічного процесу, котрий впливає на рівень працездатності, суттєво зменшуючи адаптаційний потенціал організму та погіршуючи якість життя студентів, виявлені у 56,1% дівчат і 50,8% юнаків.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ КРИТЕРІАЛЬНИХ ОЗНАК ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ТА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОРГАНІЗМУ, МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ І АНАМНЕСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЇХ МАТЕРІВ

Сергета Д.П.

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

Метою наукової роботи було встановлення особливостей кореляційних зв'язків критеріальних ознак фізичного розвитку новонароджених дітей та морфофункціональних характеристик організму, медико-соціальних і анамнестичних показників їх матерів.

У цьому контексті слід зазначити, що проведення адекватної, відповідно до сучасних вимог, прогностичної оцінки закономірностей перебігу процесів, що відбуваються в організмі людини в умовах дії численних факторів та справляють як сприятливий, так і несприятливий вплив на особливості морфофункціонального стану організму людини, становить імовірнісний процес, який передбачає заміну реальних співвідношень окремих об'єктів певною статистичною конструкцією, котра адекватно відображає найістотніші риси відповідної бази даних, котра підлягає дослідженню, і створює спрощений, схематичний та цілком абстрагований від незначущих і неістотних ознак образ. Саме тому особливої значущості набуває застосування сучасних процедур кореляційного аналізу, провідні положення якого надають можливість виявити закономірності функціональної взаємозалежності ознак певної сукупності, що вивчається, на підставі визначення ступеня їх близькості у багатовимірному просторі досліджуваних показників.

Аналізуючи дані, одержані відповідно до результатів проведеного кореляційного аналізу, потрібно відзначити цілий ряд блоків досліджуваних показників, які відзначаються найбільш тісним та глибоким взаємозв'язком. Так, до першого блоку показників (соматометричні показники фізичного розвитку новонароджених), що відзначаються наявністю найбільш потужних, сильних статистично-значущих кореляційних зв'язків, слід безпосередньо віднести показники маси і довжини тіла, окружності голови і грудної клітки новонароджених дівчаток і хлопчиків, до другого блоку показників (показники антропометричного статусу матерів) – характеристики, які визначають антропометричні параметри організму матерів, і, насамперед, дані щодо маси і довжини тіла матерів, а також ступеня збільшення їх маси тіла протягом періоду вагітності та відзначаються переважно наявністю статистично-значущих зв'язків середнього ступеня вираження і достовірних слабких зв'язків, до третього блоку показників (показники щодо особливостей перебігу вагітності матерів) – характеристики, які засвідчують особливості перебігу вагітності і передусім дані відносно терміну вагітності, порядкових номерів вагітності і пологів, особливостей перебігу вагітності та пологів і також, як у попередньому випадку, відзначаються наявністю статистично-значущих зв'язків середнього ступеня вираження і достовірних слабких зв'язків, до четвертого блоку показників (показники щодо особливостей трудової діяльності матерів) – характеристики, які визначають особливості рівня фізичної активності матерів та відзначаються переважно наявністю слабких, проте статистично-значущих, зв'язків, до п'ятого блоку показників (показники репродуктивних характеристик організму матерів) – характеристики, які визначають особливості репродуктивного здоров'я матерів і насамперед дані щодо початку менструацій і статевого життя та відзначаються наявністю слабких, однак достовірних зв'язків.

ФОРМУВАННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ЯК ВАРІАНТ ПРОФІЛАКТИКИ НАДЛИШКОВОЇ ВАГИ

Сіротченко Т.А., Миргородська Г.В., Шор З.В., Сіротченко А.О.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

Дитяче ожиріння в останні роки набуло характер епідемії, але його наслідки для здоров'я враховуються ще недостатньо, хоча ризики формування тяжких наслідків переважно залежать від віку початку та терміну ожиріння. Щорічний показник поширення розповсюдженості дитячого ожиріння постійно зростає, та на цей час він в 10 разів перевищує відповідний індекс 70-их років. Це потребує підвищення якості медичного амбулаторного нагляду за дітьми з надлишковою масою тіла, який має бути пролонгованим, всебічним, ретельним, та починатись з періоду новонародженості з подовженням на етапі раннього віку.

Провідною детермінантою формування ожиріння у дитини є незбалансований раціон харчування, але існує багато методологічних труднощів щодо визначення характеру харчових звичок, порушень режиму харчування, раціону, вживання певного набору продуктів харчування. Але існують загальні процеси, які, безперечно, повинні контролюватись під час профілактики надлишкової маси у дітей раннього віку, а саме харчова поведінка.

З усіх речовин, які беруть участь у процесі формування почуття задоволення у людини, їжа впливає на організм найбільш складним чином: збуджуються нюхові рецептори та інтерорецептори стравоходу й шлунка, підвищується рівень глюкози крові, стимулюється

вироблення ендорфінів. Важливим є те, що шлунок генерує два види сигналів: за рахунок розтягування шлунка та за рахунок надходження поживних речовин. Інформація про ступінь розтягнення шлунка надається до головного мозку за допомогою вагусу, у відповідь організм виробляє пептиди (глюкагон, холецистокінін, соматостатин), які регулюють механізм вживання їжі за рахунок стимуляції насичення. Ендорфіни, навпаки, інгібують почуття насичення за рахунок переважаючого почуття задоволення (щастя). Задоволення, яке супроводжує процес насичення під час їжі, стає домінантою та формує тимчасовий осередок збудження в ЦНС.

Під час хаотичного годування дитини на першому році життя формуються патологічні залежності – постійне перерозтягування шлунка, генерація рефлексу «задоволення» шляхом збудження ЦНС. Можна припустити, що харчова домінанта формує стереотип постійного/хронічного переїдання, подібний до токсикологічної залежності.

Висновки. Таким чином, дуже важливим моментом профілактики набору надлишкової ваги у дітей раннього віку має бути регламентація режиму харчування, особливо на першому році життя, незалежно від типу вигодовування дитини. Також дитячому лікарю необхідно контролювати загальний об'єм харчування протягом доби та можливі енерговитрати дитини. Все це надасть можливість формувати раціональну харчову поведінку та закріпити її на рівні рефлексів протягом періоду раннього віку з метою профілактики ожиріння.

ЗАТРИМКА ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГАСТРОШИЗИСОМ

Слепов О.К., Грасюкова Н.І., Пономаренко О.П.,

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

Мета. Гастрошизис (ГШ) – одна з найтяжчих і високо летальних вад розвитку у новонароджених дітей. Частота ГШ за останнє десятиріччя збільшилась більш ніж в 10 разів і на нинішній час складає 0,31-4,72 випадків на 10000 новонароджених. Смертність при цій ваді розвитку в усьому світі залишається дотепер на високих цифрах і коливається в дуже широких межах від 4 до 100%, в залежності від світового регіону. ЗВУР була визначена як єдиний істотний пренатальний предиктор, що впливає на прогноз. При цьому ЗВУР, за даними деяких дослідників, впливає на прогноз в 30-70% випадків.

Матеріали і методи. У відділенні хірургічної корекції природжених вад розвитку у дітей ДУ «ІПАГ НАМН України» з 2006 по 2013 роки спостерігали 30 новонароджених дітей з ГШ. Термін гестації при народженні складав від 33 до 41 тижня, в середньому 36,9±0,3 тижня. Доношених було 13 (43,3%), недоношених – 17 (56,7%), маса тіла варіювала від 1830 до 4020 г, в середньому 2570,7±107,5 г. Простий (ізольований) ГШ виявлено в 19 (63,3%) випадках, ускладнений – в 11 (36,7%). Причому, у 6 (20%) дітей ГШ був асоційованим з множинними природженими вадами розвитку. Вісцero-абдомінальну диспропорцію (ВАД) діагностовано у 27 (90%) новонароджених з ГШ: помірну – у 20 (66,7%), виражену – у 7 (23,3%). Вік матерів варіював від 16 до 36 років, в середньому 22,1±0,8 р., причому від 16 до 20 років було 14 (46,7%) жінок.

Результати дослідження. На основі аналізу показників фізичного розвитку новонароджених з ГШ, в залежності від терміну гестації та їх статі, виявлено, що ЗВУР мали більшість досліджуваних пацієнтів – 17 (56,7%). Причому у 8 (47,1%) цих немовлят була симетрична форма ЗВУР і у 9 (50,9%) – асиметрична.

Проведено аналіз частоти ЗВУР у немовлят з ГШ від матерів віком до 20 років і старших від цього віку з метою визначення впливу віку матері на частоту ЗВУР. ЗВУР плода виявлено у 9 (52,9%) випадках від матерів віком до 20 років і у 8 (47,1%) – старших за цей вік, при $p > 0,05$. Таким чином, вік матері, за нашими даними, не впливає на частоту ЗВУР у немовлят з ГШ.

В усіх 17 дітей зі ЗВУР частота вісцero-абдомінальної диспропорції (ВАД) була 100%. У дітей, які не мали ЗВУР, частота ВАД була достовірно меншою – у 10 (76,9%) випадків, при $p < 0,01$. Таким чином, ЗВУР у дітей з ГШ достовірно впливає на частоту ВАД при цій патології.

Частота незадовільного прогнозу (смерті) серед 17 немовлят зі ЗВУР була в 5 (29,4%) випадках, тоді як серед 13 дітей без ЗВУР – в 1 (7,8%) випадку. Проте достовірної різниці між цими показниками немає, $p = 0,6$ ($p > 0,05$).

Висновки. Отже серед новонароджених з гастрошизисом ЗВУР діагностується в 56,7% випадків. Асиметрична (гіпотрофічна) форма ЗВУР має місце в 52,9% випадків, симетрична – в 47,1%. ЗВУР достовірно має вплив на частоту розвитку ВАД при гастрошизисі, але не впливає на ступінь ВАД. Прогноз при ГШ не залежить від наявності або відсутності ЗВУР.

ДО ПРОФІЛАКТИКИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Сміщук В.В., Тяжка О.В.

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

Питома вага жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у дітей України складає більше 1%, що не відображає справжньої частоти захворюваності, оскільки враховуються лише випадки клінічної стадії, а ранні її прояви з біохімічними та біофізичними порушеннями властивостей жовчі не діагностуються і поглинаються діагнозами «біліарна дисфункція» або «хронічний холецистит». ЖКХ на сьогодні розглядається як хвороба печінки внаслідок дефектів синтезу або переносу ліпідів жовчі з формуванням конкрементів у жовчному міхурі та/або в жовчних протоках

з подальшим розвитком ускладнень у дорослому віці. Процес їх утворення є результатом продукції перенасиченої жовчі через зростання секреції холестеролу або зниження рівня жовчних кислот, лецитину та фосфоліпідів. Основна роль у розвитку ЖКХ у дітей належить спадковим факторам у поєднанні з загальними обмінними порушеннями та аномаліями розвитку жовчовидільної системи, що посилюється неправильним харчуванням та способом життя. За даними літератури, обтяжену спадковість по ЖКХ серед родичів I ступеня спорідненості мають 75-95% дітей з ЖКХ; при цьому виявляють порушення обміну фосфоліпідів та ліпопротеїнів. В її розвитку важливе значення має також метаболізм холестерину, що істотно залежить від стану мікрофлори кишечника. Часто в сучасній літературі ЖКХ розглядають в аспекті ліпідного дистрес-синдрому, проте даних про дослідження метаболізму жирних кислот у таких пацієнтів ще недостатньо.

Мета. З огляду на вище приведені дані, подальше вивчення причин та механізмів розвитку ЖКХ є актуальним для обґрунтування профілактично-лікувальних заходів, спрямованих на запобігання розвитку холелітіазу у дітей, та удосконалення терапії при його реалізації.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 26 пацієнтів: 19 дівчаток та 7 хлопчиків віком від 2 до 18 років. З них 4 мали ЖКХ у стадії клінічних проявів, інші – дисфункцію жовчного міхура за гіпокінетичним типом або холелітіаз у фізико-хімічній стадії на фоні обтяженої спадковості. У 10 дітей спостерігалася ожиріння I-III ступенів, у 21 – дисбіоз кишечника I-II ступенів. Визначення складу жирних кислот (ЖК) сироватки крові виконували методом газорідинної хроматографії. Контрольну групу склали 10 дітей аналогічного віку.

Результати дослідження. У хворих знайдено достовірну відмінність жирнокислотного складу ліпідів сироватки крові у порівнянні з контролем. Вміст міристинової ЖК був підвищений майже в 3 рази. У 35% обстежених відмічено зниження рівня пальмітинової та стеаринової ЖК на 35%, що вказує на зростання насиченості ліпідного комплексу сироватки крові. Водночас вміст олеїнової ЖК був зниженим на 40%, а вміст лінолевої ЖК був підвищеним в 4,5 рази, що свідчить про порушення ліпідного обміну в гепатобіліарній системі. Окрім того, відмічено, що сума поліненасичених жирних кислот (ПНЖК) у обстежених хворих з холелітіазом та в групі ризику підвищена в 2 рази у порівнянні з контролем за рахунок лінолевої і арахідонової ЖК, рівень яких був збільшений у 2,5 рази.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що при ЖКХ у дітей має місце порушення ліпідного метаболізму есенціальних ЖК, що призводить до розвитку жовчних каменів.

