

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XI Конгресу педіатрів України
(7-9 жовтня 2015 року, Київ)

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

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the XI Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 7-9th, 2015, Kiev)

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

Київ – 2015

ДИНАМІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ЩО НАРОДИЛИСЬ НЕДОНОШЕНИМИ

Аліфанова С.В., Клименко О.В., Клімова О.В.

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

Для ранньої діагностики порушень неврологічних функцій у дітей, що народились недоношеними, в клінічній практиці важливо мати надійні і нескладні у використанні інструменти неінвазивного скринінгу. Таким методом є застосування стандартизованої шкали INFANIB (Infant Neurological International Battery, 1995), яка була використана нами з метою клінічної оцінки параметрів нервово-психічного розвитку на першому році життя дітей, що народилися недоношеними, з екстремально низькою (ЕНМТ) і дуже низькою масою тіла (ДНМТ) для прогнозування неврологічних порушень при катamnестичному спостереженні.

Під наглядом перебувало 56 дітей, які народилися в терміні гестації від 26 до 34 тижнів. Діти були розділені на дві групи: - I склали 21 дитина, що народилася в терміні гестації 26-30 тижнів з ЕНМТ – 870-1000 г, до II включено 35 дітей, що народилися в терміні гестації 31-34 тижні з ДНМТ – 1000-1500 г. Катamnестичне спостереження включало комплексне клініко-інструментальне обстеження з оцінкою фізичного і психомоторного розвитку, соматичного статусу, а також оцінкою за допомогою стандартизованої шкали INFANIB (1995) в віці 1, 3, 6, 9 і 12 місяців. Аналіз ante- і перинатального періодів життя виявив наявність ускладненого перебігу у 90,5% матерів I групи і у 88,6% матерів II групи. У структурі захворюваності в ранньому неонатальному періоді істотних відмінностей у дітей обох груп не виявлено. У всіх дітей діагностовано перинатальне ураження ЦНС, переважно гіпоксично-ішемічного генезу. При аналізі пошкоджень ЦНС виявлено, що внутрішньочеревні крововиливи II і більше ступеня були діагностовані у 28,6% дітей, I групи та у 22,9% дітей II групи, кістозна форма перивентрикулярної лейкомаляції II і більше ступеня діагностовано у 19% дітей I групи і у 17% дітей II групи. При оцінці психомоторного розвитку за шкалою INFANIB у віці 1 місяць у дітей обох груп виявлені порівнянні результати. У групі дітей з ЕНМТ при народженні середній бал склав $46,38 \pm 5,72$ балів, в групі дітей з ДНМТ $48,74 \pm 6,16$ балів, жодна дитина за кількістю балів не відповідала нормі, діапазону «патологія» відповідало 52,4% дітей I групи і 45,7% дітей II групи, діапазону «транзиторне порушення» відповідно 47,6% і 54,3% дітей. При проведенні оцінки за шкалою INFANIB в віці 3 місяці відзначено статистично недостовірне збільшення середнього балу оцінки у дітей обох груп, при цьому більшу оцінку, відповідну діапазону «норма» отримали 42,9% дітей I групи і 45,7% дітей II групи, діапазону «транзиторне порушення» - відповідно 33,3% і 31,4% дітей, діапазону «патологія» 23,8% та 22,9% дітей обох груп. При обстеженні в 6 місяців середні показники кількісної оцінки м'язово-постурального тону достовірно збільшилися у дітей II групи ($p < 0,05$), а у дітей I групи достовірно не відрізнялися від попередньої сумарної оцінки. Надалі темпи розвитку дітей I і II груп мали деякі відмінності і носили нерівномірний характер з періодами відсутності вираженої позитивної динаміки у дітей I групи у віці 3-6 місяців, а у дітей II групи віком 6-9 місяців за рахунок рухових порушень, порушення термінів редукції тонічних рефлексів і спінальних автоматизмів. Темпи нормалізації м'язово-постурального тону і рухових функцій, були в цілому більш високими у дітей II групи, проте у дітей обох груп до 9-12 місяців сформувалися підгрупи, відповідні діапазону оцінки «патологія», саме ці діти склали контингент із загрозою розвитку інвалідизуючих неврологічних порушень, в першу чергу ДЦП.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВСІЄЇ ДЕРЖАВИ

Антипкін Ю.Г.

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

Стан здоров'я майбутніх поколінь цілком залежить від створення належних умов для них на рівні сім'ї, дитячого соціуму та суспільства в цілому.

На рівні сім'ї в Україні вперше виконані унікальні дослідження в рамках програми «Сім'я та діти України». Науковцями ДУ «ІПАГ» цими широкомасштабними довготривалими дослідженнями були встановлені різнобічні медико-біологічні, соціально-економічні, психогігієнічні та середовищні чинники, що впливають на формування здоров'я дитини в сім'ї від часу вагітності матері до досягнення дитини 18-річного віку.

Серед цих факторів на перший план виступають такі, які можуть бути знівелювані тільки заходами на рівні держави. Це стосується, в першу чергу, створення усіх належних медико-організаційних умов для майбутньої матері та її дитини. Тому, взятий в останні роки курс на розвиток перинатальної медицини буде спрямований на безпечне материнство та сприятиме зниженню материнської та малюкової смертності. За цими показниками Україна вже виконала поставлені перед нею цілі третього тисячоліття. Однак зазначу, що нам, організаторам охорони здоров'я, науковцям і практикам необхідно зробити все, щоб ці показники відповідали таким, як у європейських країнах. А це багато в чому залежить від ефективного впровадження світових стандартів медицини дитинства, подальшої розбудови перинатальних центрів та оптимізації їх діяльності.

Надзвичайно важливою проблемою для держави та сімей, зокрема, є забезпечення медико-психологічної реабілітації дітей-інвалідів. В Україні є унікальні реабілітаційні центри, але зараз вкрай потрібним є створення сателітних центрів в Центральній та Східній Україні, щоб наблизити своєчасну допомогу дітям-інвалідам, які з економічних міркувань не можуть транспортуватись за сотні кілометрів.

Проблема запобігання вживання серед молоді тютюну, алкоголю та психотропних речовин не зменшує своєї гостроти. Педіатрами разом з педагогами та психологами розробляється комплекс заходів протидії цим явищам, зокрема детальні рекомендації, диференційовані залежно від віку дитини. До формування належної мотивації і установки негативного відношення до шкідливих звичок залучаються не тільки педагоги та медики, але й увесь робочий персонал шкіл, за умови їх відповідної підготовки.

В нашій державі, при всіх її проблемах дитинства, на жаль до цього часу відсутня Концепція державної політики у сфері охорони дитинства. Наявність такого стратегічного документу сприяло б контролю за ефективністю та якістю виконання усіх законодавчих актів та планів дій до них у сфері охорони сім'ї та дитинства. Проект такої концепції розроблено, в ній генеральна лінія базується на двох системах: «Дитина – суспільство», «Дитина – сім'я».

Викликом часу є необхідність підвищення ефективності державного управління охороною дитинства, зокрема формувати професійних компетентних держслужбовців для сфери охорони дитинства на засадах дитино-центричного підходу, сутність якого полягає в тому, що будь-яке управлінське рішення повинно ухвалюватись і здійснюватись, орієнтуючись на дитину, на її благополуччя.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СУБЛІНГВАЛЬНОЇ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З МОНО- ТА ПОЛІСЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ

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

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

В останні роки зростає значення в лікуванні atopічних захворювань у дітей сублінгвальної алерген-специфічної імунотерапії (СЛАСІТ). Проте, до теперішнього часу залишається суперечливою ефективність СЛАСІТ у полісенсibilізованих дітей.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності СЛАСІТ у моно- та полісенсibilізованих дітей з БА поєднаною з АР. Обстежено 96 дітей у віці від 5 до 18 років з контрольованою БА поєднаною з АР, які обумовлені моно- і полісенсibilізацією. Діти методом рандомізації розподілені на 2 групи: основну – 66 дітей (68,75% – полісенсibilізовані) і групу порівняння – 30 дітей (31,25% – моносенсibilізовані). У всіх дітей (моно- та полісенсibilізованих) виявлена сенсibilізація до кліщів домашнього пилу, тому на фоні базисної терапії вони отримували СЛАСІТ сумішшю кліщів домашнього пилу («SEVAFHARMA» Чехія).

Критеріями ефективності проведеного лікування були: регрес основних симптомів захворювання, рівень алерген-специфічних IgE, IgG4, секреторної еозинофілії (назальної та індукованого мокротиння). Моніторинг спостереження склав 2 роки.

Проведені нами дослідження показали, що СЛАСІТ у дітей ефективна як в основній групі (72,3%), так і в групі порівняння (86,4%, $p > 0,05$): регрес симптомів захворювання відмічався через 6 місяців, достовірне зниження алерген-специфічних IgE, підвищення IgG4 – через рік, зниження секреторної еозинофілії – через 3 місяця.

Таким чином, нами встановлена ефективність СЛАСІТ у дітей як з моносенсibilізацією, так і з полісенсibilізацією.

РОЛЬ РИНОЦИТОГРАМИ В ДІАГНОСТИЦІ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ, ПОЄДНАНОГО З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ У ДІТЕЙ

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

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

Метою нашого дослідження було визначення ролі риноцитограми в діагностиці алергічного риніту (АР) у дітей з бронхіальною астмою (БА).

Цитологічне дослідження назального секрету є одним з важливих діагностичних методів в ринології, який дозволяє диференціювати тип запалення при різних формах риніту (алергічному, неалергічному, інфекційному).

Поставлена задача способу діагностики АР, поєднаного з БА у дітей вирішується шляхом дослідження еозинофілів назального секрету і визначення експресії антигенів до IgE на клітинах запальної інфільтрації за допомогою імуноцитохімічного дослідження.