Згідно з результатами отриманих даних, корекцію виявлених порушень ми проводили за допомогою препаратів омега-3 (ейкозапентаєнової та докозагексаєнової) ПНЖК (смайт-омега) та лецитину (ліволакт), також включався пробіотичний препарат (біфілакт екстра) та адсорбент (мультисорб) на фоні дієтичного харчування.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ РАХІТУ

Стенкова Н.Ф., Терещенкова І.І., Сіняєва І.Р., Атаманова О.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Профілактика рахіту передбачає не тільки нормальний розвиток кістково-м'язової системи і пов'язаний з ним необхідний рівень накопичення пікової кісткової маси, а й функціонування практично усіх систем організму, що росте, у тому числі й імунної. Найбільшу потребу у віт. D мають діти перших трьох років життя, вагітні жінки і матері-годувальниці, що пояснюється інтенсивним зростанням скелета дитини у внутрішньоутробному і постнатальному періодах його розвитку. Сучасні дослідження щодо забезпеченості організму дітей України віт. D вказують на те, що 88,5% з них мають дефіцит, а 8,9% - недостатність вмісту 1,25 (ОН)₂D у крові (Поворознюк В.В., Балацька Н.І.).

Метою проведеного дослідження був аналіз проведення профілактики рахіту на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Методом анкетування було опитано 112 матерів, які мають дітей віком від 1 місяця до 3 років. Анкета включала питання щодо характеру вигодовування, терміну введення прикормів, своєчасності становлення фізичного та психомоторного розвитку дитини, пренатальної та постнатальної профілактики рахіту, враховуючи неспецифічні заходи, а також рівень освіти батьків та матеріальне забезпечення сім'ї.

Результати дослідження показали, що під час вагітності специфічна профілактика рахіту проводилася у 42,8% опитаних матерів, які вживали полівітамінні препарати з рекомендованою денною нормою віт. D. Виявлена залежність проведення специфічної профілактики від рівня освіти: 81,3% матерів, що вживали віт. D мали вищу та середню освіту. На ранньому грудному вигодовуванні знаходилося 65,7% дітей, на штучному вигодовуванні - 31,5%; змішане отримували 2,8% дітей. Під час годування грудьми лише 3,4% матерів вживали полівітаміни з вмістом віт. D.

Специфічна профілактика рахіту у дітей мала місце у 58% випадків; неспецифічні заходи профілактики рахіту проводилися у 86,6% дітей. Профілактичні дози віт. D отримали діти, народжені в осінньо-зимову пору року і лише на першому році життя. З лікувальною метою віт. D призначався лише у 5,6% дітей, яким було діагностовано рахіт I ступеня. Протягом другого та третього років життя специфічна профілактика рахіту не призначалася і не проводилася. Становлення основних етапів психомоторного розвитку в дітей, які отримували специфічну профілактику рахіту були дещо скорішими в порівнянні з дітьми, які не вживали віт. D; темпи фізичного розвитку – вірогідно не відрізнялися.

Під час огляду остаточні прояви рахіту були виявлені у 18,8% дітей. Достовірних відмінностей залежно від проведення специфічної профілактики рахіту виявлено не було.

Висновки. Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про необхідність активізації просвітної роботи щодо профілактики рахіту у дітей та проведення подальшого дослідження у цій галузі.

КРИТЕРІЇ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІНДУКТОРІВ ІНТЕРФЕРОНУ В ПРОФІЛАКТИЦІ І ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Таран О.М., Клименко О.В., Ковтуненко Р.В., Лебідь І.В., Тихоненко С.М. *, Полуциганова Л.Г.**

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

КЗ «Дніпропетровський ЦПМСД № 11»*, м. Дніпропетровськ

КЗ «ДДМКЛ № 6 ДОР»**, м. Дніпропетровськ

Метою дослідження було розробити критерії прогнозування клініко-імунологічної ефективності інтерфероніндукуючих препаратів (ІІП) в профілактиці та лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) у дітей.

Матеріали і методи. Для визначення профілактичної ефективності індуктора інтерферону «Анаферон дитячий» обстежено 78 дітей раннього віку, у яких в анамнезі відзначалися часті, ускладнені ГРВІ. Основна група (52 дитини) отримувала препарат по 1 таблетці на день протягом 3 місяців; група порівняння (26 дітей) препарат не отримувала. Групу контролю склали 34 дитини, що епізодично хворіли на ГРВІ.

Результати дослідження. Регресійним аналізом виявлено залежність між факторами, які впливають на профілактичну ефективність препарату: $N = -1,12005 + 0,0015476 \cdot A \cdot 217 + 0,176714 \cdot B \cdot 19 + 0,069523 \cdot C \cdot 204$, де N – ефективність; A – показник фагоцитарної активності нейтрофілів (ФАН); B – наявність урогенітальних інфекцій у матері під час вагітності; C – середня тривалість епізоду ГРВІ. Найефективнішим застосування препарату було у дітей з високими показниками ФАН; у дітей, матері яких переносили урогенітальні інфекції під час вагітності, що мають тенденцію до затяжного перебігу ГРВІ.

Для визначення лікувальної ефективності препарату було обстежено 65 дітей раннього віку, які були госпіталізовані в ДМКЛ № 6 м. Дніпропетровська з діагнозом ГРВІ та мали в анамнезі повторні, ускладнені епізоди захворювання. В групу контролю входило 30 епізодично хворіючих дітей. Лікування проводилось за схемою: у перші 2 години - по 1 таблетці кожні 30 хвилин, надалі протягом першої доби - ще 3 прийоми через рівні проміжки часу; потім - по 1 таблетці 3 рази на день до одужання. Визначали рівні сироваткових α - і γ -ІФН, інтерлейкінів (ІЛ) - 2, 4, 10 в динаміці захворювання.

Ефективність застосування ІІП була вищою при його призначенні в першій-третій день захворювання, при високій частоті ГРВІ протягом попереднього року, переважно при ускладненому характеру перебігу ГРВІ та/або наявності повторних епізодів гострого обструктивного бронхіту в анамнезі, при обтяженому перинатальному анамнезі, при ранньому штучному вигодовуванні, наявності фононих станів, при ранньому оформленні до дитячих дошкільних установ. Негативний вплив на ефективність лікування мали наявність ГРВІ під час вагітності у матерів, вік першого ГРЗ, кількість перенесених на першому році життя гострих отитів. Прогностичним критерієм ефективності ІІП відібрано коефіцієнт, що представляє собою співвідношення сироваткової концентрації γ -ІФН (ключовий фактор регуляції імунної відповіді при вірусній інфекції) і сироваткової концентрації інтерлейкіну-10 (головний фактор, що стримує активність γ -ІФН) в дебюті захворювання. Значення коефіцієнта співвідношення більше 0,1 свідчить про клініко-імунологічну ефективність призначення індукторів ІФН. При значенні коефіцієнта менше 0,1 призначення препарату буде клінічно, імунологічно і економічно недоцільним.

Висновки. Призначення «Анаферону дитячого» у дітей супроводжується підвищенням продукції α - і γ -ІФН, що клінічно виражається у скороченні кратності епізодів та тривалості основних симптомів захворювання.

L-КАРНІТИН У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БІЛКОВО-ЕНЕРГЕТИЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Токарчук Н.І., Чигір І.В., Чекотун Т.В., Старинець Л.С.*

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

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*, м. Вінниця

Мета дослідження: оцінка ефективності метаболічної корекції білково-енергетичної недостатності у дітей першого року життя, яка виникла на тлі перинатальних уражень центральної нервової системи.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 78 дітей першого року життя із БЕН на тлі перинатальних уражень центральної нервової системи (ПУ ЦНС). Для вивчення ефективності метаболічної корекції БЕН на тлі ПУ ЦНС у дітей першого року життя використовувався лікарський препарат L-карнітин «Агвантар» (ООО «Ерсель Фарма Україна»). Агвантар призначали дітям перорально по 0,5–1,0 мл дворазово на добу за 30 хв. до вживання їжі протягом 25–30 днів.

У ході дослідження діти були розподілені на 2 групи: 39 отримували комплексну терапію БЕН у поєднанні з Агвантаром та 39 дітей отримували традиційну терапію та склали групу порівняння.

Результати дослідження. Нами встановлено достовірне покращення показників білкового обміну у дітей із ПУ ЦНС, яким проводилась метаболічна корекція БЕН лікарським препаратом L-карнітин (Агвантар), ($p < 0,05$). Так, у дітей I групи дослідження відмічалось достовірне підвищення показника загального білка порівняно з показником дітей групи порівняння ($p < 0,05$). Крім того, у I групі дітей була відмічена нормалізація рівня ІФР-1 порівняно з вихідними даними (відповідно $48,47 \pm 1,1$ нг/мл до лікування та $54,13 \pm 1,3$ нг/мл, після лікування) ($p < 0,05$).

Також нами було оцінено вплив лікарського препарату Агвантар на рівень інсуліну, як показника вуглеводного обміну. Так, у дітей із БЕН на тлі ПУ ЦНС, які отримували у комплексному лікуванні лікарський препарат Агвантар, рівень інсуліну нормалізувався у динаміці лікування ($15,6 \pm 3,2$ мкМО/мл), ($p < 0,05$).

Результати вивчення динаміки показників ліпідного обміну обстежених дітей із використанням лікарського препарату Агвантар показали достовірне підвищення рівня холестерину, тригліцеридів (ТГ) та ЛПНЩ ($p < 0,05$). Тоді як у дітей II групи дослідження після проведеної традиційної терапії показники холестерину, ТГ та ЛПНЩ вірогідно не змінювалися ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, включення лікарського препарату Агвантар у лікувальний комплекс традиційної терапії БЕН на тлі ПУ ЦНС у дітей першого року життя, в якості метаболічної корекції, сприяє позитивній тенденції показників білкового, ліпідного та вуглеводного обмінів.

АНАЛІЗ СТАТУСУ ВІТАМІНУ D ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА (ІМТ) ПРИ РАХІТІ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Токарчук Н.І., Пугач М.М.

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

Наукові дослідження, які проводились у дорослих та дітей старшого віку, стверджують, що залежність дефіциту вітаміну D від ІМТ прямо пропорційна.

Метою нашого дослідження було вивчення вмісту вітаміну D в організмі дітей першого року життя, які мають вітамін D-дефіцитний рахіт, залежно від ІМТ.

Матеріали і методи. У процесі виконання роботи нами було обстежено 38 дітей віком від 3 до 12 місяців, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей раннього віку ОДКЛ м. Вінниця та мали супутній діагноз вітамін D-дефіцитний рахіт. В групу досліджуваних увійшли діти, які отримували профілактичну дозу вітаміну D (500 МО).

Згідно з оцінкою графіків співвідношення ІМТ до віку (Наказ №149 МОЗ України від 2008 року), дітей розподілено на групи. Основну групу склали 19 дітей, показники ІМТ яких перевищували вікову норму, групу порівняння – 19 дітей, значення ІМТ яких не виходили за межі вікових норм.

Для вирішення мети нами було проведено клініко-анамнестичне обстеження дітей першого року життя та визначення рівня 25(OH)D в сироватці крові. Оцінку забезпеченості вітаміном D здійснювали за класифікацією M.F. Holick et al., 2011.

Серед обстежених пацієнтів переважали хлопчики (65,7%). За віком переважали діти від 3 до 6 місяців (60,5%). Середній вік дітей основної групи становив $5,5 \pm 1,7$ місяців та групи порівняння – $4,9 \pm 2,1$ місяців.

Результати дослідження. Нами встановлено, що зниження рівня вітаміну D відмічалось у дітей з обох груп. Слід зазначити, що недостатність вітаміну D спостерігалась майже вдвічі частіше у дітей основної групи, порівняно з дітьми з групи порівняння. Майже однакова кількість дітей з кожної групи мали дефіцит вітаміну D, тоді як тяжкий дефіцит вітаміну D мав місце лише у дітей, показники ІМТ яких перевищували вікову норму.

Аналіз графіків співвідношення ІМТ до віку у обстежених дітей виявив, що у 36,8% дітей основної групи значення даної величини знаходились між лініями стандартного відхилення вище 1 до 2 включно, у 26,4% пацієнтів - між 2 та 3, у 36,8% - вище 3. Середні значення ІМТ відповідно становили: $19,8 \pm 1,3$ кг/м², $21,2 \pm 0,5$ кг/м² та $22,6 \pm 0,9$ кг/м². При проведенні аналізу щодо забезпеченості вітаміном D залежно від показників ІМТ у дітей основної групи встановлено, що більш виражений ступінь зниження рівня 25(OH)D в сироватці крові спостерігався у дітей зі значеннями ІМТ, що знаходились вище лінії 3 стандартного відхилення, порівняно з дітьми, які мали нижчі цифри цих величин.

Середні значення концентрації 25(OH)D в сироватці крові у дітей основної групи були достовірно зниженими ($45,81 \pm 17,31$ нмоль/л) у порівнянні із показником дітей групи порівняння ($61,22 \pm 18,06$ нмоль/л), $p < 0,05$. Середні значення гідроксिवітаміну D залежали також від показників ІМТ дітей. Так, при середніх значеннях ІМТ - $22,6 \pm 0,9$ кг/м² вміст 25(OH)D в сироватці крові дітей становив $33,18 \pm 11,88$ нмоль/л. Тоді як при показниках ІМТ - $19,8 \pm 1,3$ кг/м² та $21,2 \pm 0,5$ кг/м² рівень гідроксिवітаміну D був достовірно вищим ($50,67 \pm 13,58$ нмоль/л, та $53,41 \pm 14,33$ нмоль/л відповідно), $p < 0,05$. Встановлено зворотній кореляційний зв'язок між рівнем 25(OH)D в сироватці крові та ІМТ ($r = -0,18$, $p = 0,005$).

Висновки. Результати даного дослідження підтвердили неадекватну забезпеченість вітаміном D у переважної більшості хворих вітамін D-дефіцитним рахітом, незважаючи на проведення специфічної профілактики цього захворювання.

ВИЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ГОСТРОЇ ФАЗИ ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ПОЗАГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Токарчук Н.І., Гарлінська Ю.В., Старинець Л.С.

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

Провідне місце в структурі захворюваності серед дітей раннього віку займає патологія органів дихання, а саме позагоспітальна пневмонія. У вивченні даної нозології протягом останніх років вчені досягнули значних успіхів, проте триває пошук сучасних показників гострої фази запалення, які дозволять діагностувати та прогнозувати перебіг захворювання на його ранніх стадіях. Традиційно при запаленні сьогодні визначають рівень С-реактивного білка. Серед мало вивчених маркерів запалення привертає увагу дослідження прокальцитоніну, концентрація якого зростає вже через 2-4 години після проникнення інфекційного агента. Крім того, дані про окремі цитокіни в патогенезі пневмонії у дітей раннього віку – фактор некрозу пухлини (ФНП) – недостатні для впровадження в клінічну практику.

Метою даного дослідження було визначити рівень маркерів гострої фази запалення при позагоспітальній пневмонії у дітей раннього віку.

Матеріали і методи. В дослідженні брали участь 50 дітей віком від 1 місяця до 3-х років, що перебували на лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні з діагнозом «позагоспітальна пневмонія». Всім хворим проводилось клінічне та лабораторне обстеження згідно з наказом МОЗ України №18 від 13.01.2005р. «Протокол лікування дітей з пневмоніями». Крім того, в першу добу їм визначався рівень С-реактивного білка, прокальцитоніну та ФНП.

За результатами проведених обстежень хворі були розділені на 2 групи: перша це 33 хворих (66%) з позагоспітальною пневмонією III ступеня тяжкості, та друга – 17 (34%) перебували на лікуванні з приводу пневмонії IV ступеня тяжкості. Серед пацієнтів хлопчики становили 70%, дівчатка – 30%.

Результати дослідження. При визначенні маркерів активності запального процесу було виявлено, що підвищення рівня С-реактивного білка відмічено у 70% (35 хворих), з них 52% (18) це хворі першої групи, та 48% (17) – всі діти з другої. В середньому рівень С-реактивного білка серед пацієнтів першої групи становив $32,6 \pm 6,37$ мг/л, в другій групі ці показники знаходились на рівні $67,8 \pm 14,65$ мг/л, $p < 0,05$.

Що стосується прокальцитоніну, то підвищення рівня даного маркера відмічалось у 82% випадків (41 хворий). Серед них 58% (24) – діти з першої групи та 42% (17) всі хворі з другої групи. Рівень прокальцитоніну серед хворих першої групи становив $1,7 \pm 0,02$ нг/мл, тоді як в другій групі в середньому складав $2,7 \pm 0,04$ нг/мл, $p < 0,05$.

Зростання рівня ФНП встановлено в 78% випадків (39 хворих), 59% з них (23 дитини) відносились до першої групи і, відповідно, 41% (16) - до другої. В першій групі ФНП знаходився в середньому на рівні $14,4 \pm 2,48$ пг/мл, в другій групі на рівні $37,5 \pm 5,24$ пг/мл, $p < 0,05$.

Висновки. При позагоспітальній пневмонії підвищення рівня С-реактивного білка встановлено у 70% хворих, підвищення рівня прокальцитоніну – у 82% випадків, ФНП – у 78% хворих дітей віком від 1-го місяця до 3-х років. Крім того, достовірне підвищення даних маркерів активності запального процесу відмічалось в групі дітей, хворих на позагоспітальну пневмонію IV ступеня тяжкості.

ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНУ ПРИ ГОСТРОМУ ПІЕЛОНЕФРИТІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Токарчук Н.І., Одарчук І.В., Мургіна М.М.

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

Пієлонефрит на сьогоднішній день є однією з найбільш складних проблем в педіатрії, оскільки пов'язаний не лише з помилками в діагностиці, потребою тривалого лікування, а й тяжкістю ускладнень та прогнозом.

При інфекції сечової системи у дітей нерідко стандартні маркери запалення відсутні чи мають сумнівні рівні. Тому актуальним є використання тестів, які спроможні в гострому періоді захворювання вирішити питання про рівень враження (нирки, сечові шляхи). До таких специфічних маркерів бактеріального запалення відноситься прокальцитонін – прогормон кальцитоніну.

Тому метою нашої роботи було визначити особливості показників лабораторних методів дослідження у дітей раннього віку на підставі вивчення показників активності запального процесу, рівня прокальцитоніну.

Матеріали і методи. Відповідно до поставленої мети та завдань нами обстежено 40 дітей віком від 1 місяця до 3-х років, хворих на гострий пієлонефрит.

Обстежені діти раннього віку основної групи були розподілені на 2 підгрупи, залежно від наявності ВВРСВС (20 дітей із ГП без ознак ВВРСВС та 20 дітей із ГПН на тлі ВВРСВС).

Діагноз ПН амбулаторно був встановлений у більшості дітей (51,85%). Однак у 48,15% дітей захворювання було діагностовано в стаціонарі. Оскільки на момент госпіталізації клінічна картина захворювання проявлялася лише лихоманкою. Причинами розвитку вторинного ПН у дітей раннього віку були гідронефротична трансформація ЧМС (81,48%), міхурово-сечовідний рефлюкс (72,22%), аномалії розвитку сечової системи (подвоєння ЧМС 16,6%), гіпотонія сечової системи (14,81%).

Результати дослідження. Нами проведено аналіз лабораторних показників активності запального процесу залежно від групи обстеження дітей. Так, лейкоцитоз переважав у дітей при вторинному ПН (87,03%). Тоді як підвищення ШОЕ та СРБ відмічались у більшості дітей із первинним ПН (відповідно у 57,4% та 42,59%). Рівень прокальцитоніну був підвищений в обох підгрупах дітей, проте відмічались достовірно вищі результати у дітей із вторинним генезом захворювання. Також нами встановлено, що із збільшенням ступеня активності запального процесу рівень ПКТ в сироватці крові також зростає (I ст. - $0,34 \pm 0,17$ нг/мл, II ст. - $2,45 \pm 0,37$ нг/мл, III ст. - $4,26 \pm 0,35$ нг/мл відповідно). Крім цього, нами також встановлено, що рівень досліджуваного прогормону вищий у дітей із міхурово-сечовідним рефлюксом ($4,41 \pm 0,33$ нг/мл), ніж у малюків без нього ($3,79 \pm 0,45$ нг/мл). Також в ході дослідження нами встановлено, що чутливість прокальцитонінового тесту для діагностики гострого ПН склала 87,3%, а специфічність - 42,4%. В той час як чутливість рівня СРБ складала 83,4%, а от специфічність дорівнювала лише 39,3%.

Висновки. Враховуючи, що показники активності запального процесу при гострому пієлонефриті визначаються лише у 43,6% дітей раннього віку, тоді як рівень ПКТ підвищений у 83,3% обстежених дітей, то рівень даного прогормону можна вважати достовірним маркером запального процесу в нирковій паренхімі.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ВРАЧОМ-ПСИХОЛОГОМ (ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ) ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ: ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

Токарчук А.Ю.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

Психологическое сопровождение и психокоррекционная работа врача-психолога (педагогического психолога) в больничном стационаре является важным звеном построения процесса выздоровления и реабилитации больных. Неоднократно отмечалось, что внутреннее состояние пациентов (а также их близких, родственников), их эмоции, страхи и переживания прямо пропорционально ведут к улучшению или, наоборот, ухудшению общей соматической картины болезни.

Актуальность исследования заключается в определении доминирующих проявлений эмоционального отражения внутренней картины болезни пациента и сравнении их впервые госпитализированных и повторно госпитализированных детей.

Материалы и методы исследования. В проведении исследования участвовали 26 детей, пациенты хирургического корпуса (ургентной, торако-абдоминальной и гнойной хирургии, детской гинекологии, отделение ортопедии и травматологии) Национальной специализированной детской больницы «ОХМАТДЕТ».

Исследуемые были разделены на 3 клинические группы. I группу составили 8 пациентов из разных отделений, которым психологические консультации и медико-психологическое сопровождение врачом-психологом (педагогическим психологом) не предоставлялись во время пребывания в стационаре. II (8 детей) и III группу (10 детей) составили пациенты, получавшие медико-психологическое сопровождение. Вторую группу составили пациенты, попавшие в больницу впервые, а II группу - повторно госпитализированные дети, которые уже не в первый раз находятся на лечении в стационаре.

Пациентам II и III группы предоставлялась психологическая поддержка в виде психологического сопровождения, консультативных бесед в период от предоперационной подготовки (2-3 дня) до послеоперационной реабилитации (2-3 дня).

Пациенты всех групп решали тестовые и проективные методики, позволявшие выявить депрессивные и тревожные проявления во время пребывания в больнице, а также ряд других внутренних проблем.

Результаты исследования. Определилось, что тревога и депрессия стали доминирующими проявлениями в поведении, также у большинства пациентов встречались агрессивно-демонстративные проявления поведения, нарушение ролей в детско-родительских отношениях и общесоциальная дезадаптация.

По показателям тестовой методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге во всех трех группах уровень депрессии снизился: I группа - на 2,93%; II группа - на 4,6% и III группа - на 5,6%. По показателям тестовой методики диагностики самооценки тревожности Спилберга-Ханина реактивная тревожность снизилась на: I группа - 7,2%; II группа - 19% и III группа - 0,4%. Показатели личностной тревожности уменьшились на: I группа - 6,14%; II группа - 12,26% и III группа - 8,5%.

Выводы. По результатам проведенного исследования выявлено, что у большинства впервые госпитализированных детей преобладают демонстративно-тревожные проявления поведения, в то время как у детей с «былым опытом», то есть у повторно госпитализированных пациентов, - депрессивно-пессимистические характеристики собственного поведения.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ НА ФОНІ ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ Д У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ХВОРОБИ

Тяжка О. В., Сельська З. В.

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

З огляду на те, що поширеність алергічних захворювань невинно зростає серед дорослого та дитячого населення, на сьогодні для науковців та практикуючих лікарів не втрачає актуальності проблема щодо досягнення шляхів оптимізації профілактичних заходів та підвищення ефективності лікування цих захворювань. В результаті багаточисельних досліджень відомо, що недостатній рівень вітаміну Д в організмі людини може зумовити розвиток багатьох хвороб, в тому числі й алергічних. Тому **метою** нашого дослідження було вивчити доцільність використання препаратів вітаміну Д у комплексній терапії алергічних захворювань у різні періоди хвороби.

Матеріали та методи. Нами обстежено 53 хворих дітей з алергічними захворюваннями такими як бронхіальна астма, atopічний дерматит та алергічний риніт. Обстежувані діти були віком від 3 до 16-и років. Визначення 25(ОН)Д проводили за допомогою електрохемілюмінесцентного методу. Оцінка забезпеченості вітаміном Д проводилась відповідно до класифікації M.F. Holick et al (2011 р.), згідно з якою дефіцит вітаміну Д встановлюється при рівні 25(ОН)Д в сироватці крові нижче 50 нмоль/л, недостатність вітаміну Д діагностується при рівнях 25(ОН)Д між 75-50 нмоль/л; концентрація 25(ОН)Д від 75 до 150 нмоль/л вважається в межах норми.

Результати дослідження. У 53 дітей (100%), яким визначався рівень вітаміну Д в сироватці крові, було встановлено дефіцит 25(ОН)Д (середній показник становив 22,54 нмоль/л). Лікування вітаміном Д проведено у 37 дітей з алергічними хворобами, препарат входив до комплексної терапії цих захворювань. У хворих дітей, яким призначався вітамін Д, середній показник цього вітаміну в сироватці крові до лікування становив 21,51 нмоль/л. В період прийому вітаміну Д 17 дітей перебували в періоді ремісії захворювання, 20 дітей мали епізоди загострення хвороби. Пацієнти отримували 2000 МО водорозчинного вітаміну Д3 щодня протягом 2 місяців. Після зазначеного курсу лікування вітаміном Д у 32 дітей рівень вітаміну Д залишився в межах показника дефіциту, у 5 дітей встановлена недостатність та у жодної дитини не вдалося досягнути нормального рівня вітаміну Д в сироватці крові (середній показник становив 36,54 нмоль/л). Загальний приріст рівня вітаміну Д в сироватці крові у дітей, які були в ремісії захворювання та ті, які мали періоди загострення відповідно становив 26,23 нмоль/л та 6,89 нмоль/л, спостерігався незначний приріст рівня вітаміну Д в сироватці крові у дітей, які мали епізоди загострення хвороби. Відмічено, що у двох дітей, які мали загострення бронхіальної астми та тривало хворіють, постійно користуючись інгаляційними глюкокортикостероїдами, підвищення рівня вітаміну Д в сироватці крові не було зовсім. При опитуванні усіх хворих виявлено, що впродовж проводимої терапії препаратом вітаміну Д загострення захворювання перебігали у легшій формі та менш тривало, ніж до призначення цього вітаміну у комплексній терапії.

Висновки. Отже можна припустити, що у дітей з алергічними захворюваннями в періоді загострення хвороби можуть збільшуватись потреби у надходженні вітаміну Д в організм, який використовується на зменшення розвитку алергічного запалення. Це потребує введення адекватної дози вітаміну Д для цієї групи пацієнтів в комплексній терапії алергічних захворювань.