Нами по запропонованому способу обстежено 85 дітей з БА, 62 дитини з БА поєднаною з АР, 32 дитини з АР та 96 практично здорових дітей віком від 6 до 17 років. Встановлено, що збільшення кількості еозинофілів більше ніж 15% і визначення ступеню експресії антигенів до $IgE \geq 2$ бала свідчить про наявність алергічного риніту поєданого з бронхіальною астмою у дітей.

Таким чином, риноцитограма в діагностиці АР, поєданого з БА у дітей відіграє значну роль, що сприяє покращенню діагностики та моніторингу лікування дітей з даною патологією.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПОЗАШПИТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Бабік І.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Пневмонія залишається актуальною медико-соціальною проблемою. Щорічно в Україні реєструється близько 90 тисяч дітей і підлітків до 17 років хворих на пневмонію. Крім загальноновідомих симптомів, таким дітям також характерні порушення з боку вегетативної нервової системи, які є причиною зниження якості життя дітей, що призводить до подовження відновлювального періоду адаптації після захворювання.

Метою досліджень був аналіз якості життя у 80 дітей віком 7-14 років після перенесеної позашпитальної пневмонії та її прогноз.

Під нашим спостереженням були діти із позашпитальною пневмонією, гострим перебігом, III-IV ступенем тяжкості, з проявами дихальної недостатності, які перебували на стаціонарному лікуванні в II-у педіатричному відділенні Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова. Діти були розподілені на дві групи по 40 осіб – першу та контрольну. Діти першої групи на фоні основного лікування згідно наказу МОЗ України №18 від 13.01.05 року додатково отримували метаболічний препарат (α-цитрулін та малат), симбіотичний препарат та вітамінно-мінеральний комплекс. Препарати починали застосовувати з першого дня нормалізації температури тіла терміном на 1 місяць. Групу контролю становили 40 дітей, які отримували медикаментозне лікування за традиційними схемами, згідно наказу МОЗ України №18.

Для оцінки якості життя після перенесеної пневмонії дітям та їхнім батькам через місяць після захворювання був наданий опитувальник якості життя Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36). У ньому — найкращий показник якості життя за кожною шкалою – 100 балів, найгірший – 0 балів. Нами отримані такі результати: перша група мали наступні показники: PF – 80,2 балів, (фізична активність практично не обмежувалась станом здоров'я); RF – 55,8 балів, (повсякденна діяльність дещо обмежувалась фізичним станом); BP – 94,6 балів, (більш не обмежував активність); GH – 87,2 балів, (стан здоров'я діти оцінювали як добрий); VT – 55,7 балів, (вдома, знижена життєва активність); SF – 67,5 балів, (незначне обмеження соціальних контактів та порушення емоційного стану); RE – 73,3 балів, (незначне обмеження при виконанні повсякденної роботи, зумовлене погіршенням емоційного стану); MH – 85,2 балів, (незначні прояви депресії та тривожності). У контрольній групі ми отримали: PF – 40,2 балів, (фізична активність значно обмежувалася станом здоров'я); RF – 25,8 балів, (повсякденна діяльність значно обмежувалась фізичним станом); BP – 54,6 балів, (більш значно обмежував активність); GH – 77,2 балів, (стан здоров'я діти оцінювали на добре); VT – 25,7 балів, (вдома та знижена життєва активність); SF – 37,5 балів, (значну обмеженість соціальних контактів, знижений рівень спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану); RE – 33,3 балів, (обмеженість у виконанні повсякденної роботи, порушений емоційний стан); MH – 65,2 балів, (депресію, тривожність, переживання, психічне неблагополуччя, проте у дітей воно було не значно порушеним).

Можемо зробити висновок, що у дітей після перенесеної пневмонії на фоні прийому додаткової терапії якість життя достовірно не значно порушувалась. Натомість, у дітей, які приймали тільки рекомендації лікарів, після виписки показники якості життя значно порушувались, що доводить необхідність в отриманні додаткової терапії.

ПОЛІЕТИОЛОГІЧНІСТЬ ДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ РОКІВ ЖИТТЯ

Банадига Н.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Значна кількість патології у дітей раннього віку є аліментарно-залежною, а тому може супроводжуватись різної глибини диселементами. Дефіцитні стани негативно відображаються на гармонічності розвитку дитини. Проведений поглиблений аналіз особливостей розвитку 106 пацієнтів раннього віку виявив низку проблем, що спроможні вплинути на подальший розвиток дитини. Серед обстежених переважали діти другого року життя (43,44%), а також жителі сільської місцевості (53, 8%). В усіх пацієнтів діагностована анемія різ-

ного ступеня тяжкості (I ст.- 30,1%, II ст.- 25,5%, III ст.- 26,4%, IV ст. – 16,9% випадків), яка надалі була верифікована, як залізодефіцитна (ЗДА). Водночас, у кожного третього хворого мали місце рахіт або гіпотрофія, у 49,1% – дисгармонійний фізичний розвиток. Звернули на себе увагу: коротка тривалість грудного вигодовування на першому році життя, пізні введення страв прикорму, зокрема м'ясні страви у 16 % випадків були введені лише на другому році життя, 37% обстежених взагалі їх не отримували. Натомість, не модифіковане коров'яче молоко у 53% хворих з'явилося в раціоні вже у віці до 6 місяців. Кількісно-якісний склад харчування в згаданій групі хворих вирізняє необхідність уточнити баланс інших мікроелементів. На це настановляють результати дослідження, проведеного на Україні (2013), які переконливо свідчать про істотний дефіцит цинку, заліза, кальцію, вітамінів в харчовому раціоні дітей раннього віку. За отриманими власними даними встановлено, що у дітей перших трьох років ЗДА у 82,1% випадків супроводжується одночасно істотним зниженням вмісту у крові цинку та міді, останні є ключовими мікроелементами для становлення процесів кровотворення та імуногенезу. Водночас, екскреція цих мікроелементів із сечею є також порушеною, що в цілому дає можливість думати про неадекватний баланс заліза, міді, цинку у дітей на тлі анемії. Виявлений комбінований дефіцит мікроелементів в обстежених дітей спроможний дестабілізувати обмінні процеси, темпи нарощення функціональних можливостей внутрішніх органів, в тому числі сповільнити процеси імуногенезу. Аналіз показників системного імунітету, із врахуванням присутності чи відсутності інфекційного чинника, дав змогу вирізнити особливості імунної відповіді за умов анемії та дефіцити імунонутрієнтів. Встановлено, що ЗДА супроводжується дестабілізацією механізмів імуногенезу у дітей раннього віку, з перевагою змін з боку клітинної ланки імунітету, які представлені істотним дефіцитом різних кластерів Т-лімфоцитів (CD3+, CD8+, CD4+, CD16+) ($p < 0,001$); а також діагностований дефіцит Ig G ($7,44 \pm 0,29$ г/л; $p < 0,001$) та переважання механізмів ранньої імунної відповіді, із підвищеним синтезом Ig M ($p < 0,05$). Діагностовані суттєві дефекти вигодовування у дітей із залізодефіцитною анемією, що супроводжуються диселементозом (дефіцит цинку, міді), низькими показниками клітинного імунітету ($p < 0,001$), дефіцитом сироваткового Ig G ($p < 0,001$), обґрунтовують доповнення терапії ЗДА комплексним мікроелементним препаратом. Модифікована схема лікування забезпечила позитивну динаміку клінічних симптомів (у 100,0% дітей), зростання сироваткових рівнів міді, цинку ($p < 0,05$) із усуненням проявів диселементозу (у 90,9% випадках) та нормалізацію показників системного імунітету.

ГЕНЕТИЧНА ДЕТЕРМІНОВАНІСТЬ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Банадига Н.В., Волошин С.Б.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Бронхіальна астма (БА) – гетерогенне захворювання, при якому одне з вирішальних значень відіграє спадкова схильність в поєднанні з несприятливими факторами зовнішнього середовища. Немоżliвість досягнення належного контролю над перебігом астми в значній мірі може бути обумовлена генетичним дефектом дії окремих рецепторів, що вирізняє клінічні особливості перебігу та чутливість до медикаментозної терапії. Тяжкість перебігу астми корелює із гіперреактивністю бронхіального дерева та ступенем зворотності бронхообструкції. Поліморфізм гена бета2-адренорецептора (ADRβ2) Arg16Gly є одним із генів з варіабельною чутливістю до дії агоністів з доведеним впливом на лабільність бронхів. За даними літератури, в залежності від поліморфізму Arg16Gly гена ADRβ2 виявлено різну чутливість до дії β2-агоністів короткої дії, що і стало предметом дослідження. Проте, результати оприлюднених даних є неоднорідними, що залишає чимало запитань. Метою роботи було: вивчити залежність тяжкості перебігу БА від певного генотипу поліморфізму Arg16Gly гена ADRβ2. В умовах міської дитячої лікарні під спостереженням перебувало 30 дітей із БА віком від 5 до 17 років. У гендерній структурі переважали особи чоловічої статі – 16 (53,3%) та було 14 (46,7%) дівчаток. Клінічний діагноз верифікований у відповідності до Наказу МОЗ України №868 (від 08.10.2013 року), з визначенням тяжкості перебігу. У 22 (73,3%) обстежених пацієнтів діагностовано інтермітуючий перебіг БА та у 8 (26,7%) осіб – персистуючий перебіг. За даними анамнезу встановлено, що у 23,3% дітей невідкладна терапія включала використання інгаляційного комбінованого препарату, а у 76,7% хворих було застосування інгаляційної форми β2-агоніста короткої дії. Останнє обумовлено діючими рекомендаціями, але в кожному конкретному випадку чутливість бронхообструкції до медикаментів може бути варіабельною, залежати від провідних механізмів виникнення, віку пацієнта, вродженої чутливості β-рецепторів. Саме тому, вивчення генетично детермінованої чутливості рецепторів до впливу агоністів короткої дії стане запорукою адекватного вибору складу невідкладної терапії. За результатами генетичного дослідження у дітей з інтермітуючим перебігом в основному виявлявся Gly/Gly генотип поліморфізму Arg16Gly гена ADRβ2 – у 11 (50,0%) хворих та в 9 (40,9%) – Arg/Gly генотип. В той час, як при персистуючому перебігу переважали Arg/Gly генотип – у 4 (50,0%) хворих та у 3 (37,5%) осіб спостерігався генотип Gly/Gly гена ADRβ2. Лише в поодиноких випадках встановлений моногенний варіант Arg/Arg ADRβ2, незалежно від тяжкості перебігу БА (інтермітуючий - 2 (0,9%) пацієнти, персистуючий - 1 (12,5%) хворий). Отже, при БА ймовірно має місце залежність генотипу від тяжкості перебігу астми, оскільки інтермітуючий перебіг асоціюється із переважанням генотипу Gly/Gly, персистуючий – із генотипом Arg/Gly. Водночас, мала кількість проведених досліджень дає підстави лише припустити вище згадане і потребує надалі поглибленого вивчення даного поліморфізму Arg16Gly гена ADRβ2, як ключового підходу у виборі складу невідкладної терапії. Викликає інтерес і співставлення поліморфізму інших генів, зокрема, відповідальних за активність запалення.

ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И СОСТОЯНИЯ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ, ПОСТРАДАВШЕЙ ОТ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

¹Бандажевский Ю.И., ²Дубовая Н.Ф.

¹Координационный аналитический центр «Экология и здоровье», пгт. Иванков,

²Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Состояние здоровья детского населения, проживающего в районах, пострадавших от аварии на Чернобыльской атомной электростанции, на протяжении трех десятилетий является предметом пристального внимания международной общественности. В этой связи, актуальной с научной и практической точек зрения является объективная характеристика процессов обмена веществ у детей, которые, как и их родители, постоянно проживают на радиоактивно загрязненной территории.

Целью настоящего исследования явилась оценка метаболических процессов у детей постоянно проживающих на территории, пострадавшей от аварии на Чернобыльской атомной электростанции. Для этого с помощью лабораторных и генетических методов произведена оценка состояния щитовидной и паращитовидной желез, надпочечников, состояния фолатного обмена у 101 мальчика и 100 девочек в возрасте 13-17 лет, постоянно проживающих в Иванковском и Полесском районах Киевской области Украины.

В результате проведенных исследований было установлено снижение уровня свободного тироксина в крови в 31,3% случаев, повышение уровня кортизола в 15,9% случаев от числа всех обследованных детей.

В 7% случаев определялся повышенный титр антител против пероксидазы щитовидной железы, тиреоглобулина, рецептора тиреотропного гормона. У большинства детей уровни кальция, фосфора, тиреокальцитонина и паратиреоидного гормона в крови не выходили за пределы возрастных норм. У 10,9% обследованных детей было обнаружено повышенное содержание гомоцистеина в крови, сопровождаемое наличием аллелей риска генов фолатного цикла. При этом, в 77,3% случаев зарегистрировано сочетанное носительство аллелей риска генов MTHFR:C677T и MTRR:A66G.

Полученные результаты могут быть использованы при разработке профилактических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения тяжелых заболеваний у населения, постоянно проживающего на территории, пострадавшей от аварии на Чернобыльской атомной электростанции.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ, ПОСТРАДАВШЕЙ ОТ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

¹Бандажевский Ю.И., ²Дубовая Н.Ф., ¹Бандажевская Г.С.

¹ Координационный аналитический центр «Экология и здоровье», пгт. Иванков,

² Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Радиационный фактор, присутствовавший в первые годы после аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) на значительных территориях Украины, Республики Беларусь и Российской Федерации, оказывал выраженное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) взрослого и детского населения. Наиболее пострадавшими оказались районы Белорусского и Украинского Полесья – зоны йодной эндемии и повсеместного дефицита в почвах обменного кальция, калия и практически всех биологически значимых микроэлементов. С течением времени экологическая ситуация претерпела значительные изменения за счет естественного распада радиоактивных элементов и появлением продуктов их распада (распад ^{137}Cs привел к появлению Ba). В связи с этим, представляет значительный практический и научный интерес изучение состояния ССС детей разного возраста, постоянно проживающих в указанных неблагоприятных условиях.

В ходе исследования была проведена оценка состояния ССС 1193 детей (599 мальчиков и 594 девочек) из Полесского и Иванковского районов Киевской области в возрасте 3-18 лет. При этом, определялись систолическое и диастолическое артериальное давление, рассчитывалось пульсовое давление, проводилась расшифровка электрокардиограмм, полученных на электрокардиографе «HCARD Gold 3» (Poland), в 12 отведениях: 3 стандартных, 3 однополюсных от конечностей и 6 однополюсных перикардиальных. В организме

всех детей определялось количество радионуклидов γ -излучателей (^{134}Cs и ^{137}Cs) с помощью трех-детекторного счетчика излучений человека, производства «Атом Комплекс Прибор».

В результате проведенных исследований выявлен широкий спектр функциональных изменений деятельности сердца развивающегося организма, включающих повышенное артериальное давление (34,4% случаев), повышенное пульсовое давление (20,0%), а также изменений на электрокардиограмме (81,9% случаев) в виде синусовой брадикардии (17,8%), синусовой тахикардии (19,3%), нестабильного синусового ритма (22,4%), синдрома ранней реполяризации желудочков (14,2%), не полной блокады правой ножки пучка Гиса (9,6%), эктопического предсердного ритма (7,5%), миграции водителя ритма по предсердиям (4,7%), умеренных изменений в миокарде желудочков (3,4%), синдрома укороченного интервала PQ (2,4%). Наиболее часто вышеуказанные изменения ССС регистрировались у детей старшего школьного возраста (12-17 лет), преимущественно у мальчиков.

Удельная активность γ -излучателей в организме 90,6% детей на момент их обследования регистрировалась на уровне минимально детектированной активности измерительного прибора.

Проведенный анализ обосновывает необходимость выделения группы риска по сердечно-сосудистой патологии в группе детей старшего школьного возраста (12-17 лет), постоянно проживающих на территории, пострадавшей от аварии на ЧАЭС, с проведением соответствующих профилактических мероприятий.

ВЛИЯНИЕ GESTАЦИОННОЙ ГИПОТИРОКСИНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Белых Н.А.

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань

Беременность вносит значительные коррективы в тиреоидный статус женщины в связи с повышением потребности в тиреоидных гормонах для поддержания высокого уровня обмена веществ и происходящих процессов эмбрио- и фетогенеза. При этом одновременно происходит трансплацентарный транспорт и повышение почечного клиренса йода. Недостаточное употребление йода в этот период способно приводить к снижению функциональной активности щитовидной железы (ЩЖ) женщины и формированию гестационной гипотироксинемии (ГТТ). Этим термином определяют специфический для беременности феномен, когда при нормальном уровне ТТГ во время гестации регистрируется сниженное содержание свободного тироксина (свТ_4).

Цель – оценить влияние гестационной гипотироксинемии на течение беременности и неонатальной адаптации у новорожденных.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 252 пар мать/ребенок и результатов скрининга новорожденных на врожденный гипотиреоз. Функцию гипофизарно-тиреоидной системы (ГТС) у беременных оценивали по уровню ТТГ, свТ_4 и свТ_3 .

Результаты исследования. Оптимальное функционирование ГТС имели 67,0%, у 24,3% – минимальная тиреоидная недостаточность, у 9,1% – субклинический гипотиреоз. Увеличение соотношения $\text{свТ}_3/\text{свТ}_4 \geq 0,28$, свидетельствовавшее о ГТТ, определялось у 22,2% обследованных женщин. У беременных с ГТТ статистически значимо возрастали шансы формирования анемии (ОШ=2,1, $p=0,01$), эклампсии (ОШ=2,3, $p=0,04$), угрозы прерывания беременности (ОШ=2,1, $p=0,04$), маточно-плацентарной дисфункции (ОШ=2,2, $p=0,01$). Частота рождения детей с низкой, соответственно сроку гестации, массой тела составила 7,7% у матерей с ГТТ против 1,1% у женщин без нарушения функции ЩЖ (ОШ=7,2, $p=0,02$).

Антропометрические показатели новорожденных и частота рождения детей с оценкой по шкале Апгар <7 баллов были равнозначными. У детей, рожденных матерями с ГТТ втрое чаще регистрировалась неонатальная гипертиреотропинемия (37,2% против 13,2, ОШ=3,9, $p=0,001$) и пролонгированная неонатальная желтуха (20,5% против 9,8%, ОШ=2,4, $p=0,03$). Установлена прямая корреляционная связь между уровнем ТТГ матери и ребенка ($\rho=0,42$), между содержанием свТ_3 матери и ТТГ новорожденного ($\rho=0,49$) и обратная – между уровнем свТ_4 матери и ТТГ новорожденного ($\rho=-0,32$).

Выводы. Гестационная гипотироксинемия обуславливает напряженное функционирование ЩЖ беременной. Увеличение продукции трийодтиронина нормализует показатели ТТГ матери, однако негативно влияет на ГТС плода. ГТТ негативно влияет на течение беременности и перинатального периода, что проявляется увеличением частоты анемии беременной, маточно-плацентарной дисфункции, эклампсии, угрозы прерывания беременности, рождения детей с низкой массой тела, отягощенного течения ранней неонатальной адаптации новорожденного с формированием неонатальной гипертиреотропинемии и пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии.

ЗАДАЧИ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Бекетова Г.В.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

По заключению ВОЗ, представленному в Глобальном плане действий на 2013 – 2020 года (Global Action Plan for the prevention of noncommunicable diseases), неинфекционные заболевания (НИЗ), в число которых входят хронические респираторные заболевания (в частности, бронхиальная астма, ХОЗЛ), являются «самыми большими убийцами в мире». Более 36 миллионов человек ежегодно умирают от НИЗ (63% глобальной смертности), в том числе более 14 миллионов человек умирают в молодом возрасте от 30 до 70 лет.