НАСЛІДКИ СТЕРОЇДОРЕЗИСТЕНТНОГО НЕФРОТИЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Фоміна С.П., Багдасарова І.В., Непомнящий В.М.

ДУ «Інститут нефрології Національної академії медичних наук України», м. Київ

Мета роботи – вивчити наслідки нефротичного синдрому (НС) у дітей, які отримали імунотропну терапію, залежно від гістологічної форми захворювання.

Матеріали і методи. В дослідження включено 88 пацієнтів (медіана віку 10 років, квадрилі - 7;14). У всіх дітей діагностовано НС, згідно з прийнятим Протоколом вони отримали імунотропне лікування (глюкокортикостероїди та цитостатичні агенти), яке підтвердило наявність стероїдорезистентності. В процесі спостереження під час терапії для уточнення гістологічного діагнозу виконано пункційну нефробиопсію. Гістопрепарати вивчені світлооптично (товщина зрізів 2-3 км, фарбування гематоксиліном, еозином, PAS, PAMS, трихромом) і за допомогою імунофлуоресценції (заморожені зрізи завтовшки 4 мкм, мічені FITC антитілами до IgA, IgG, IgM, легкими ланцюгами каппа і лямбда, C1q, C3, альбуміном і фібриногеном) при середній кількості клубочків 23±6 (від 5 до 55). Наслідки терапії оцінені через 24 місяці після її завершення як ремісія (повна чи часткова), торпідний перебіг (збереження активності НС без ознак прогресування), розвиток хронічної хвороби нирок III і вище стадії (швидкість клубочкової фільтрації <60 мл/хв./м² – ХНН: хронічна ниркова недостатність).

Результати дослідження. При гістологічному дослідженні визначено переважання фокально-сегментарного гломерулосклерозу (ФСГС: 40/45.4%) за рахунок варіантів «NOS» і «tip lesion» (16 та 13 пацієнтів, відповідно). В 21/23.8% випадків документовано мезангіальну проліферацію (МзПГН: мезангіально-проліферативний гломерулонефрит), 13/14.8% - мінімальні зміни (ХМЗ: хвороба мінімальних змін), 10/11.4% - ІgА-нефропатію, по 2/2.3% - мембранопрولیферативний та мембранозний гломерулонефрит (МПГН та МГН). У хворих на НС, спричинений ФСГС, ремісії було досягнуто в 17/42.5%, а в 11/27.5% - захворювання прогресувало до ХНН (у 6-ти з цих пацієнтів підтверджено сімейний НС, у 2-х - колапсуючий варіант). При ХМЗ наслідки були більш сприятливі - ремісія в 9/69.2% випадках, ХНН - тільки в 1/7.7%. Неоднозначні дані отримано при ІgА-нефропатії з НС, за якої ремісію документовано в 5/50.0% спостереженнях, а ХНН - в 4/40.0%. МзПГН призвів до ХНН у 5/23.8% хворих, ремісію визначено у 7/33.3%. При МГН ХНН діагностовано у 1/50.0% випадку. У решти пацієнтів (28/31.8%) суттєвого покращення на фоні терапії та протягом 24 місяців по її завершенню не визначено - у них зберігався торпідний перебіг (найчастіше за умови МПГН: 2/100%; МзПГН: 9/43.9%; ФСГС: 12/30.0%).

Висновки. При стероїдорезистентному НС імунотропна терапія відтерміновано сприяє досягненню ремісії і більш ефективна у дітей, які мають ХМЗ та ФСГС (виключаючи його колапсуючий варіант і вторинний процес). В інших випадках використання імунотропних препаратів не виключає можливості уповільнення темпів прогресування захворювання, але наслідки його неоднозначні.

ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ З НЕФРОТИЧНИМ СИНДРОМОМ, ПРИ СУПУТНЬОМУ ВІРУСНОМУ ГЕПАТИТІ В

Фоміна С.П., Багдасарова І.В., Лавренчук О.В.

ДУ «Інститут нефрології Національної академії медичних наук України», м. Київ

Мета роботи - оцінити ефективність імунотропної та протівірусної терапії у дітей, хворих на гломерулонефрит з нефротичним синдромом (НС), у яких діагностовано вірусний гепатит В у фазі реплікації.

Матеріали і методи. Дослідження проведено у 12 хворих з НС (вік від 8 до 15 років). При першому епізоді захворювання пацієнти отримали монотерапію глюкокортикостероїдами (ГК), яка включала індукцію (преднізолон в дозі 1.5-2 мг/кг/д 8 тижнів) та підтримуючу терапію (протягом 8-10 місяців).

Результати дослідження. У всіх випадках було визначено стероїдоочутливість (нормалізація клініко-лабораторних показників до 6 тижня терапії), але після завершення програми терапії в термін від 1 до 12 місяців у хворих документовано рецидив НС. Повторне лікування СЧ НС згідно з Протоколом передбачає призначення ГК в максимальній дозі протягом 6 тижнів з наступним закріпленням ремісії цитостатичними агентами. Але проведене на 6-му тижні повторної терапії ГК профілактичне обстеження хворих (вже з досягнутою на той момент ремісією НС, без специфічних скарг або цитолізу) визначило наявність вірусного гепатиту В в фазі реплікації (ІgМ НВсorAg+, НВеAg+, DNA HBV+). На попередніх етапах спостереження досліджень щодо інфікованості гепатотропними вірусами у дітей не проводили через відсутність показань. Реплікація вірусу змусила переглянути план ведення хворих - залежно від обраного протоколу виділено групи (метод випадкового відбору) А (n=8) та Б (n=6). В групі А пацієнти протягом 12 місяців отримали традиційну для 1-го рецидиву НС імуносупресію алкілюючим агентом (хлорбутин, кумулятивна доза 35-40 мг/кг) на фоні підтримуючої дози ГК та протівірусну терапію аномальними нуклеозидами (лавімудин, 100 мг/д). В групі Б для лікування НС застосовано селективний імуносупресант (Мікофенолату мофетил, 500 мг/м²/д протягом 12 місяців) з корекцією підтримуючого режиму ГК (скорочення до 6 місяців) та призначенням препарату з комбінованою протівірусною активністю Біцикллол (50 мг/д протягом 6 місяців) (Патент UA 83333). Тривалість спостереження склала 18 місяців від початку протівірусної терапії.

Через 6 місяців лікування сероконверсію НВеAg документовано в 50.0% випадків (4 пацієнти) в групі А та 33.4% (2 дітей) - в групі Б. Протягом наступних 12 місяців кількість хворих з антитілами до НВеAg зменшилася вдвічі (група А: 25.0%; група Б: 16.7%), вірусологічний рецидив визначено у однієї дитини з групи Б та двох - з групи А. В той же час в частині випадків ремісія НС виявилася нестійкою, і на момент завершення дослідження рецидив НС зафіксовано в групі А у 5-ти дітей (62.5%), тоді як в групі Б - у жодного (p=0.028). Побічні реакції під час комбінованої терапії зареєстровано частіше в групі А: цитоліз - АлТ від 2 до 5-ти норм (75.0% проти 33.4% в групі Б), анемія легкого ступеня (37.5% та 16.7% відповідно), лейкопенія (37.5% та 0% відповідно).

Висновки. Отримані дані свідчать про подібність вірусологічної відповіді на протівірусну терапію препаратом Біцикллол та лавімудином у імуноскомпроментованих дітей, а поєднання протівірусної терапії з селективними імуносупресантами, незважаючи на скорочення терміну призначення ГК, сприяє закріпленню ремісії НС та зменшує кількість побічних реакцій.

КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЕНЕРГОДЕФІЦИТУ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Фофанова О.В., Боднар О.П., Осадець Н.Б., Юрцева А.П.

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

Останнім часом значна увага приділяється патогенетичним механізмам метаболічних порушень при БА у дітей, які значно зменшують ефективність базисної ступеневої терапії. Встановлено, що вільні радикали, які надлишково утворюються за оксидативного стресу в дихальних шляхах, можуть брати участь у розвитку бронхоспазму при загостренні БА. Це, в свою чергу, зумовлює підвищення проникності біологічних мембран та активації ліпопероксидації. Метаболічні порушення і енергодефіцит, який розвивається внаслідок цих порушень, викликають порушення функції інших органів і систем, в першу чергу серцево-судинної. Тому в останні роки зростає інтерес до метаболічної терапії, зокрема до застосування ендogenous регуляторів енергетичного обміну.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності енерготропного метаболічного препарату «Кардонат» та мультивітамінного препарату «Піковіт Омега» у дітей з БА.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 73 дітей віком від 5 до 12 років. У 58 з них діагностована БА середнього ступеня тяжкості, у 15 - тяжкого ступеня. Дітей поділено на 2 групи, першу - склали 40 хворих, які одержували базисну терапію, другу - 33 хворих, яким в комплекс лікування включали Кардонат і Піковіт-Омега 3. Контрольну групу склали 20 здорових дітей того ж віку.

Усім хворим проводили загальноклінічні, імунологічні та інструментальні дослідження. Визначали вміст первинних (дієнових кон'югатів) та вторинних (тіобарбітурово-кислотних активних - ТБК-АП) продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). Стан антиоксидантного захисту (АОЗ) визначали за активністю ферментів глутатіонового блоку (глутатіонпероксидази і глутатіонредуктази), які є найважливішими елементами системи АОЗ. Рівень метаболітів енергетичного обміну оцінювали шляхом визначення концентрації пірувату, лактату, вмісту АТФ в сироватці крові. Клінічними проявами метаболічних порушень у дітей з БА були скарги на підвищену втомлюваність і знижену працездатність, неприємні відчуття і періодичні болі в ділянці серця, головний біль, запаморочення, порушення сну.

Результати дослідження. У 86,7% обстежених встановлені зміни на ЕКГ, з яких найчастішими були гіпоксія міокарда, синусова брадикардія, тахікардія, дифузні зміни в міокарді з порушеннями процесів реполяризації, екстрасистоля, порушення внутрішньошлуночкової провідності. Полівітамінний комплекс Піковіт Омега 3 (KRKA, Словенія), крім широкого спектру вітамінів, містить поліненасичені жирні кислоти (ω -3 ПНЖК) - ейкозапентаєнову та докозагексаєнову кислоти (ДГК), які мають виражену антиоксидантну дію. Препарат призначали по 1 ч. ложці 1 раз на добу вранці після прийому їжі, попередньо розчинивши в 100 мл води або соку. Застосовували протягом 1 місяця в після приступному періоді. Кардонат - вітчизняний комбінований препарат, який містить карнітин, коферменти вітамінів групи В та амінокислоту лізін призначали по 1 капсулі 2 рази на добу протягом 3-4 тижнів.

Висновки. Отримані нами дані свідчать про позитивну клінічну динаміку у дітей з БА, які одержували кардонат. У 72,7% дітей достовірно зменшилась частота нападів болю у ділянці серця, втоми, головного болю в порівнянні з групою дітей, які одержували лише базисну терапію. У 78,8% дітей на ЕКГ відмічено покращення обмінних процесів в міокарді, зокрема покращення процесів реполяризації і провідності. Під впливом метаболічної терапії відмічено достовірне зниження первинних та вторинних продуктів ПОЛ, підвищення активності антиоксидантних ферментів і вмісту АТФ у порівнянні з дітьми, які одержували лише базисну терапію.

ЕКОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ВПЛИВУ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Фролова Т.В., Охупкіна О.В., Терещенкова І.І., Сіняєва І.Р.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Зростаючий організм має низьку стійкість до дії шкідливих факторів оточуючого середовища. Деякі науковці вказують на залежність процесів зросту дитячого організму від ступеня забруднення навколишнього середовища. Вивчення впливу екологічних факторів на фізичний розвиток (ФР) та моніторинг змін його показників залежно від екологічних умов регіону проживання дитини дозволять розробити та впровадити комплекс профілактичних заходів щодо їх порушень.

Метою дослідження було встановлення особливостей фізичного розвитку у дітей та підлітків в залежності від екологічного стану району мешкання дитини.

Матеріали і методи. Методом експедиційних обстежень організованих колективів обстежено 2600 дітей віком 7-17 років. Групи дітей були стратифіковані за ознаками віку, статі та екологічної характеристики району: до екологічно сприятливого району (I) увійшло 676 дітей; до умовно несприятливих районів (II) - 1291 дитина та до екологічно несприятливого району (III) - 633 дітей. Програма обстеження дітей включала: антропометрію, вивчення аліментарного забезпечення нутрієнтного гомеостазу, визначення есенціальних та

умовно-токсичних мікроелементів (МЕ) у волоссі. Усі дослідження проведено з урахуванням міжнародних біотичних стандартів.

Результати дослідження. Аналіз результатів дослідження МЕ складу волосся показав, що у дітей I групи мінеральний профіль характеризується дисбалансом есенціальних МЕ, зокрема кальцію, магнію та цинку на тлі незначного збільшення кобальту, хрому та стронцію (не більше, ніж на 15%). У дітей II групи відбувається дисбаланс МЕ за рахунок збільшення умовно-токсичних МЕ, зокрема стронцію більш ніж на 20% та свинцю не більше, ніж на 13%. Діти III групи мають значний дефіцит есенціальних МЕ та накопичення стронцію більш ніж на 40%, свинцю - на 30%, алюмінію - на 30% та інших умовно-токсичних елементів.

На підставі аналізу показника зросту в групах обстежених дітей доведено, що екологічний вплив на цей показник має чіткі гендерні особливості. Так, у хлопчиків збільшення показників лінійного зросту у всі вікові періоди достовірно вищий у дітей III, ніж у дітей I та II груп ($p < 0,05$). Встановлено, що у хлопчиків з несприятливо екологічних районів ступінь прибавки лінійного зросту має кореляційну залежність від ступеня накопичення умовно-токсичних МЕ ($r = 0,72$). Аналіз показників лінійного зросту дівчаток 7 - 14 років достовірних відмінностей не показав. Проте у 15-17 років встановлені достовірні відмінності збільшення зросту дівчаток III на відміну від I групи ($p < 0,05$).

Аналіз взаємозв'язку маси тіла дітей від показників екологічної характеристики району виявив, що як у хлопчиків, так і у дівчаток до початку пубертатного віку достовірні відмінності відсутні ($p > 0,05$). У пубертатному періоді маса як хлопчиків, так і дівчаток III групи нижче показників дітей I та II груп та нижче вікових нормативів щодо ФР дитячого населення Харківського регіону ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, несприятливе екологічне становище призводить до збільшення показників лінійного зросту, що пояснюється біостимулюючим гетерозисоподібним ефектом хімічних сполук промисловості, які забруднюють навколишнє середовище, що на тлі зменшення маси тіла призводить до дисбалансу процесів приросту показників ФР, впливає на здоров'я дитини в цілому та потребує розробки комплексу профілактичних заходів.

ДІАГНОСТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ ДОМАШНЬОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Хайтович М.В., Лабунька О.В., Прохорович Т.П., Місюра Л.І.

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

Актуальність. Артеріальний тиск (АТ) — інтегральний показник фізіологічних проявів організму, який залежить від фізичного розвитку і взаємодії серцево-судинної, нервової, ендокринної систем та є одним з критеріїв, що відображає його функціональний стан. В останні десятиліття у зв'язку з появою нових методів дослідження АТ, з'явилися відомості про його особливості при вимірюванні у пацієнтів поза стінами лікувального закладу. Доведено, що у більшості обстежуваних АТ, при вимірюванні у стінах лікувально-профілактичного закладу («офісний» АТ), істотно вищий, ніж у звичній для людини обстановці. Особливо це стосується дітей та підлітків, серед них артеріальна гіпертензія (АГ) «білого халата» зустрічається досить часто, адже в стресових ситуаціях АТ підвищується.

Останні дослідження показали, що у дорослих домашнє (самостійне) моніторування АТ (ДомМАТ) за точністю прирівнюється до добового моніторування АТ (ДМАТ) і має велике діагностичне значення.

Метою роботи було визначити діагностичні можливості ДомМАТ для діагностики АГ у дітей та підлітків.

Матеріал та методи. Було обстежено 34 дитини (30 хлопчиків і 4 дівчаток) віком від 10 до 17 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Центрі діагностики та корекції вегетативних дисфункцій у дітей. АТ оцінювався за даними «офісного» вимірювання та ДомМАТ, у 8 дітей – також за допомогою ДМАТ. Серед обстежених у 12 хлопчиків діагностовано вегетативну дисфункцію із пароксизмальною вегетативною недостатністю (1 група), у 22 дітей (18 хлопчиків і 4 дівчаток) зареєстровано підвищений АТ (2 група): у 13 дітей діагностовано стабільну АГ, у 3 - лабільну АГ, у 6 - вегето-судинну дисфункцію за гіпертензивним типом (ВСД).

ДомМАТ здійснювалось попередньо проінструктованими батьками. Для цього АТ вимірювали протягом тижня за допомогою напівавтоматичного апарату з плечовою манжеткою вранці та ввечері, щоразу вимірюючи АТ двічі з інтервалом в 1 хвилину. Дані вносили до спеціально розробленої таблиці. Для оцінки результатів ДомМАТ розраховували середній АТ за результатами всіх вимірювань, викидаючи показники першого дня. ДМАТ проводили із використанням моніторів АТ АВРМ-04 ("Meditach", Угорщина) за стандартною методикою.

Результати дослідження. У дітей 1 групи за даними «офісного» вимірювання АТ відповідав віковій нормі, згідно ДомМАТ у 7 пацієнтів АТ відповідав нормальним значенням, у 5 - високому нормальному АТ.

Серед дітей 2 групи за результатами ДомМАТ у 2 пацієнтів (лише хлопчики із ВСД і лабільною АГ) АТ відповідав нормальним значенням, у 8 (4 дівчаток та 4 хлопчиків із ВСД або лабільною АГ) - високому нормальному АТ, у 12 (хлопчики із стабільною АГ) – артеріальній гіпертензії.

Висновки. Отже, у 2 дітей згідно з ДомМАТ виявлено гіпертензію «білого халата». Доведено, що метод ДомМАТ є високо специфічним для діагностики АГ, досить чутливий для діагностики передгіпертензії і може бути використаний для діагностики на догоспітальному етапі та для оцінки ефективності терапії, особливо враховуючи значно меншу вартість методу ДомМАТ порівняно з методом добового моніторування АТ. Але необхідно зазначити, що метод ДомМАТ потребує попереднього інструктування батьків, а також необхідно розробити критерії лабільної АГ згідно з даним методом.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ЛАБІЛЬНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

Хайтович М.В., Місюра Л.І., Прохорович Т.П.

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

Своєчасна діагностика підвищеного артеріального тиску (АТ) у дітей в наш час набула великого значення, оскільки відмічається суттєве «помолодшання» артеріальної гіпертензії (АГ), ранній розвиток її ускладнень. Якщо діагностика стабільної форми АГ не є проблематичною, то лабільна АГ часто упускається або сприймається як вегето-судинна дисфункція, і в результаті неадекватної терапії це веде до прогресування захворювання.

Необхідно зазначити, що лабільна форма АГ відсутня в рекомендаціях The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents (2004) та Європейського товариства гіпертензії щодо менеджменту високого артеріального тиску у дітей та підлітків (2009), однак зберігається у рекомендаціях експертів Всеросійського наукового товариства кардіологів та Асоціації дитячих кардіологів Росії з діагностики, лікування та профілактики артеріальної гіпертензії у дітей та підлітків (2008).

В Україні лабільна АГ включена до класифікації первинної АГ у дітей та підлітків, затвердженій на III Конгресі педіатрів України 17-19 жовтня 2006 року. Цьому сприяло широке впровадження в педіатричну практику України методу добового моніторування АТ (ДМАТ). З'явилась можливість виділити окремо пацієнтів, у яких в середньому за добу (день або ніч) АТ був нижчий за значення 95 процентилю відповідно віку, статі та зросту, однак окремі вимірювання перевищували даний показник і їх кількість (індекс часу) був більше 25%.

В подальшому результати, в т.ч. наших досліджень, довели, що у підлітків із лабільною АГ товщина каротидного комплексу інтимедіа перевищує значення у здорових однолітків і в середньому не відрізняється від показника у хворих на стабільну форму захворювання. Параметри якості життя (за даними SF-36) у дітей із лабільною АГ суттєво нижчі, ніж у здорових школярів. Також у хворих на лабільну АГ в крові визначаються активні «судинні» форми матриксних металопротеїназ і практично з такою ж частотою, як і при стабільній формі захворювання, виявляється гіпертензивна гіпертрофія міокарда лівого шлуночка.

У випадку якщо добове моніторування АТ не доступне, можна для діагностики лабільної АГ у дітей застосувати домашнє (самостійне моніторування) АТ. Відомо, що даний метод характеризується високою повторюваністю (відтворюваністю) вимірювань, здатністю передбачати наявність і прогресування пошкоджень органів - мішеней і ризику серцево - судинних ускладнень краще «офісного» АТ. Домашнє вимірювання АТ надає інформацію стосовно його "істинних" цифр, це дозволяє уникнути ефекту "білого халата". При цьому лабільна форма АГ діагностується за тими ж самими критеріями, що і при ДМАТ: розраховується індекс часу гіпертензії і при його значенні більше 25%, при умові, що в середньому АТ за результатами всіх вимірювань, за винятком 1 дня, менше 95 перцентиля АТ відповідно зросту дитини, встановлюється лабільна АГ.

Отже своєчасна діагностика лабільної АГ дозволяє виявляти «масковану» форму захворювання і є передумовою попередження стабілізації АГ та виникнення серцево-судинних ускладнень. При неможливості проведення добового моніторування артеріального тиску у дітей із його нестабільним підвищенням, доцільно застосовувати метод домашнього моніторування АТ, діагностичним критерієм лабільної АГ при цьому слід вважати індекс часу гіпертензії більше 25%.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПОСЛІДОВНОЇ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

**Ходаківська С.П., Лукашук В.Д., Бовкун О.А.,
Дмитришин Б.Я., Головатюк Л.М., Лукашук І.В., Баб'як В.І., Єсіпова С.І.**

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

Антигелікобактерна терапія (АГБТ) складає основу лікування хронічного гастродуоденіту (ХГД), асоційованого з *Helicobacter pylori* (Hр). Показник ефективності стандартних схем АГБТ знижується, тому що зростає резистентність Hр до антибіотиків. Основним напрямком подолання резистентності до Hр є новітня методика послідовної АГБТ.

Мета дослідження — вивчити ефективність модифікованої схеми послідовної антигелікобактерної терапії на основі включення препарату вісмуту у дітей з ХГД.

Матеріали та методи. Обстежено 195 дітей з ХГД, асоційованим з Hр, віком 7-16 років. У дослідження включали тільки тих дітей, у яких фіброгастродуоденоскопія була необхідною діагностичною процедурою. Серед обстежених було 101 (51,8%) дівчаток та 94 (48,2%) хлопчиків. Обстежено 30 здорових дітей цього ж віку. Діагноз базувався на клініко-анамнестичних даних та комплексному інструментально-лабораторному обстеженні. Для виявлення Hр-інфікування використовували: швидкий уреазний тест, гістологічне дослідження біоптатів, визначали в сироватці крові сумарні антитіла до антигену Hр (IgG) та антитіла CagA Hр (IgG) за тест-системою "ХелікоБест-антитіла" (Росія), визначали антигени Hр у випорожненнях (HрSA, stool-test) за тест-системою «FemtoLab Hр» (Німеччина).

Для оцінки ефективності лікування в залежності від варіанту АГБТ було сформовано 3 групи. Основну групу (I група) склали 57 дітей, які отримували послідовну АГБТ: спочатку 5-денний подвійний комплекс (препарат вісмуту + амоксицилін), а в подальшому – 5-денний з чотирьох складових (ранітидин + амоксицилін + препарат вісмуту + кларитроміцин); тривалість лікування – 10 днів. II група – 50 дітей отримували послідовну ерадикаційну терапію: спочатку 5-денний подвійний комплекс (ранітидин + амоксицилін), а в подальшому – 5-денний комплекс (ранітидин + амоксицилін + кларитроміцин); тривалість лікування – 10 днів. Групу порівняння (III група) склали 63 дітей – отримували потрібну АГБТ тривалістю 7 днів. Залежно від варіанту останньої їх розподілено на 2 лікувальні групи порівняння: III-1(л) група – 32 хворих – ранітидин + амоксицилін + кларитроміцин; III-2(л) група – 31 хворий – омепразол + амоксицилін + кларитроміцин. Групу контролю (IV група) склали 10 хворих на ХГД, асоційований з Нр, яким ерадикацію не проводили.

Результати дослідження. Для оцінки ефективності АГБТ вивчали вплив на динаміку клінічних проявів, нормалізацію показників гастропротекції, а також аналізували чинники, що могли вплинути на досягнення ерадикації. Ефективність ерадикації Нр зазначених схем оцінювали за відсутністю у випорожненнях Нр антигенів НрSA-методом через 1 міс. після лікування, через 12 місяців та 1 і 2 роки. В I групі ерадикація була успішною у 87,7% хворих, у 7 не досягнуто ерадикації Нр; показник ерадикації в II групі склав 84%. В контрольній групі після лікування всі 25 дітей залишалися Нр-позитивними. При аналізі ефективності лікування залежно від варіанту потрібної схеми АГБТ встановлено, що найвища ефективність ерадикації Нр виявлена у III-1(л) групі – становить 78,1%. Спостереження через 1 та 2 роки показали, що у дітей I групи повторне інфікування становило 18,5% та 23% відповідно. Ці показники були достовірно вищими у дітей II групи – 36,5% та 40,1% відповідно.

Висновки. В підсумку можна зробити висновок, що найвищу ефективність АГБТ у дітей з ХГД, асоційованим з Нр, забезпечує послідовна 10-денна терапія з включенням препарату вісмуту.

ГАСТРОШИЗИС: ФАКТОРИ РИЗИКУ, ОСОБЛИВОСТІ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Хоптяна О.І., Маціпура М.М.

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

Актуальність: Вроджені вади розвитку є однією з основних причин перинатальної та ранньої дитячої смертності, викликаючи серйозні медико-соціальні проблеми в суспільстві. Відомо, що 40-50% дітей з аномаліями розвитку може бути збережено життя при своєчасній діагностиці та хірургічній корекції вродженого дефекту у плода та новонародженої дитини в перші години життя. Вроджені вади розвитку шлунково-кишкового тракту і передньої черевної стінки зустрічаються з частотою 13-26 на 10000 живонароджених дітей, гастрошизис з частотою 2,5 - 5,0 на 10 000 живонароджених дітей. У структурі всіх вроджених аномалій вони досягають 29,1%, займаючи третє місце. Діагностика вад розвитку передньої черевної стінки складається з ультразвукового методу дослідження стану плода та біохімічного пренатального скринінга. Однак інтерпретація отриманих даних в більшості випадків утруднена.