Наиболее частым хроническим заболеванием легких в детском возрасте является бронхиальная астма и заслуживает внимания не только врачей специализированного звена медицинской помощи - пульмонологов и аллергологов, но и педиатров, семейных врачей. При этом роль врача первичного звена в профилактике, своевременном выявлении и контроле бронхиальной астмы трудно переоценить.

Сегодня существует целый ряд проблем, связанный с данным вопросом. Одним из эффективных способов профилактики хронических респираторных заболеваний следует рассматривать рациональный и своевременный выбор терапии острого респираторного заболевания. Как известно, центральным звеном формирования «порочного круга воспаления» в бронхиальном дереве является нарушение эвакуации патологически измененного бронхиального секрета, при этом, чем младше ребенок, тем труднее ему откашлять мокроту. С учетом особенностей патогенеза острого бронхита и анатомо-физиологических особенностей детей раннего возраста и дошкольников в практике семейного врача и педиатра обоснована комбинация бромгексина, гвайфенезина, сальбутамола.

Заслуживают интерес новые опубликованные данные относительно позитивного влияния комбинации бромгексина, гвайфенезина, сальбутамола на динамику маркеров воспаления респираторного тракта, местного и системного иммунитета, имеющие важное значение в предотвращении хронизации воспалительного процесса.

Сохраняется проблема гиподиагностики и несвоевременного лечения бронхиальной астмы на уровне первичного звена, имеющая как субъективные, так и объективные причины. К последним относятся трудности оценки функции внешнего дыхания у малышей. В тоже время, Национальный протокол по ведению детей с бронхиальной астмой 2013 года четко определяет критерии диагноза у младших детей и призывает врачей первичного звена к назначению пробной терапии.

Альтернативным препаратом для стартовой противовоспалительной негормональной терапии бронхиальной астмы у детей в возрасте до 5-ти лет, у которых затруднено проведение ингаляционной гормональной терапии, является монтелукаст. Данный препарат заслуживает внимания и более широкого внедрения в амбулаторную практику семейного врача и педиатра.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШКОВИКА

Березенко В.С., Ткалик О.М.

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

За даними вітчизняних та закордонних авторів в останні роки захворюваність на виразковий коліт та хворобу Крона зростає у всьому світі. Позакишкові прояви діагностуються майже у 50% дітей з виразковим колітом та майже у 80% дітей з хворобою Крона. Одним з найпоширеніших позакишкових проявів запальних захворювань кишечника є ураження гепатобіліарної системи, які діагностуються за даними різних авторів від 5% до майже 95%.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей функціонального стану печінки у дітей з виразковим колітом та хворобою Крона.

Об'єкт та методи дослідження: проведено ретроспективний аналіз 90 історій хвороб дітей віком 3 - 18 років з запальними захворюваннями кишечника (ЗЗК): виразковий коліт (ВК) встановлено у 78 дітей, хвороба Крона (ХК) – у 9. Оцінка функціонального стану печінки проводилась за показниками білірубину та його фракцій, АЛТ, АСТ, лужної фосфатази (ЛФ), гамаглутамілтрансферази (ГГТ) в сироватці крові загальноприйнятими методами. Всім дітям проводилось ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП) (ультразвуковий апарат – My Lab, Esaote S.p.A, Іспанія).

Результати. За результатами обстеження 71% (n = 64) дітей з ЗЗК мали зміни функціонального стану печінки, з яких 58 (74,4%) дітей з ВК, та 6 – з ХК (66,7%), p>0,05. Синдром цитолізу діагностований у 29,5% (n = 23) хворих на ВК, та у 44,5% (n=4) з ХК, p>0,05. Встановлено,

що хворі на ВК мали більш високі показники АЛТ ніж хворі на ХК – $77,7 \pm 4$ МО/л та $48,57 \pm 2,8$ МО/л відповідно, $p < 0,05$. В групі хворих з синдромом цитолізу помірне підвищення рівня трансаміназ до 3 норм мали 78,3% (n=18) хворих на ВК та всі хворі (n=4) з ХК. Підвищення трансаміназ до 5-6 норм було виявлено тільки у хворих на ВК (21,7%; n=5). Синдром холестазу (підвищення рівня білірубіну, ЛФ, ГГТ) встановлений у 39,1% (n=9) хворих на ВК та у 22,2% (n=2) з ХК, $p > 0,05$. За даними УЗД ОЧП помірне ущільнення стінок внутрішньопечінкових жовчних ходів та судин системи портальної вени визначалось у 84,4% (n=76) хворих на ВК. Хворі на ВК частіше мали ущільнення жовчних ходів, ніж хворі на ХК – 81,6% (n=62) та 33,4% (n=3) відповідно, $p < 0,05$. Гепатомегалію діагностовано у 29,5% (n=23) хворих на ВК та у 22,3% (n=2) з ХК, $p > 0,05$. Первинний склерозуючий холангіт діагностовано у 3-х дітей з ВК. Згідно ретроспективного аналізу історій хвороб встановлено, що з збільшенням тривалості ВК збільшується і частота виявлення порушень функціонального стану печінки, так з тривалістю хвороби до трьох років 18,7% (n = 12) хворих мали такі порушення, а з тривалістю хвороби більше трьох років – вже 81,3% (n = 52), $p < 0,05$.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження виявили, що майже у половини дітей з запальними захворюваннями кишковика на різних етапах захворювання виникають порушення функціонального стану гепатобіліарної системи, що потребує моніторингу, подальшого вивчення та розробок рекомендацій щодо попередження формування хронічних захворювань печінки.

Ключові слова: печінка, виразковий коліт, хвороба Крона, діти.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З СЕЗОННОЮ АЛЕРГІЄЮ

Беш Л.В., Новікевич С.З.

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Протягом останніх років значно зросла частота алергічної патології серед дітей. Зокрема, реєструється велика кількість сезонних захворювань, які розвиваються внаслідок сенсibiliзації організму до пилку рослин (алергічний риніт (АР), ринокон'юнктивіт (АРК), бронхіальна астма (БА) тощо). Особливу тривогу лікарів викликає сезонна БА, характерною рисою якої є власне чітка сезонність, загострення хвороби припадає на періоди цвітіння причинно-значущих рослин. Переважно розвитку БА передують ринокон'юнктивальний синдром, значно рідше першими проявами полінозу є саме симптоми БА. Викладена вище ситуація диктує потребу пошуку чинників, які підвищують ризик формування БА у дітей із сезонною алергією.

Мета: вивчення факторів ризику формування БА у дітей з проявами сезонної алергії.

В процесі дослідження було обстежено 108 дітей. Середній вік пацієнтів становив $11,56 \pm 5,12$ років. Сформовані дві групи спостереження, основну групу склали 48 дітей (44,4%), у яких сезонна алергія проявлялась поєднанням ринокон'юнктивіту (АРК) чи риніту (АР) та БА. У групу порівняння увійшли 60 дітей з сезонними АРК чи АР. Усі пацієнти та їх батьки дали письмову згоду на участь у дослідженні. Проведений детальний аналіз анамнестичних даних, динамічне спостереження за перебігом хвороби, об'єктивне обстеження. Встановлено, що у 35,8% пацієнтів основної групи вже у дебюті захворювання спостерігалися симптоми ураження верхніх і нижніх дихальних шляхів і лише у 6 пацієнтів дебютними були симптоми БА. Прояви сезонної алергії в основній групі стартували на 1-4 роки швидше. Пошук факторів ризику формування БА включав аналіз спадкових чинників, вивчення антенатального і перинатального періодів життя дітей, характеру вигодовування, умов проживання, дотримання адекватних способів лікування з обов'язковим включенням елімінаційних заходів.

Висновки. Найвагомішими факторами, що впливають на прогресування сезонної алергії і розвиток БА у дітей є ранній початок захворювання, наявність алергічного кон'юнктивіту, пізні звертання за спеціалізованою медичною допомогою. З метою ранньої діагностики БА рекомендуємо щорічно в період загострення симптомів сезонної алергії у дітей проводити дослідження функції зовнішнього дихання з застосуванням тесту на зворотність бронхообструкції. У випадку виявлення прихованого бронхоспазму, дітей треба розглядати як групу серйозного ризику розвитку БА.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ МАРКЕРІВ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ ПРОТЕЇНІВ У ВЕРИФІКАЦІЇ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ІЗ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

Білоус Т.М., Гончарук Р.І., Гнатюк М.Г., Кухта О.Я., Дідух Г.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. За даними всесвітньої організації алергії майже у третини хворих на алергічний риніт, так званий «атопічний марш», завершується формуванням астма-фенотипу, а близько половини пацієнтів із бронхіальною астмою мають симптоми алергічного риніту. На тлі коморбідного перебігу бронхіальної астми з супутнім алергічним ринітом астма зазвичай має тяжчий перебіг, зокрема, поєднання цих захворювань потребує агресивнішої базисної терапії для зменшення активності запального процесу дихальних шляхів, досягнення контролю астми та покращення якості життя хворих.

Мета роботи. Визначити діагностичну цінність показників окисної модифікації протеїнів у конденсаті видихуваного повітря у дітей шкільного віку при поєднаному перебігу бронхіальної астми з алергічним ринітом.

Матеріал та методи. На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 96 дітей, хворих на бронхіальну астму (БА), з яких сформували 2 групи порівняння. Першу групу створили 60 дітей із персистувальною БА (середній вік $10,9 \pm 0,48$ років, 58,8% сільських мешканців), другу групу – 36 дітей із коморбідним перебігом БА та алергічного риніту (АР) (середній вік $11,9 \pm 0,52$ роки, 55,9% сільських мешканців). За основними клінічними показниками групи порівняння співставимі. В усіх дітей у конденсаті видихуваного повітря (КВП) визначали вміст загального протеїну за методом Lowry О.Н., концентрацію альдегід- і кетопохідних 2,4-динітрофенілгідрозонів (АКДНФГ) основного та нейтрального характеру за методикою Дубініної О.Є. та співав.