Мета. Виявити найбільш значимі фактори ризику для розвитку гастрошизису у плода та дослідити прогностичну цінність альфа-фетопротейну для пренатальної діагностики гастрошизису у плода.

Матеріали та методи. Робота проводилась на базі ВОЛ ім.Пирогова, ВМКПБ №1 та ВОДЛ.

Проведено ретроспективне вивчення 15 індивідуальних карт вагітних (плоди яких мали ваду розвитку передньої черевної стінки – гастрошизис) в період з 2003 по 2013 роки (останні 10 років). Здійснювалось ретроспективне дослідження історій хвороб дітей з гастрошизисом, які знаходились на лікуванні в ОДЛ за останні 10 років. Також проводилось анамнестичне дослідження, яке включало розмову з батьками, діти яких знаходились на лікуванні гастрошизису в ОДЛ в кількості 6 випадків протягом останніх 3 років.

Результати. В результаті порівняльного аналізу основних факторів ризику щодо розвитку гастрошизису (інфекції сечостатевої системи, вік матері, паління, наркоманія і алкоголізм, вживання НПЗП під час вагітності, нераціональне харчування вагітної) перше місце займає комбінація двох факторів: інфекції сечовидільної системи та інфекції, що передаються статевим шляхом - 52% (n=15). Ізольовано інфекції сечовидільної системи зустрічались у 20% випадків (n=3), інфекції, що передаються статевим шляхом відповідно у 32% (n=5). При аналізі структури інфекцій, що передаються статевим шляхом отримано такі дані: хламідійна інфекція була у 21% жінок, трихомоніаз відповідно у 15% випадків, бактеріальний вагіноз у 68% вагітних, неспецифічні інфекції у 81%. випадків.

Висновки. В результаті дослідження найвагомим фактором ризику щодо виникнення гастрошизису є комбінація інфекції сечовивідних шляхів та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Дослідження основних факторів ризику розвитку гастрошизису дозволяє з більшою вірогідністю прогнозувати виникнення даної патології у плода. Комплексна пренатальна діагностика даної патології дозволяє пролонгувати вагітність, вибрати раціональний спосіб родорозрішення (самостійні пологи або кесарів розтин), а також зменшити терміни надання спеціалізованої хірургічної допомоги новонародженому.

ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБНОГО СПЕКТРУ ПНЕВМОНІЇ, УСКЛАДНЕНОЇ ГНІЙНИМ ЕНДОБРОНХІТОМ, У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЬ У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Цимбаліста О.Л.* , Семкович М.Я.* , Семкович Я.В.* , Вовк З.В.* , Вальчишин В.П. , Курташ О.О.****

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

Матеріали і методи. Обстежено 289 дітей віком від двох місяців до трьох років, хворих на ускладнену пневмонію, які лікувались у відділенні інтенсивної терапії впродовж останніх трьох років. Пацієнти поступали в стаціонар у тяжкому та вкрай тяжкому стані, зумовленому ендogenous інтоксикацією, проявами дихальної недостатності на тлі токсичного синдрому та гнійного ендобронхіту, що відповідало III - V ступеню тяжкості пневмонії в обстежених пацієнтів (PSI=85-150 балів).

Результати дослідження. Серед обстежених дітей, хворих на ускладнену пневмонію, діагностовано токсичний синдром у 44,6% (129 дітей), а у 55,4% випадках (160 дітей) виявлено гнійний ендобронхіт. Домінуючі ускладнення пневмонії частіше спостерігались у дітей першого року життя: 53,7% і 52,9%, 1-3 роки – 46,3% і 47,6% при токсичному синдромі та гнійному ендобронхіті відповідно (p>0,05).

Основним фактором ризику і причиною ускладненої пневмонії у дітей було неадекватне лікування до часу надходження у ОДКЛ та пізні звернення батьків за медичною допомогою. Внаслідок тяжкого перебігу пневмонії (через прогресування ендogenous інтоксикації, розладів дихання за шунто-дифузійним та обструктивно-констриктивним типом), більшість дітей госпіталізовано у перші три дні від початку захворювання. Серед клініко-рентгенологічних форм переважали двобічні пневмонії (83,1%), рідше долеві – у 43 (14,9%). У дітей з гнійним ендобронхітом при проведенні мікробного моніторингу позитивні посіви аспірату отримано у більш як половини з них (60,9%), із незначною перевагою у немовлят (53,2%), порівняно з дітьми другого-третього року життя (46,8%). Основними патогенами розвитку пневмонії у дітей раннього віку є грам-позитивні коки: Streptococcus pneumoniae (53,2%) та Staphylococcus aureus (46,8%) з явною перевагою у дітей другого – третього року життя. Доволі часто висівалися грамнегативні бактерії: Pseudomonas aeruginosae (38,1%), рідше – Haemophilus influenzae (16,8%), Klebsiella pneumoniae (11,0%), Escherichia coli (11,2%). Участь грамнегативних бактерій у розвитку пневмонії переважала у дітей другого-третього року життя. Інвазія грибами роду Candida нижніх дихальних шляхів діагностована у 24,7% випадків. Активізація грибкової флори притаманна дітям, які в анамнезі мали епізоди респіраторних захворювань з тенденцією до збільшення їх частоти у дітей другого – третього року життя (15,6%), проти 9,8% у дітей до року. Важливо зазначити, що у 21,3% випадків була мікстинфекція при позитивних бактеріологічних дослідженнях. Серед останніх переважали: Haemophilus Influenzae і Staphylococcus aureus – (11,2%), Pseudomonas aeruginosae завжди у поєднанні з Candida (25,8%), Staphylococcus aureus і Candida albicans (3,1%).

Висновки. Аналіз антибіограми виявив високу чутливість збудників до інгібітор-захищених пеніцилінів, цефалоспоринів IV покоління, карбапенемів. Спостерігається висока резистентність більшості збудників до цефалоспоринів III покоління, азитроміцину. Заслужує на увагу особливо висока резистентність грам-негативних збудників до більшості антибіотиків. Гриби роду Candida найбільше чутливі до ністатину і найменше – до флюконазолу.

АНАЛІЗ МЕДІАНИ ЙОДУРІЇ У ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ З РІЗНИХ КЛІМАТО-ГЕОГРАФІЧНИХ РАЙОНІВ ПРИКАРПАТТЯ

Цимбаліста О.Л., Бобрикович О.С., Чорна Н.В.* , Зелінська Л.М.*

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

Мета: провести аналіз медіани йодурії у дітей старшого шкільного віку з проявами метаболічного синдрому (МС) в різних клімато-географічних районах Прикарпаття залежно від рівня забезпечення йодом.

Завдання: визначити рівень медіани йодурії, рівень тиреоїдних гормонів у дітей старшого шкільного віку з проявами МС.

Матеріали і методи. Обстежено 225 дітей з проявами метаболічного синдрому, з різних районів проживання, щодо забезпеченості йодом. Обстеження поєднувало збір анамнезу, антропометрію, лабораторні та інструментальні методи.

Результати дослідження. Важливим моментом дослідження було визначення йодурії у підлітків з проявами МС. Відомо, що близько 90% споживання йоду виводиться з сечею, тому концентрація йоду в сечі корелює з йодною забезпеченістю. Цей показник використовується тільки для епідеміологічних досліджень, бо індивідуальні значення екскреції йоду з сечею варіюють навіть протягом доби. Отримані результати вмісту йоду в сечі оцінюються статистичними методами, при цьому оцінюється медіанне, а не середньоарифметичне значення. При аналізі медіани йодурії у дітей з проявами МС виявлено зниження вмісту йоду у 70% випадків з гірських районів проживання. Аналізуючи показники медіани йодурії <100 мкг/л встановлено у 45,0% – йододефіцит легкого ступеня (50-99 мкг/л), у 20,0% - середнього ступеня (20-49 мкг/л), і у 5,0% випадків – тяжкого ступеня (0-20 мкг/л). Серед дітей передгірських та рівнинних районів виявлено достатній рівень йоду в сечі (54,0% і 30,4%, $p < 0,05$, відповідно), але, незважаючи на це, рівень виявлення ДНЗ в даній місцевості залишається високим. Важливим результатом дослідження був підвищений рівень йодурії (>200 мкг/л) у 46% серед підлітків Передгір'я Карпат і у 69,6% випадків ($p < 0,05$) – рівнинних районів проживання. Визначення рівня ТТГ у сироватці крові має значення тільки при помірно тяжкій і тяжкій йодній недостатності, а при легкій формі йодної недостатності його значення зменшується, тому прийнято вважати, що рівень ТТГ не може бути чітким критерієм оцінки легкого ступеня йодного дефіциту. У дітей з гірських районів проживання виявлено найбільший дисбаланс вмісту тиреоїдних гормонів у порівнянні з дітьми, які проживають в рівнинних районах.

Висновки. При аналізі медіани йодурії у дітей з проявами МС виявлено зниження вмісту йоду з гірських районів проживання. Серед дітей передгірських та рівнинних районів виявлено достатній рівень йоду в сечі, але рівень виявлення ДНЗ в даній місцевості залишається високим.

МІКРОБНИЙ ПЕЙЗАЖ АСПІРАТУ ТРАХЕОБРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНУ ПНЕВМОНІЮ

Цимбаліста О.Л.*, Гаріджук Л.І. *, Березна Т.Г. *, Витвицька В.В.,
Ткачук О. В., Ткачук М.Б., Щербін М.В.

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

Пневмонії у дітей раннього віку є однією з актуальних проблем дитячої пульмонології, що пов'язано з високим рівнем розповсюдженості та смертності. В цілому світі захворюваність на пневмонію складає від 2 до 12 випадків на 1000 дитячого населення щорічно. Дана патологія погіршує якість життя і веде до великих фінансових затрат держави на її лікування.

Метою нашого дослідження було вивчення мікробного пейзажу аспірату трахеобронхіального дерева у дітей раннього віку, хворих на пневмонію, ускладнену гнійним ендобронхітом.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 196 посівів аспірату трахеобронхіального дерева у дітей раннього віку, хворих на пневмонію ускладнену гнійним ендобронхітом.

Результати дослідження. Позитивні бактеріологічні дослідження спостерігались у переважній більшості дітей (64,3 %), без суттєвої відмінності у немовлят і дітей 2-3 року життя. У більшості пацієнтів (60,4%) обох вікових груп із аспірату трахеобронхіального дерева висівали грампозитивні коки: *St. pneumoniae* (49,2 %), причому майже у два рази частіше у дітей 2-3 року (64,9%); *St. aureus* (18,2 %) майже з однаковою частотою у дітей першого і 2-3 років життя (20,3% і 15,8% випадків відповідно). У решти (32,5%) висівали грамнегативні бактерії: досить часто *Ps. aeruginosae* (13,5%), частота висіву якої зростає майже в три рази на 2-3 році життя (21,1%), *Proteus mirabilis* (10,3%), *H. Influenza* (8,7%), *E. coli* (7,1%), *Kl. pneumoniae* (4,0%). Інвазія грибами роду *Candida* нижніх дихальних шляхів діагностована у дітей першого року життя у 11,9% випадків з тенденцією до збільшення її частоти у дітей 2-3 року життя 14,0%. Важливо відмітити, що у 37,7% випадків мала місце мікст-інфекція. Серед останніх переважали: *H. influenza* і *St. aureus* – (7,1%), *Ps. aeruginosae* у поєднанні з *Candida* (5,6 %), *St. aureus* і *Candida alb.* (3,1%) та *St. aureus* + *Pr. mirabilis* – (3,1%). Відмічалася висока чутливість *St. pneumoniae* та *St. aureus* до інгібітор-захищених пеніцилінів: амоксицилаву (98,4%) та уназину (95,3%), карбопенемів (меропенему (98,6%), тієнаму (98,4%), ципрофлоксацину (95,2%). Досліджуючи антибіотикограму встановлено її стабільно високу чутливість у більшості випадків до амоксицилаву (91,3%), карбопенемів (95,6%) та ципрофлоксацину (95,6%). Знижується чутливість до цефепіму (86,9%), цефазидиму (82,6%), амікацину (82,6) і найбільше до цефтріаксону (73,9%).

Важливо відзначити низьку чутливість і високу резистентність грамнегативних бактерій: *Pseudomonas aeruginosae* та *Klebsiella pneumoniae* є високо чутливими тільки до карбопенемів. До решти антибіотиків різних груп мала місце невисока чутливість, зокрема, до цефтріаксону (60,0% і 64,7%) і цефазидиму (70,6% і 80,0%).

Висновки. Отже за результатами бактеріологічного дослідження аспірату бронхіального дерева при пневмонії у дітей раннього віку, ускладненої гнійним ендобронхітом, переважали грампозитивні коки. Спостерігається висока чутливість як *Streptococcus pneumoniae*, так і *Staphylococcus aureus* до інгібітор-захищених пеніцилінів та антибіотиків резерву (цефалоспоринів IV – цефепім і карбопенемів). Досить високою є резистентність до цефалоспоринів III покоління, аміноглікозидів.

З меншою частотою з аспірату нижніх дихальних шляхів висівали грамнегативні бактерії, серед яких домінує *Pseudomonas aeruginosae*, причому на 2-3 році життя у три рази частіше у порівнянні з першим роком життя.

СТАН ІМУНОАДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ У ШКОЛЯРІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Чайковська Г.С., Гнатейко О.З., Мельник В.С.*, Казакова Р.В.*

Державна установа «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів
Ужгородський національний університет, м. Ужгород*

До запальних процесів травної системи відносяться захворювання ротової порожнини пародонтиту та гастродуоденальної зони (хронічний гастрит, гастродуоденіт та інші), що відповідають за процеси становлення неспецифічної імуноадаптації дитячого організму. Інтегральні гематологічні індекси периферичної крові можуть бути додатковим методом дослідження стану адаптаційних реакцій організму на формування імунної відповіді, перебіг захворювання та ефективність терапії.

Мета роботи: дослідити окремі гематологічні індекси інтегральних коефіцієнтів гематограм та стан неспецифічних адаптаційних реакцій школярів-підлітків з хронічними захворюваннями гастродуоденальної зони і пародонтитом.

Матеріали і методи. Проведено визначення за загально відомими методиками 26 показників гемограм у 60 обстежених школярів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Шляхом дискретно-регресного аналізу отримано більше 10 корелятивно інформативних гематологічних індексів і типи неспецифічних адаптаційних реакцій організму.

Під спостереженням знаходилося 60 школярів підліткового віку: I група – 30 дітей з пародонтитом, дівчаток 53,3%, хлопчиків 46,7% і II група – 30 дітей – пародонтит, ускладнений захворюваннями ШКТ. Хлопчики і дівчатка – відповідне співвідношення з I групою, всі діти - учні міської школи.

Результати дослідження. Отримані показники гематологічних індексів характеризують імуноадаптаційний стан школярів-підлітків із відповідною патологією ШКТ. Індекс ІСЛМ відображає співвідношення відносної кількості лімфоцитів і моноцитів в реалізації імунокомпетентної відповіді на запальний процес, який зріс у 2,5 рази II групи ($p < 0,001$), орієнтована оцінка імунного статусу у співвідношенні ІСНМ – нейтрофілів до моноцитів підвищена від $20,5 \pm 1,73$ до $27,7 \pm 1,3$ при ($p < 0,01$), тоді як індекс ІСНЛ показників нейтрофілів до лімфоцитів призвів до гальмування імунної відповіді в II групі дітей ($p < 0,001$) аж до пригнічення імунокомпетентних реакцій на фоні супутньої патології: хронічного тонзиліту, пневмонії, стоматиту, що не спостерігалися у дітей I групи. На формування рівня ендотоксикозу (ЕТ) вказує інтегративний показник інтоксикації (ПІ), який зріс в два рази у дітей з патологією ШКТ ($p < 0,001$). При пародонтиті ЕТ через індекс імунореактивності організму (ІР) перебуває на рівні від $0,59 \pm 0,02$ і піднімається в II групі до $0,86 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), а індекс алергізації (ІСЛЕ) зростає у два рази при захворюваннях ШКТ ($p < 0,001$). Такі процеси ведуть до підвищення відносної кількості продуцентів цитокінів (ІІР) $p < 0,001$.

Стан неспецифічних імуноадаптаційних реакцій у школярів із стоматологічною та гастродуоденальною патологією перебуває у корелятивній залежності з гематологічними індексами крові за типом адаптаційних реакцій. У I групі наявна реакція спокійної активації у 53,4% дітей і лише у 3,3% – виявлено реакцію підвищеної активації, яка у II групі становить 13,3% випадків. Різке зростання підвищеної активації 46,7% і частота виявлення у школярів пограничної реакції до стресу зросла на 30%, тоді як у I групі не виявлено дітей із стресовим реагуванням.

Висновки. Таким чином, патологія ШКТ у дітей з пародонтитом виявляє в комплексі низьку імунореактивність організму і потребує формування груп ризику з коригування терапії для зміцнення імунітету.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ МІОКАРДІАЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ У ДІТЕЙ ІЗ АНТРАЦИКЛІНОВОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ

Шатинська Т.В., Синовська О.Б.

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

Незважаючи на прогресивний розвиток сучасних медичних технологій, проблема сучасної діагностики ускладнень від застосування протокольної хіміотерапії у дітей із гострою лейкемією залишається актуальною. Базовими препаратами поліхіміотерапії (ПХТ) гемобластозів у педіатрії є антрациклінові антибіотики (АА) (доксорубіцин, епірубіцин, даунорубіцин та ін.). Близько 60,0% дітей із діагностованою онкогематологічною патологією отримують антрацикліни. Проте відомо, що АА володіють кардіотоксичним ефектом, що, в свою чергу, залежить від кумулятивної дози препарату. Доведено, що особливо чутливими до кардіотоксичної дії антрациклінів є діти віком до 4 років, а найнебезпечнішим ускладненням такої терапії є розвиток застійної серцевої недостатності (СН).

Метою дослідження було встановлення діагностичного значення креатинфосфокінази-МВ (КФК-МВ) та лактатдегідрогенази (ЛДГ) як маркерів міокардіального ураження у дітей із гострою лейкемією на тлі застосування АА.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 16 дітей із гострою лімфобластною лейкемією, у яких в результаті застосування ПХТ розвинулась токсична АКМП. Дітей було розподілено по кумулятивній дозі АА на три групи: I група - кумулятивна доза доксорубіцину 117,6-169,2 мг/м²; II група – 213,6-297,6 мг/м²; III група – 320,0-405,6 мг/м². Контролем були 20 практично здорових дітей. Визначення активності кардіоспецифічного ізоферменту МВ-КФК в гепаринізованій плазмі крові проводили кінетичним методом, заснованим на блокуванні антитілами М-субодиниць КФК з використанням тест-набору фірми "Human" (Німеччина), "Cobas Mira S" (Австрія). Активність ЛДГ у сироватці крові дітей визначали за допомогою біотестів виробництва АТ "Реагент" (Україна). Статистичну обробку отриманих даних проводили із застосуванням програмного забезпечення Microsoft Office Excel та Statistica, 6,0. Результати вважали статистично достовірними при значеннях $p < 0,05$. Проводили парний кореляційний аналіз.

Результати дослідження. В процесі дослідження визначено підвищений рівень КФК-МВ у пацієнтів з АКМП. Так, вже в кінці першої фази I протоколу КФК-МВ у них становила $(30,7 \pm 2,1)$ од/л ($p < 0,05$). При цьому максимальне зростання рівня КФК-МВ було характерним для другої фази I протоколу. Складаючи $(39,3 \pm 5,2)$ од/л, показник КФК-МВ на цьому етапі лікування вірогідно перевищував аналогічний у пацієнтів на інших етапах ($p < 0,01$). Встановлено прямий кореляційний зв'язок середньої сили між кумулятивною дозою антрациклінів та рівнем КФК-МВ у дітей I групи. Рівень ЛДГ у дітей з АКМП на фоні ПХТ також виявився підвищеним вже в кінці першої фази I протоколу, становлячи $(318,2 \pm 21,5)$ од/л проти $(200,4 \pm 8,1)$ од/л у групі порівняння ($p < 0,05$). При цьому активність ЛДГ переважала у дітей III групи з найвищою кумулятивною дозою доксорубіцину і складала $(306,2 \pm 6,7)$ од/л та вірогідно відрізнялась від тотожної у здорових ($p < 0,001$).

Висновки. Отже у дітей з АКМП вже в кінці першої фази I протоколу відбувається масивне міокардіальне пошкодження, яке стійко утримується впродовж усього періоду кардіотоксичної терапії та чітко залежить від сумарної кумулятивної дози АА. Рівні ЛДГ та КФК-МВ можна вважати маркерами міокардіального ушкодження як на ранніх етапах терапії, так і в динаміці спостереження.

ДОГЛЯД, СПРЯМОВАНИЙ НА РОЗВИТОК В ІНТЕНСИВНОМУ ВИХОДЖУВАННІ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Шуцько Є.Є., Лакша О.Т., Барна І.В., Орлова Т.О. *, Путкарадзе Р.В.

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

* Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ,

За оцінками ВООЗ, серед 184 країн світу частота передчасних пологів становить від 5 до 18%. В Україні частота передчасних пологів складає 4,5-4,7%. Щороку в Україні збільшується кількість недоношених дітей, зокрема з дуже малою масою тіла при народженні. Так, у 2013 році народилося 3850 дітей з масою тіла менше 1500 г.

За світовими даними, у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених успішно забезпечується виживання близько 85% з масою тіла при народженні менше 1500 г. В Україні виживання дітей з дуже малою масою тіла в перші 168 годин становить 89,7%, виживання зазначеної категорії немовлят до 1 року становить близько 30%. Діти з дуже малою масою тіла при народженні мають високий ризик затримки розвитку, формування хронічних захворювань легенів, емоційних та поведінкових проблем. Недоношені діти становлять групу ризику розвитку церебрального паралічу, втрати слуху, порушення зору. Для подальшого гармонійного розвитку недоношеної дитини середовище відділення інтенсивної терапії повинно відповідати сучасним медичним стандартам та принципам фізіологічного догляду. У відділеннях інтенсивного догляду рівень освітлення повинен бути обмеженим, всі процедури виконуються з локальним освітленням, використовуються спеціальні накидки на інкубатори та столи з підігрівом для захисту від яскравого світла. Середовище відділення повинно бути термонейтральним.

Фоновий шум не повинен перевищувати 40-45 дБ, іноді допускаються короткотривалі звуки з максимальною гучністю не більше 70 дБ. При виходжуванні недоношених новонароджених широко застосовується позиціонування дитини, нейтральне вирівнювання щиколоток і стегон, нейтральне вирівнювання голови і шиї коли це можливо, використання легкого сповивання або гніздування, щоб забезпечити відчуття межі. Спостереження протягом року проводилось за 70 новонародженими з гестаційним віком від 28 до 34 тижнів, які перебували на лікуванні в відділеннях виходжування недоношених новонароджених НДСЛ «ОХМАТДИТ». Під час інтенсивного виходжування і лікування витримувались принципи догляду, спрямованого на розвиток з елементами методу мати-кенгуру. У всіх дітей відмічалась позитивна динаміка ваги, росту, окружності голови, що свідчило під час оцінки антропометричних даних про вищу ефективність порівняно з традиційними методами виходжування. За результатами спостереження достовірно збільшилась питома вага дітей на грудному вигодовуванні, зменшилась тривалість госпіталізації, виявлено позитивний вплив на тривалість сну і зменшення плачу маловагових новонароджених в положенні мати-кенгуру. Участь батька і членів родини у виходжуванні дитини позитивно впливає на психоемоційне єднання сім'ї.

Висновки. Доведена ефективність «догляду, спрямованого на розвиток» дозволяє рекомендувати його для виходжування недоношених новонароджених з метою покращення фізичного і психо-емоційного розвитку, раціонального використання економічних ресурсів відділень лікувального закладу.

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ В УКРАЇНІ

Шулько Є.Є., Пясецька Н.М., Лакша О.Т., Краснова Ю.Ю., Кончаковська Т.В., Костюк О.О.

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

Якість та доступність медичної допомоги вагітним та новонародженим визначають стан здоров'я та розвитку дітей раннього віку. Показники ранньої неонатальної та малюкової смертності в Україні мають стабільну тенденцію до зниження і за 2013 рік складають відповідно 3,11% та 7,8%. Медична допомога новонародженим на сучасному етапі включає спостереження за здоровими новонародженими, реанімаційну допомогу та стабілізацію стану дитини при народженні, інтенсивну терапію новонароджених та недоношених дітей, виходжування дітей з дуже малою масою тіла при народженні, спостереження за станом здоров'я та розвитком дітей з перинатальною патологією та дуже малою масою тіла при народженні.

В Україні впроваджено сучасні технології медичної допомоги новонародженим відповідно до клінічних протоколів, розроблених на основі доказової медицини і стандартів інтенсивної терапії та виходжування дітей, які включають питання безпеки пацієнта, допомогу дитині при народженні, ранню сурфактантну терапію, неінвазивну підтримку дихання, парентеральне харчування з раннім призначенням ентерального, клінічний і лабораторний моніторинг, сучасні методи нейровізуалізації.

Проблемними питаннями забезпечення якості медичної допомоги новонародженим в Україні є ефективна пренатальна діагностика, перинатальне ведення внутрішньоутробної та новонародженої дитини, ведення передчасних пологів, своєчасне скерування і транспортування вагітних в медичні заклади III рівня високоспеціалізованої допомоги вагітним, породіллям та новонародженим.

Підвищенню ефективності медичної допомоги недоношеним дітям буде сприяти впровадження нових рекомендацій щодо ведення передчасних пологів з пролонгованим терміном плацентарної трансфузії, впровадження Уніфікованого клінічного протоколу «Початкова, реанімаційна та післяреанімаційна допомога новонародженим» з алгоритмами допомоги при народженні залежно від гестаційного віку дитини, оптимізація ранньої сурфактантної та неінвазивної респіраторної підтримки.

Для впровадження сучасних стандартів медичної допомоги новонародженим в Україні відповідно до Європейських рекомендацій необхідно забезпечити медичні заклади обладнанням для інтенсивної терапії та виходжування недоношених, лікарськими препаратами та засобами догляду за дітьми відповідно до сучасних технологій з фармако-економічним обґрунтуванням забезпечення в системі охорони здоров'я.

Особливо важливе значення має до- та післядипломна підготовка лікарів з визначеним обсягом теоретичних знань та практичних навичок медичної допомоги новонародженим. Важливими є вміння консультування матерів та членів родини, прийняття рішень щодо надання невідкладної допомоги, обстеження дитини, транспортування на вищий рівень допомоги тощо. Для відпрацювання практичних навичок оптимальним є створення тренажерних «симуляційних» класів.