Результати. Середній вміст загального протеїну у КВП дітей I групи становив $4,7 \pm 0,54$ г/л, у пацієнтів II групи – $3,1 \pm 0,39$ г/л ($p < 0,05$), середній вміст АКДНФГ основного характеру – $48,3 \pm 9,02$ та $79,8 \pm 11,29$ о. од. г протеїну відповідно ($p < 0,05$), середній вміст АКДНФГ нейтрального характеру – $5,2 \pm 0,91$ та $8,7 \pm 1,85$ о. од. г протеїну відповідно ($p < 0,05$). Зниження вмісту у КВП маркерів окисної модифікації протеїнів асоціювало з наявністю АР, що може бути застосовано для верифікації його коморбідного перебігу при БА. Так, ризик наявності супутнього АР зростав при вмісті загального протеїну менше 3,9 г/л зі співвідношенням шансів – 10,7, посттестовою вірогідністю позитивного результату 83,7%, за вмісту АКДНФГ основного характеру більше 48,3 о. од. г протеїну – зі співвідношенням шансів – 3,8, посттестовою вірогідністю позитивного результату 79,3%, за вмісту АКДНФГ нейтрального характеру більше 5,2 о. од. г протеїну – зі співвідношенням шансів – 2,3, посттестовою вірогідністю позитивного результату 69,6%.

Висновок. У дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, із супутнім алергічним ринітом відмічається більша активність окисної модифікації протеїнів у дихальних шляхах, що свідчить про інтенсивніший запальний процес, маркери якого можна використовувати для верифікації коморбідності алергічним ринітом.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ КОРНЕЛІ ДЕ ЛАНГЕ

Бобрикович О.С., Гаріджук Л.І., Семянчук В.Б., Яремчук Т.І.

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

Синдром Корнелії де Ланге – спадкове захворювання, що проявляється множинними вадами розвитку, розумовою відсталістю та нанізмом. Зустрічається у новонароджених з частотою від 1:30000 до 1:100000. Більшість випадків є спорадичними. Синдром є генетично гетерогенним. В ряді випадків при цитогенетичному дослідженні знаходять мікродуплікацію локусів q25-q29 хромосоми 3. Розрізняють два варіанти захворювання: I - (класичний) з вираженою пренатальною гіпоплазією, значною затримкою фізичного і інтелектуального розвитку, грубими вадами розвитку та II - з аналогічними лицевими аномаліями, але з пограничною затримкою психомоторного розвитку і відсутністю грубих вад розвитку. Останній варіант зустрічається найчастіше. Наводимо опис даного випадку.

Дівчинка – пробанд, народилася від 10 вагітності, в асоціалній сім'ї, під час якої багатовіддя з 24 т.г., ЗВУР плода, плацентарна недо-статність, сідничне передлежання плода. Пологи 8, передчасні в 35 тижнів, патологічні. Маса тіла при народженні – 1440 г, зріст -38 см, обвід голови -27 см, обвід грудної клітки -24 см, оцінка по шкалі АПГАР- 6/7 балів. Стан дитини після народження тяжкий за рахунок гіпотрофії та неврологічної симптоматики. На 6-ту добу переведена для подальшого обстеження в ОДКЛ. Лікувалась в відділенні недоношених дітей з діагнозом: ЗВУР, асиметричний варіант III ст. (вага і ріст нижче 3 перцентилію). Антенатальне ураження ЦНС, гострий період, синдром вегето-вісцеральних розладів. ВВС: дефект міжшлуночкової перегородки в мембранозній частині – 4 мм. Анемія недоношеної дитини. Недоношеність 35 тижнів. Мама на обліку не стояла, зловживання алкоголем заперечує. Дитина з групи високого соціально-медичного ризику по смертності малюків (дві вагітності – не виношування, одна вагітність – мертво народження, одна

смерть у віці 1 міс. по не уточненій причині). Дитина на змішаному вигодовуванні з 1 місячного віку – грудне молоко та неадаптовані суміші. Часто хворіє простудними захворюваннями. Остання госпіталізація у квітні 2013 р. виставлено діагноз: правобічна негоспітальна пневмонія. Нанізм не уточненого генезу. Гіпотрофія II ст., затримка статокінетичного розвитку. Рекомендації щодо подальшого лікування даних згідно виписки не проводились. На час поступлення до лікарні дитині виповнилося 2 р. 8 міс, маса тіла – 5800 г, зріст – 68 см, об'єм голови – 39 см, об'єм грудної клітки – 34 см. ІМТ-12,0. Зі слів мами дитина сидить з 9 міс, ходить з 1 р. 7 міс. (згідно записів в амбулаторній карті в 2 р. самостійно ще не ходить). Щитовидна залоза без особливостей. Фенотипові особливості у вигляді: мала маса тіла при народженні, а в подальшому різка затримка фізичного і психоморного розвитку, мікро-брахіцефалія, двохсторонній епікант, синофриз, голубі склери, підвернута верхня губа, патологія прикусу, високе піднебіння, малі ніс та губи, клинодактилія мизинця, 4 пальцева борозда, за даними Ехо-КС наявний дефект міжшлуночкової перегородки. Наведені фенотипові особливості розцінені як прояв синдрому Корнелії де Ланге, каріотип 46, XX.

Специфічного лікування не існує. Застосовують ноотропні препарати, анаболічні препарати, вітаміни, при різкій затримці росту (нанізм) показані рекомбінантні препарати гормони росту. За показаннями проводять протисудомну і седативну терапію.

Прогноз захворювання: у більшості хворих спостерігається розумова відсталість. Профілактикою даного синдрому є медико-генетичне консультування.

ПОЗАСУГЛЮБОВІ УРАЖЕННЯ ТА НЕЗВОРОТНІ ЗМІНИ ОРГАНІВ І СИСТЕМ У ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ (ЮРА)

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

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

Проблема ЮРА залишається актуальною внаслідок прогресивного перебігу хвороби, формування тяжких ускладнень, високої ранньої інвалідизації пацієнтів.

Мета дослідження: вивчення частоти і характеру змін органів і систем в залежності від особливостей розвитку ЮРА з полі- та олігоартикулярними варіантами захворювання. Обстежено 96 дітей віком від 2 до 18 років з тривалістю хвороби від 3 місяців до 7 років. Переважали особи жіночої статі (70 дівчаток (75,1%), 26 хлопчиків (24,9%)) та пацієнти з поліартикулярним варіантом ЮРА (84 хворих (88,5%) – поліартрит, 12 хворих (11,5%) – олігоартрит). Серопозитивність за ревматоїдним фактором (РФ) склала 16,6%, за антитілами до циклічного цитрулінірованого пептиду (а-ССР) – 12,5%. Системні глюкокортикоїди понад трьох місяців отримували 42,1%, метотрексат – 92,1%, сульфасалазин – 26,1% хворих. Аналіз особливостей перебігу ЮРА показав, що при оліговаріанті переважали хворі чоловічої статі (67,7%) з тривалістю захворювання до одного року (96%). Найчастіше відмічалось ураження колінних (83,3%) і променевоzap'ястних (33,3%) суглобів, в рівній мірі - гомілковостопних, ліктьових, дрібних суглобів кисті та шийного відділу хребта (по 16,6%), активність I ступеня (95,7%), 1-2 рентгенологічною стадією ураження суглобів і незначним (I ступінь) порушенням їх функції. Встановлено ураження очей (увеїт) у 33,3% хворих цієї групи. Усі пацієнти на олігоартрит були серонегативними за РФ та а-ССР. При поліартриті тривалість хвороби перевищувала три роки у 52,3% ($p < 0,05$), переважали дівчатка (78,6%, $p < 0,05$). Відмічались артрити колінних (73,8%), променевоzap'ястних (69,1%, $p < 0,01$), ліктьових (21,4%), гомілковостопних (66,6%, $p < 0,01$) та дрібних суглобів кисті (61,9%, $p < 0,01$), шийного відділу хребта (30,9%, $p < 0,01$). Лише в цій групі залучались тазостегнові (19,4%) та дрібні суглоби стоп (35,7%). Переважали III ступінь активності (54,7%, $p < 0,01$), 2-3 стадія рентгенологічних змін (52,3%, $p < 0,001$) та 2-3 стадія порушень функції суглобів (54,7%, $p < 0,01$). Позитивними за РФ були 18,6% та за а-ССР – 13,6% хворих. Залучення очей було лише у 2,4% ($p < 0,01$). Дефіцит маси тіла у хворих на ЮРА склав 14,7% незалежно від варіанту перебігу, затримка зросту – 30,7% (усі - при поліартриті). Зміни з боку серцево-судинної системи спостерігались у 15,6% хворих (при олігоартикулярному варіанті- 8,3%, при поліартикулярному-16,7%). Порушення функціонального стану нирок (зменшення клубочкової фільтрації, протеїнурія) виявлялись у 20,8% (відповідно 16,7% та 21,4%), зміни вмісту ліпідів у крові – 56,3% (відповідно 58,3% та 55,9%). Мінеральна щільність кісткової тканини була зменшеною у 61,5% і залежала від кількості уражених суглобів ($r=0,54$, $p < 0,05$). Ураження кісткової тканини (асептичні некрози) спостерігалось у 3,6% хворих (усі - при поліартикулярній формі), з яких: у треті відмічена двохсторонність процесу, у 40% діагноз поставлений пізніше 6 місяців, у однієї пацієнтки проведено хірургічне лікування у віці 15 років. До незворотних змін слід віднести ускладнення увеїту (катаракта – 57,9%, дегенерація роговиці – 36,8%, синехії – 42,1%, преципітати камер ока – 36,8%, фіброз стікловидного тіла – 10,1%).

Висновок. ЮРА, незалежно від кількості уражених суглобів, супроводжується тяжкими, в тому числі незворотними, пошкодженнями внутрішніх органів і систем, а також органу зору, які в подальшому стають причинами стійкої інвалідизації дітей. Це потребує інтенсифікації лікування з раннім початком базисної імуносупресивної та біологічної терапії. За нашими даними 52,3% хворих потребували посилення терапії з призначенням імунобіологічних препаратів.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФАКТОРАМИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ТИПАМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Богмат Л.Ф., Никонова В.В., Нелина И.Н., Толмачева С.Р., Бессонова И.Н.

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

Цель: изучить особенности нейрогуморальных взаимоотношений в зависимости от характера изменений диастолического наполнения левого желудочка у подростков с патологией миокарда.

Материалы и методы: проведено комплексное обследование 90 подростков с ПМ, из них: 37 – с нарушениями ритма сердца, 27 – с диспластической кардиомиопатией, 26 – с первичной артериальной гипертензией в возрасте 13-18 лет. Ультразвуковое исследование сердца и доплерэхокардиография проведены с помощью цифровой системы ультразвуковой диагностики SA 8000 Live линейным датчиком 3,5 МГц по стандартной методике. Из параметров, характеризующих диастолическую функцию (ДФ), рассматривались: пиковая скорость ранне-диастолического наполнения ЛЖ (пик E), пиковая скорость поздне-диастолического наполнения ЛЖ (пик A), время изоволюмического расслабления (IVRT), время замедления раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT). Для определения типа диастолической дисфункции (ДД) проводилась проба с изометрической нагрузкой (ИН). Количественное определение СРБ, ИЛ-6, ИЛ-1 и ФНО- α в сыворотке крови проводилось с помощью конкурентного твердофазного иммуноферментного анализа. Стат. обработка материала проведена на PC/Pentium 4 с помощью пакета прикладных программ „SPSS 17.0”.

Для адекватной оценки ДФ всем подросткам была проведена проба с ИН. На основе полученных результатов подростки были распределены по соотношению E/A. В I группе соотношение E/A < 1,5 O. Во II группе соотношение E/A было в пределах 1,5-2 O., а III группу - с E/A > 2 O. У подростков I группы, по сравнению с контролем, установлено достоверное снижение волны E ($p < 0,001$), прирост волны A ($p < 0,01$) и снижение соотношения E/A ($p < 0,001$), что свидетельствует о нарушении активной (первой фазы) релаксации ЛЖ. Еще одним признаком снижения скорости релаксации ЛЖ было некоторое удлинение DT ($p < 0,1$), что говорит о формировании у этих подростков I типа ДДЛЖ (тип замедленной релаксации). Во II группе, по сравнению с контролем, обнаружена лишь тенденция к снижению пика E и пика A ($p < 0,1$), но, отмечено достоверное снижение соотношения E/A ($p < 0,01$). Обращало на себя внимание замедление DT и IVRT ($p < 0,05$), ($p < 0,001$). Это говорит о формировании у этих подростков признаков II типа ДДЛЖ (псевдонормализация). В III группе, по сравнению с контролем, зарегистрировано снижение пика E и пика A ($p < 0,001$), повышение соотношения E/A ($p < 0,001$). Также отмечено замедление DT ($p < 0,1$) и уменьшение IVRT ($p < 0,1$). Итак, в III группе формируются наиболее выраженные нарушения диастолической функции миокарда левого желудочка, о чем свидетельствует значительное снижение пика E и пика A и рост отношения E/A > 2 O.

При изучении факторов иммунной активации и системного воспаления обращает на себя внимание постепенное повышение уровня Ил-6 у подростков со II и III типами ДД. Подобная тенденция установлена и при оценке ФНО- α . Высокие показатели СРБ, повышение ФНО- α и ИЛ-6 у подростков II и III групп могут быть признаками прогрессирования ДДЛЖ и независимыми предикторами неблагоприятного течения заболеваний сердца у этой категории больных.

РОЛЬ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D У РОЗВИТКУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Большот Ю.К., Годацька К.К., Чабанюк О.В., Таран О.М.

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

Патологія органів дихання, і в тому числі бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей раннього віку, є однією з актуальних проблем сучасної педіатрії. Серед відомих факторів ризику повторних епізодів БОС, таких як сімейний алергоанамнез, прояви атопії, еозинофілія на сьогодні активно вивчається роль вітаміну D (25(OH)D) та значення його дефіциту у схильності до частих респіраторних захворювань. Останніми роками було з'ясовано, що окрім класичних функцій, вітамін D здійснює модулюючий вплив на різні органи й системи організму за допомогою регуляції близько 2000 генів. Рецептори вітаміну D широко представлені в організмі і виявлені, щонайменше, у 35 органах і тканинах.

З огляду на це, останніми роками великий науковий інтерес представляє потенційна роль вітаміну D в розвитку респіраторної патології у дітей. Величезна кількість наукових досліджень свідчать про асоціацію рівнів вітаміну D з частотою та тяжкістю перебігу інфекційних захворювань вірусної, бактеріальної та грибкової етіології. Крім того, показано, що активність інфекційного процесу, кількість ускладнень негативно корелює з рівнем 25(OH)D. Основним механізмом протиінфекційної дії вітаміну D є його здатність

індукувати утворення в макрофагах, нейтрофілах, природних кілерах (NK-клітини) і епітеліальних клітинах β -дефензину-2 і кателіцидину, які викликають загибель мікроорганізмів, проявляючи активність щодо бактерій, вірусів і грибків. Достатній рівень забезпеченості 25(OH)D асоційований з підвищенням числа циркулюючих Th1-клітин, які стимулюють секрецію протизапальних цитокінів (γ -інтерферон, IL-2, IL-12, TNF- α), тоді як зниження сироваткової концентрації 25(OH)D супроводжується активацією імунної відповіді Th2-направленості, тобто збільшенням популяції IL-4, IL-5, IL-13, які сприяють atopічній реактивності організму. Sabetta et al. (2010) продемонстрували, що концентрація 25(OH)D в сироватці крові 38 нг/мл та вище сприяє зниженню захворюваності на гострі респіраторні вірусні інфекції, включаючи грип, принаймні, протягом осені та зими в помірних кліматичних зонах. Вітамін D знижує запальну реакцію на RSV-інфекцію в епітелії дихальних шляхів. Для забезпечення всіх позитивних впливів вітаміну D на організм цільова концентрація 25(OH)D в сироватці крові дітей повинна відповідати рівню понад 30 нг/мл. Згідно з даними зарубіжних досліджень, рівень 25(OH)D в сироватці крові був значно нижчим у дітей віком від 15 до 18 місяців з повторним БОС та позитивним прогностичним індексом розвитку астми (API) порівняно з дітьми, які не мали повторних епізодів БОС та з негативним API (Uysalol et al, 2014). Інше сліпе подвійне рандомізоване плацебо-контрольоване дослідження, проведене за участю японських школярів у віці 6-15 років показало, що прийом 1200 МО/добу вітаміну D протягом зими і ранньої весни допомагає запобігти виникненню грипу та приступів бронхіальної астми (Urashima M. et al, 2010).

Таким чином, сьогодні існують переконливі докази того, що дефіцит вітаміну D може підвищувати сприйнятливості до респіраторних інфекцій та сприяти тяжкому та/або повторному перебігу БОС. Тим не менш з'ясування механізмів, що обумовлюють розвиток бронхіальної обструкції у дітей, що мають дефіцит вітаміну D, вивчення чинників ризику його розвитку, визначення оптимальних схем корекції потребують проведення подальших наукових досліджень.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ПІДЛІТКІВ

Большот Ю.К., Толстікова О.О., Ковтуненко Р.В.

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

Метаболічний синдром (МС) – це комплекс обмінних порушень, який складається з абдомінального ожиріння, артеріальної гіпертензії, дисліпідемії та порушення вуглеводного обміну. Наявність хоча б трьох складових синдрому суттєво підвищує ризик виникнення кардіоваскулярної патології та цукрового діабету 2 типу. У зв'язку з підвищеною розповсюдженістю МС у підлітків останнім часом, питання його терапії є надзвичайно актуальним. При цьому принциповим є її спрямованість на основні ланки патогенезу захворювання.

Метою дослідження стало визначення ефективності застосування метформіну в терапії МС у дітей. Обстежено 48 дітей у віці 15-18 років, 26 хлопчиків та 22 дівчинки з МС. Діагноз МС встановлювали із урахуванням рекомендацій АТР III (2001) та IDF (2005). Групу контролю склали 22 здорові дитини, відповідного віку та статі з оптимальною масою тіла. Надалі пацієнти були розподілені на 2 групи (по 24 дитини), аналогічні за віком та статтю. Пацієнти основної групи поряд з дієтотерапією та фізичними вправами отримували метформін у дозі 1-1,5 г на добу протягом 3 місяців. Дітям групи порівняння призначали дотримання дієти та рухового режиму. Проводилося дослідження рівня С-пептиду імуноферментним методом за допомогою тест-систем, а також індекса інсулінорезистентності НОМА-IR. Визначали рівні адипонектину та лептину в сироватці крові методом ІФА із застосуванням реактивів "Demeditec Адипонектин ІФА DEE009". Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою програми Statistica (ver 2009 for Windows), використовуючи критерій Манна-Уїтні (для незалежних вибірок), Уїлкоксона (для залежних вибірок).

У всіх досліджуваних пацієнтів відмічалася абдомінальне ожиріння та три компоненти МС: артеріальна гіпертензія, підвищення рівня тригліцеридів в крові понад 1,7 ммоль/л та порушення тесту толерантності до глюкози або порушена глікемія натщесерце або цукровий діабет. Перед лікуванням відзначалося статистично значуще підвищення С-пептиду, а також індексу НОМА ($p < 0,05$). Виявлено достовірне підвищення рівню лептину ($p < 0,05$) та суттєве зниження адипонектину у сироватці крові у порівнянні із дітьми контрольної групи ($p < 0,05$). Через 3 місяці лікування рівень С-пептиду у дітей групи порівняння знизився несуттєво ($p > 0,001$) з $4,31 \pm 1,18$ нг/мл до $4,21 \pm 1,15$ нг/мл, а у дітей, які отримували метформін, С-пептид достовірно знизився до $3,03 \pm 0,51$ нг/мл ($p < 0,001$). Індекс інсулінорезистентності в групі порівняння знизився з $4,09 \pm 1,13$ до $4,01 \pm 1,11$, в основній групі – до $3,19 \pm 1,01$ ($p < 0,001$). До лікування виявлено достовірне підвищення ($p < 0,001$) рівня лептину, який несуттєво знизився на тлі дієти та фізичних вправ з $23,19 \pm 3,12$ до $19,21 \pm 3,1$ ($p > 0,005$). У дітей, які отримували метформін, рівень лептину достовірно знизився та склав $10,01 \pm 2,01$ ($p < 0,001$). В основній групі на тлі лікування метформіном відмічалася статистично недостовірне підвищення рівню адипонектину ($6,78 \pm 1,5$), яке достовірно ($p < 0,001$) відрізнялось від дітей групи порівняння.