Висновки. Для забезпечення єдиних підходів до підготовки профільними кафедрами вищих навчальних закладів до- та післядипломної освіти лікарів неонатологів на базі медичних закладів III-ого рівня в закладах високоспеціалізованої допомоги матерям та дітям актуальною є необхідність розробки освітньо-кваліфікаційного стандарту лікаря неонатолога.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ З ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

Шутова О.В., Павленко Н.В., Бабаджанян О.М., Ганзій О.Б., Солодовниченко І.Г., Волошина Л.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків

Аналіз статистики захворювань органів травлення у дітей свідчить про збільшення числа пацієнтів з поєднаною патологією гастроудоденальної зони і захворювань жовчовивідних шляхів. Питання діагностики, профілактики та лікування пацієнтів дитячого віку при поєднанні захворювань травного тракту залишаються актуальними з точки зору не тільки наукової, але й практичної. Особливостями перебігу гастроентерологічної патології у дітей є ранній вік пацієнтів, прогресуючий перебіг.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу патології гастроудоденальної зони у дітей з жовчнокам'яною хворобою.

Матеріали і методи. На базі гастроентерологічного відділення міської клінічної лікарні № 19 р. Харкова було обстежено 56 дітей віком від 5 до 18 років (30 дівчаток - 53,5% та 26 хлопчиків - 46,5%) з жовчнокам'яною хворобою (I, II, III стадія) у поєднанні з хронічними захворюваннями гастроудоденальної зони та 22 дітей (28,7%) з групи спостереження, у яких не виявлена патологія гастроудоденальної зони. Серед обстежених дітей більшість становили діти віком від 10 до 18 років. Діагностичний алгоритм включав: збір анамнезу, клінічний огляд, УЗД органів черевної порожнини, ФЕГДС, інтрагастральну рН - метрію, Хелік - тест, загальноклінічний та біохімічний аналізи крові.

Результати дослідження. У 21 (37,6%) обстеженої дитини з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) обтяжений сімейний анамнез за жовчнокам'яною хворобою, у 11 (18,8%) - з захворюванням шлунка та ДПК. Порівняльний аналіз клінічних особливостей ЖКХ у дітей при поєднанні з захворюван-

нями гастродуоденальної зони показав, що при ураженні гастродуоденальної зони частіше переважали скарги на нудоту - у 52 дітей (92,2%), відрижку гіркотою - у 20 (36,4%), відрижку їжею - у 15 (26%), блювоту - у 6 (10,4%). У той же час при ізольованій ЖКХ діти частіше скаржилися на поганий апетит - 44 випадки (78,8%), відрижку повітрям - 36 (63,6%), порушення стільця - 31 (54,5%), тяжкість у правому підребер'ї - 24 (42,2%). Скарги на нудоту, болі в правому підребер'ї та епігастрії, розлитий біль, іррадіація болю в навколупупочну ділянку зустрічалися однаково часто у двох групах. Болі тільки в правому підребер'ї або епігастрії відзначали лише у 5 (4%) пацієнтів. Аналіз характеру скарг свідчить про полісимптомність проявів диспептичного та больового синдрому у дітей з ЖКХ при поєднанні з хронічним гастродуоденітом. За результатами ендоскопічного дослідження переважав хронічний гастродуоденіт (ХГД) - 51 випадок (90,2%); у більшості без деструкції - 44 випадки (79%), ерозії шлунка і ДПК - у 5 (9%), виразкові дефекти ДПК - у 2 (3%), функціональна диспепсія - у 5 (9%), ДГР реєструвався у 9 (15,3)%. Частота Н.р.-асоційованих захворювань шлунка та ДПК при ізольованому гастродуоденіті складає 56% (за даними літератури), у обстежених дітей з жовчнокам'яною хворобою вона значно нижче середніх показників гастроентерологічного відділення і становить 32%.

Висновки. При жовчнокам'яній хворобі поєднана патологія зустрічається у 97% обстежених дітей. Найбільш часто при ЖКХ діагностується хронічний гастродуоденіт з підвищеною кислотоутворюючою функцією - 90,2% випадків; за результатами ендоскопічного дослідження переважають варіанти без деструкції - 79% випадків; інфікованість Н. рулорі реєструється в 32% випадків.

ЕФЕКТ САЛЬБУТАМОЛУ НА ЛЕГЕНЕВУ МЕХАНІКУ ТА ТРИВАЛІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ШТУЧНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ З НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА

Яблонь О.С.¹, Мазулов О.В.¹, Берцун К.Т.²

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

²Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Вступ. Діти, які народжені передчасно, досить часто отримують в якості респіраторної підтримки штучну вентиляцію легень (ШВЛ). Певна концентрація кисню, тиск, створений апаратом ШВЛ, та вільно радикальний вплив іонів кисню призводить до пошкодження епітелію дихальних шляхів. Тривале проведення ШВЛ є фактором ризику формування хронічної бронхолегеневої патології, діагностичні та лікувальні методи яких обмежені. Дані різноманітних досліджень підтверджують також більшу частоту бронхолегеневих захворювань у дітей, які народилися передчасно та у дітей з низькою масою тіла. Саме тому пошук ефективних методів профілактики та лікування хронічної бронхолегеневої патології у дітей, які зазнали впливу ШВЛ в неонатальному періоді, триває до нинішнього моменту.

Матеріали та методи. Нами було проведено проспективне спостереження за 52 дітьми, народженими з масою тіла до 1500 г, з гестаційним віком 24-32 тижні. Дітям, які отримували в комплексному лікуванні ШВЛ, проведено визначення показників легеневої механіки: респіраторний комплаєнс (Crs) та респіраторна резистентність (Rrs) на 2 та 5 днів за допомогою датчика потоку, який вбудований в потік контура апарату ШВЛ. 42 дитини склали досліджувану групу та отримували в комплексному лікуванні Вентолін® (сальбутамол) 2.5 мг 4 рази на день за допомогою небулайзера. 10 дітей не отримували в комплексному лікуванні сальбутамол і склали групу порівняння.

Результати. Ми визначили достовірне збільшення респіраторного комплаєнсу Crs ($p < 0.001$) в досліджуваній групі дітей та відсутність достовірних змін показників респіраторної резистентності Rrs ($p = 0.5$) у дітей, які отримували в комплексному лікуванні сальбутамол. Також діти досліджуваної групи мали достовірно коротшу тривалість проведення ШВЛ ($p < 0.01$), ніж діти з групи порівняння.

Висновки. Використання сальбутамолу в комплексному лікуванні новонароджених з низькою масою тіла, яким проводилась ШВЛ, може покращувати легеневу механіку за рахунок збільшення піддатливості легень та сприяти скороченню терміну проведення ШВЛ.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Яблонь О.С., Моравська О.А., Добіжа М.В., Гомон Р.О., Берцун К.Т., Сергета Д.П.

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

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Малюкова, неонатальна та перинатальна смертність є важливими медико-демографічними показниками, що найбільш об'єктивно відображають стан здоров'я населення, рівень соціально-економічного розвитку суспільства та системи охорони здоров'я.

Спеціалізована медична допомога новонародженим у Вінницькій області надається в умовах відсутності обласного перинатального центру. Вона представлена 98 спеціалізованими ліжками, в тому числі на базі обласної дитячої клінічної лікарні (ВОДКЛ): відділення для недоношених дітей - 30 ліжок; відділення патології новонароджених дітей - 30 ліжок, в т.ч. 10 ліжок перинатальної неврології; відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених - 12 ліжок із виїзною неонатологічною бригадою; консультативно-

катамнестичний кабінет у консультативній поліклініці ВОДКЛ для обслуговування передчасно народжених дітей і немовлят з перинатальною патологією. Перинатальний центр м. Вінниці (2 рівні) «Центр матері та дитини» має 26 ліжок: відділення інтенсивної терапії для недоношених дітей - 6 ліжок, відділення патології новонароджених - 20 ліжок. Таким чином, забезпеченість спеціалізованими ліжками складає 5,6 на 1000 дітей, що народилися живими. В області працює 63 неонатологи, половина з яких мають вищу кваліфікаційну категорію. Забезпеченість неонатологами - 3,6 на 1000 дітей, що народилися живими.

Незважаючи на зазначені труднощі, колективу неонатологів області впродовж останніх 3 років вдалося досягти зниження ключових показників смертності, зокрема перинатальна смертність у 2013 році склала 7,8‰ проти 11,3‰ у 2011 році, неонатальна смертність знизилася з 6,3‰ у 2011 році до 4,5‰ у 2013, рання неонатальна смертність знизилася з 5,0‰ до 3,4‰, постнеонатальна з 3,9‰ до 3,2‰. Показник малюкової смертності в області знизився з 10,1 ‰ у 2011 році до 7,7‰ у 2013.

Народжуваність дещо знизилась, в той же час зросла кількість передчасно народжених дітей: у 2013 році народилося 17313 дітей, з них недоношених - 740 (4,3%), тоді як у 2012 році народилося 18148 дітей, з них недоношених 755 (4,2%). Недоношені з дуже малою масою та екстремально малою масою тіла складають 0,61% від усіх народжених живими. Рівень виживання недоношених дітей віком 0-6 днів склав у 2013 році 73,2% для дітей масою тіла 500-999 г, 90,6% для дітей масою тіла 1000-1499 г. У віці 1 місяць вижило 58,6% дітей масою тіла 500-999 г, 82,8% дітей масою тіла 1000-1499 г. У структурі ранньої неонатальної смертності ключові позиції займають вроджені аномалії розвитку та інфекції, специфічні для перинатального періоду. Суттєво знизилася смертність від РДС та вроджених пневмоній.

Висновки. Таким чином, досягнуто суттєве поліпшення показників виживання глибоко недоношених новонароджених, що є результатом щоденної кропіткої праці згуртованого колективу неонатологів області, запровадження сучасних перинатальних і неонатальних технологій, виконання протокольних вимог діагностичного та лікувального процесу.

КАТАМНЕЗ ЕКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Яблонь О.С., Сергета Д.П. *, Шовкопляс Н.А. **, Власенко Д.Ю.

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

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня *, м. Вінниця

МЛ «Центр матері і дитини» **, м. Вінниця

Серед недоношених новонароджених найбільш вразливу групу складають діти з надзвичайно малою масою тіла (500-999 г), народження яких відбулось до 28 тижня вагітності. Глибока морфо-функціональна незрілість та надзвичайно мала маса тіла при народженні обумовлюють значні відмінності у виживанні, захворюваності та наслідках виходжування цих немовлят у порівнянні з дітьми інших вагових категорій [Є. Є. Шунько, О. С. Яблонь, 2007]. Саме немовлята з НММТ мають найвищий ризик смерті, а також знаходяться в групі найбільшого ризику щодо розвитку хронічної патології дихальної, нервової систем і сенсорного апарату та пов'язаної з нею інвалідизації [D. Bassler et al., 2009; Е. П. Бомбардинова и соавт., 2009]. Проте на сьогоднішній день в Україні відсутня офіційна статистика щодо наслідків виходжування дітей з НММТ при народженні та рівня їх медико-соціальної реабілітації.

Мета дослідження. Встановити віддалені наслідки у недоношених дітей, які народилися з масою тіла < 1000 г та досягли скоригованого віку 12 місяців чи більше.

Матеріали і методи. У дослідження було залучено 72 недоношених дітей з вагою при народженні менше 1000 г та гестаційним віком менше 28 тижнів, які були виписані зі стаціонару Вінницького обласного неонатального центру.

В залежності від стану здоров'я діти були поділені на 3 групи. Група дітей з несприятливим наслідком (інвалідність внаслідок дитячого церебрального паралічу, сліпоти, нейросенсорної глухоти або смерть в постнеонатальному періоді) налічувала 15 дітей. 13,8% мали дитячий церебральний параліч, 2,8% були глухими, 3 померли на першому році життя. Серед дітей, які померли у віці до 1 року, двоє мали прогресуючу гідроцефалію внаслідок тяжких крововиливів в мозок, одна дитина померла від тяжкої БЛД. Таким чином, 20,8% дітей з екстремально малою масою тіла при народженні мали несприятливий віддалений наслідок. Другу групу склали 23 дітей (31,9%) з затримкою психомоторного розвитку. 34 (47,3%) здорових та відносно здорових дітей з мінімальною мозковою дисфункцією були віднесені до групи порівняння.

Результати дослідження. При аналізі пре- та перинатальних чинників ризику розвитку несприятливих наслідків, на рівні тенденцій було виявлено, що чоловіча стать, обтяжений акушерський анамнез (мимовільні викидні на ранніх термінах, мертвонародження) та тривалий безводний проміжок (≥ 24 год) асоціюються з гіршим прогнозом. В той же час маса тіла при народженні та гестаційний вік не впливали на наслідок, тоді як антенатальна кортикостероїдна профілактика в поєднанні з пологами шляхом планового кесаревого розтину асоціювалися з кращими результатами виходжування. Встановлено, що діти з несприятливими наслідками вірогідно частіше страждали на генералізовану ВУІ (73,3% проти 20,5%, $p < 0,05$), тяжкі ВШК з розвитком вентрикуломегалії чи набутих кіст мозку (46,7%, $p < 0,05$) та кістозну ПВЛ (53,3% проти 2,9%, $p < 0,05$). БЛД тяжкого ступеня та перинатальний сепсис реєструвалися лише у дітей першої групи.

Висновки. Таким чином, діти з надзвичайно малою масою тіла при народженні мають високу захворюваність в неонатальному періоді та поза його межами. Встановлені вірогідні відмінності дозволяють виявити чинники, що асоціюються з несприятливим наслідком чи затримкою розвитку.