Таким чином, застосування метформіну у дітей з метаболічним синдромом призводить до статистично значущого зниження показників інсулінорезистентності, достовірного зниження рівня лептину та недостовірного підвищення рівня адипонектину в сироватці крові.

ТРАНЗИТОРНА ЕРИТРОБЛАСТОПЕНІЯ – ДОБРОЯКІСНИЙ ВАРІАНТ ТЯЖКОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Бордій Т.А., Калічевська М.В., Ярченко Л.І.

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

Транзиторна еритроblastопенія дітей (ТЕД) – набута парціальна червоно-клітинна аплазія, яка найбільш часто зустрічається в дитячому віці. ТЕД характеризується анемією, що повільно розвивається, внаслідок тимчасового імунного пригнічення еритроїдного паростка в кістковому мозку. Етіологія захворювання невідома. Передбачається роль вірусної інфекції (але не парвовіруса В19), тому що захворюванню часто передують вірусні інфекції, хоча ніяких конкретних патогенів виявити не вдалося. На користь імунологічної природи ТЕД свідчить той факт, що сироватка і гамма-глобулін пацієнтів з ТЕД здатні пригнічувати ріст еритроїдних колоній *in vitro*. В генезі захворювання не виключається також і генетична схильність.

ТЕД зазвичай виникає у дітей у віці від 6 місяців до 3 років і проявляється нормоцитарною нормохромною гіпо- або арегенераторною анемією середнього або важкого ступеня. В клінічній практиці при ТЕД доводиться проводити диференційну діагностику в першу чергу із анемією Блекфена-Даймонда та залізодефіцитною анемією (ЗДА). На відміну від ТЕД анемія Блекфена-Даймонда виникає раніше (до 6 місяців життя), характеризується наявністю аномалій розвитку та затримкою росту, макроцитозом та підвищенням рівнів фетального гемоглобіну в крові і активності аденозіндезамінази еритроцитів. ЗДА відрізняється від ТЕД мікроцитозом еритроцитів та порушенням показників обміну заліза. Тривалість анемії при ТЕД зазвичай становить 1-2 міс. Відновлення продукції еритроцитів відбувається спонтанно, без будь-якого лікування.

Захворюваність ТЕД невисока, але досить стабільна. В міське гематологічне відділення ДГКБ №6 м. Дніпропетровська щороку надходить від 3 до 5 пацієнтів із ТЕД. Основний клінічний прояв ТЕД – блідість, яка наростає поступово, протягом декількох тижнів. Через повільно прогресуючу анемію в більшості випадків батьки помічають блідість дитини досить пізно. При надходженні до стаціонару рівень гемоглобіну у наших пацієнтів складав від 24 до 57 г/л. При дослідженні червоної крові виявляли нормальні показники середнього об'єму еритроцитів (MCV), середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті (MHC), середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті (MCHC) та нормальну величину розподілу еритроцитів за розмірами (RDW). У 44% дітей з ТЕД ми виявляли також нейтропенію. Кількість тромбоцитів у більшості хворих була нормальною, у деяких дітей – підвищеною. У всіх хворих показники обміну заліза були у межах норми. У пунктатах кісткового мозку виявляли зменшення кількості ретикулоцитів і попередників еритроцитів (хоча у типових випадках необхідності у пункції немає). При надходженні до стаціонару більшості пацієнтів проводилась трансфузія еритроцитарної маси. Відновлення продукції еритроцитів ми спостерігали протягом перших 2-3 тижнів з моменту госпіталізації. Підвищенню рівня еритроцитів у крові завжди передувало ретикулоцитоз. Повторної гемотрансфузії жодна дитина з ТЕД не потребувала. Рецидивів захворювання не спостерігалось. Всі діти одужали повністю і без ускладнень.

Таким чином, не дивлячись на значне зниження рівня гемоглобіну при ТЕД, що закономірно викликає суттєве занепокоєння у лікарів та батьків, в цілому захворювання є доброякісним та скороминущим. Якісно проведена диференційна діагностика дозволяє уникнути зайвих діагностичних та лікувальних заходів.

МОРФОЛОГІЧНИЙ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ДВАНАДЦАТИПАЛОЇ КИШКИ

Борисенко М.І.

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

Серед дитячого населення України поширеність виразкової хвороби становить 0,4-4,3 % серед загальної гастродуоденальної патології. За даними літератури та власними спостереженнями у дітей виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) діагностується у дітей в 17-20 разів частіше порівняно з виразковою хворобою шлунка.

Мета дослідження: вивчення морфологічного та функціонального стану слизової оболонки верхніх відділів травного тракту у дітей з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. Під спостереженням перебувало 100 дітей, віком від 7 до 17 років з ВХ ДПК в стадії загострення. Серед них переважали хлопчики (85%). Пацієнтів віком з 7 по 11 років було 15%, 12-15 років - 45%, 16-17 років - 40%. Тривалість захворювання в дітей до вступу в клініку становила: до 1 року – у 31%, від 1 до 3 років – у 32% і більше 3 років – у 37%. Обстеження хворих було комплексним і включало клінічні, лабораторні, бактеріологічні, імунологічні та інструментальні методи дослідження. Дослідження кислотоутворюючої функції шлунка проводилося двома методами: фракційним зондуванням шлунку за Лепорським (у 60 хворих) та інтрагастральної рН-метрії (у 40). Перебіг ВХ ДПК у більшості дітей мав рецидивуючий характер з сезонними загостреннями в осінньо-весняний період. Провідним у клініці ВХ ДПК був больовий синдром, який спостерігався майже у всіх хворих (97%), рідше

відмічалися диспепсичні (71%) та астено-вегетативні розлади (46%). Майже всі діти (91%) скаржилися на пізній біль у пілородуоденальній зоні (ПДЗ), який частіше був інтенсивним, гострого, колючого чи пекучого характеру і тривав більше 0,5-1,5 години. У решти хворих біль носив ниючий характер. Більшість хворих турбував біль у животі і вночі (36%) та вранці натще (35%). Частина хворих (23%) скаржилась і на ранні болю в епігастральній ділянці. При пальпації живота болючість різної інтенсивності визначалась у 100% хворих локальна у ПДЗ, а в 76% дифузна - і в епігастральній ділянці. У 30% хворих діагностовано гастроєзофагальний рефлюкс з езофагітом нижнього відділу стравоходу. У 100% хворих мало місце хронічне запалення слизової оболонки ГДЗ: поверхневий (еритематозний) гастрит - у 75%, ерозивний гастрит - у 25%, поверхневий (еритематозний) дуоденіт - у 30% та ерозивний дуоденіт - у 70%. Кислотоутворююча функція шлунку за результатами фракційного зондування шлунку в 53% хворих була підвищеною, у 23% - нормальною та у 24% - зниженою, а за даними інтрагастральної рН-метрії у 40% - підвищеною, у 35% - нормальною та у 25% - зниженою. У всіх хворих олужнююча функція шлунку була декомпенсована. Вивчення концентрації білка та білкових фракцій в дуоденальному вмісті (порція "А") встановило в усіх хворих значне перевищення норми ($1,38 \pm 0,43$ г/л, $P < 0,05$), визначалися додаткові білкові фракції в положеннях Φ_2 та Φ_5 .

Таким чином, ВХ ДПК у всіх хворих супроводжувалася хронічним запаленням слизової оболонки гастродуоденальної зони, причому в шлунку переважав поверхневий(еритематозний) процес, а у дванадцятипалій кишці - ерозивний. Майже у третини хворих діагностовано гастроєзофагальну рефлюксну хворобу. У більшості хворих за результатами фракційного зондування шлунку мало місце підвищення продукції соляної кислоти, а інтрагастральної рН-метрії - нормо- та гіпоацидність, але у всіх хворих олужнююча функція шлунка була декомпенсованою.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ КОРЕКЦІЇ ЗРУШЕНЬ В ІМУННІЙ СИСТЕМІ ТА ЛІПІДНОМУ КОМПОНЕНТІ МЕМБРАН ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ В ДІТЕЙ

Борисенко М.І.

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

Застосування різних варіантів імунотерапії в терапевтичному комплексі хронічного запалення слизової оболонки гастродуоденальної зони (ХЗСОГДЗ) без корекції зрушень складу ліпідного компоненту мембран імунікомпетентних клітин (ЛКМІК) має виражений позитивний вплив на зворотню динаміку клінічних проявів патологічного процесу, суттєве зниження числа рецидивів, подовження тривалості ремісії, але не обумовлює повної нормалізації показників імунітету. Результати власних експериментальних і клінічних досліджень свідчать, що корекція зрушень складу ЛКМІК також позитивно впливає на зворотню динаміку клінічних проявів захворювання та нормалізацію показників імунного статусу, але менш виражено порівняно із імунікорекцією.

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності поєднаного застосування корекції зрушень в імунній системі та складі ліпідного компоненту мембран імунікомпетентних клітин у лікувальному комплексі ХЗСОГДЗ дітей.

Під спостереженням перебувала 691 дитина з хронічним гастродуоденітом у стадії загострення, віком від 7 до 15 років. Супутні захворювання: у 94,75% - біліарної системи, у 42,82% - підшлункової залози, у 38,11% - товстої кишки, у 76,81% хворих - дизбіоз кишечника. До і після лікування в клініці проводилося імуніологічне обстеження та дослідження складу ліпідного компоненту мембран імунікомпетентних клітин хворих. До лікування у хворих виявлено достовірні зрушення показників клітинного та гуморального імунітету, місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу (МІВВТК), неспецифічних факторів захисту, функціональної активності імунікомпетентних клітин і метаболічних процесів в їх різних структурних елементах та в складі ЛКМІК. Хворих було поділено на 6 груп: I (контрольна) - отримувала загальноприйняте комплексне лікування без імунікорекції; II (основна група) - проводилась поєднана імуніомодуляція клітинного та гуморального імунітету, місцевого імунітету з корекцією зрушень у ЛКМІК; III (група порівняння) - проводилась імуніомодуляція МІВВТК; IV (група порівняння) - проводилась імуніомодуляція клітинної та гуморальної ланок імунітету; V (група порівняння) - проводилась імуніомодуляція клітинного та гуморального імунітету і МІВВТК; VI (група порівняння) - проводилась корекція складу ЛКМІК. Хворі II, III, IV, V та VI груп також отримували і базисну терапію аналогічну дітям I групи. У хворих основної групи достовірно раніше зникали клінічні прояви захворювання. У всіх хворих з ерозивним ХГД відбулося заживлення ерозій впродовж 14-16 днів. Поєднана імуніомодуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу і клітинного та гуморального імунітету із корекцією зрушень у ЛКМІК мала найбільший позитивний вплив на нормалізацію показників імунної системи. За результатами катamnестичного спостереження за хворими впродовж 2 років число рецидивів знизилось у 2,6 рази, подовжилась тривалість ремісії, прогресування патологічного процесу в слизовій оболонці гастродуоденальної зони не виявлено в жодного хворого.

Таким чином, поєднане застосування імуніомодуляції з корекцією зрушень у складі мембран імунікомпетентних клітин є перспективним напрямком у лікуванні зрушень в імунній системі.

НАВЧАННЯ САМОКОНТРОЛЮ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ЯК ФАКТОР ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ

Будрейко О.А., Чумак С.О., Мительов Д.А., Кирилова О.О., Цилюрик С.М.

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

Перебіг цукрового діабету (ЦД) у дітей відзначається лабільністю, труднощами досягнення компенсації вуглеводного обміну, раннім формуванням ускладнень. З огляду на те, що при ЦД вражаються практично всі органи та системи організму, пацієнтам необхідно бути добре обізнаними у стані свого захворювання і проводити щоденний контроль показників глюкози. В цьому аспекті навчання хворого є основою терапевтичного успіху і таким же важливим, як і інші засоби терапії. Таким чином, розробка нових підходів до навчання хворих на ЦД є актуальним питанням сучасної діабетології, а вирішення психологічних проблем, що супроводжують пацієнтів протягом всього життя, є важливою складовою ефективного самоконтролю (СК) захворювання.

В процесі виконання дослідження проведено комплексне обстеження 157 дітей 4-18 років, хворих на цукровий діабет (ЦД) 1 типу, із визначенням особливостей здійснення СК захворювання в сучасних умовах та факторів, що його обумовлюють. За даними анкетування хворих та їх батьків, оцінки рівня біомедичних знань та практичних навичок щодо керування власною хворобою, характеру фізичної активності, показників метаболічної компенсації та ознак діабетичних ускладнень виявлено незадовільний рівень СК у переважній кількості хворих – 77,7%. В динаміці спостереження після навчання в Школі самоконтролю встановлено поліпшення рівня СК із зростанням частоти випадків його достатнього рівня з 22,3% до 70,0%, що було пов'язане з оптимізацією частоти і якості моніторингу глікемії, з набутих вмінням ситуативно управляти інсулінотерапією і правильно проводити техніку ін'єкцій інсуліну. Поліпшення якості керування хворобою після навчання в Школі самоконтролю ЦД супроводжувалось позитивною динамікою показників компенсації вуглеводного обміну із зменшенням середніх показників HbA1c від 9,80% до 8,14% за рахунок зниження кількості хворих з глікемічним контролем високого ризику (з 67,5% до 29,3%) та збільшення частоти випадків оптимального глікемічного контролю (з 12,5% до 41,6%). Динамічне спостереження за хворими протягом року показало зниження частоти випадків гострих ускладнень втричі (діабетичного кетоацидозу та гіпоглікемії), а також зменшення частоти проявів ліподістрофій (з 68,0% до 36,5%) та діабетичної полінейропатії (з 65,0% до 53,1%) на тлі відсутності прогресування поширеності інших діабетичних ускладнень.

Загальний аналіз показників внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ) як показника усвідомлення цінності свого здоров'я, показав, що в ієрархії її структурно-змістовних компонентів у підлітків із ЦД 1 типу як до, так і після навчання, перші три рангові місця незмінно посідали самооцінковий, поведінковий та когнітивно-декларативний компоненти. Навчання підлітків із ЦД в Школі самоконтролю призвело до збільшення частки дітей, які розкривали ВКЗ, торкаючись лише полюсу здоров'я й зменшилася їх кількість з амбівалентною позицією. У половини досліджуваних підлітків відмічається відсутність чіткого визначеного локусу контролю, а серед іншої половини – домінування інтернального локусу контролю власного здоров'я – як розуміння залежності свого здоров'я від власних зусиль.

Таким чином, здійснення навчання СК із застосуванням диференційованих багаторівневих програм, різних форм навчання (групове, індивідуальне), дотриманням етапності та безперервності проведення занять з обов'язковим залученням членів родини у дітей з ЦД 1 типу дозволило досягти покращення компенсації вуглеводного обміну, зменшення частоти гострих ускладнень, позитивної динаміки психологічного статусу хворих.

ПЕРШИЙ В УКРАЇНІ ДИТЯЧИЙ ХОСПІС – КРОК ЗА КРОКОМ

¹Вовк З.В., ¹Синоверська О.Б., ¹Цимбаліста О.Л., ¹Орловська Р.М., ²Клим'юк Л.Р.

¹ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

м. Івано-Франківськ

²ОДКЛ м. Івано-Франківськ

Одним із стратегічних напрямків розвитку системи охорони здоров'я у Європейських країнах є розвиток паліативної медицини. Особливістю паліативної допомоги дитячому населенню є багатогранна допомога як маленькому пацієнтові, який часто не усвідомлює важкість свого стану, так і родичам дитини, які в переважній більшості не готові до зустрічі з такою проблемою. Хоспіс створює програми, які враховують інтереси як хворої дитини так і її батьків, інших членів сім'ї та здійснює їх різними формами: цілодобовий стаціонар, денний стаціонар, віізне відділення і організація допомоги в домашніх умовах, консультації в інших стаціонарах, заходи фізичної реабілітації, соціально-психологічної реабілітації, арт-терапії, казкотерапії тощо. Зроблений нами аналіз дитячої захворюваності показав, що в середньому за рік в області перебуває на обліку до 400-500 дітей з важкими невиліковними хворобами, з них 100-120 – онкологічних хворих. Тому була визначена потреба організації паліативної допомоги дітям в нашій області. Організація дитячого хоспісу проводилася в умовах обмежених ресурсів, але за поєднаної участі влади та активної громадськості регіону. Відкриттю дитячого

хоспісу передували заходи: 11 травня 2012 р. за №220 був виданий наказ департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації про створення дитячого паліативного (хоспісного) відділення на базі Надвірнянського будинку дитини; за підтримки благодійного фонду «Мати Тереза» спеціалісти вивчали досвід діяльності дитячих хоспісів Беларусії, Польщі, Росії та далекого зарубіжжя; обласна рада своїм рішенням від 23.11.2012 р. №717-19/2012 затвердила комплексну програму «Здоров'я населення Прикарпаття 2013-2020», в яку також було включене питання створення дитячого хоспісу у м. Надвірній та виїзного консультативного відділення в існуючому хоспісі; 27 листопада 2012 р. на засіданні громадської ради при ОДА обговорювалась доцільність створення в області цілісної системи паліативної та хоспісної допомоги у залежності від потреби в ній різних категорій хворих, включаючи дітей і сільське населення; 15 січня 2013 р. в держадміністрації була проведена нарада зацікавлених сторін для визначення і пошуку ресурсів: моральних, матеріальних, фінансових; 21 березня 2013 р., після відповідної підготовки, на обласному телебаченні «Галичина» у прямому ефірі був проведений 5-годинний телевізійний марафон «Жити і вірити», мета якого – залучити громадськість до збору коштів для відкриття закладу паліативної допомоги дітям та показати, що долі хворих дітей не залишать байдужими нікого. Інформація щодо телемарафону була опублікована в усіх засобах масової інформації, соціальних мережах, веб-сторінках хоспісу і департаменту охорони здоров'я. Проведені заходи дозволили зібрати близько 1,5 млн. гривень пожертв (еквівалентно на той час 180 тисячам доларів); 21 грудня 2013р. відбулося офіційне відкриття першого в Україні дитячого стаціонару паліативної допомоги на 15 ліжок. Надзвичайна активність суспільства, партнерська співпраця влади і громади, відкритість і прозорість усіх процесів дозволило вирішити складне питання щодо створення дитячого хоспісу в умовах обмежених ресурсів. Після відкриття дитячого хоспісу почалося налагодження зв'язків з європейськими центрами паліативної допомоги, що дозволяє перейняти досвід, виробити єдину концепцію формування, розробити навчальні програми і технології, які б допомогли розвивати дитячу паліативну службу в Україні.

СТАН НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Волосовець О.

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

Дитяча кардіоревматологія була залишається однією з найбільш складних проблем сучасної педіатричної науки та практики, що обумовлено зростанням захворюваності на хвороби кровообігу, вроджені вади серця та патологію кістково-м'язової системи серед дітей і підлітків. Це покладає на дитячих кардіоревматологів, дитячих лікарів та лікарів загальної практики – сімейних лікарів суттєві завдання по своєчасній діагностиці, лікуванню та профілактиці серцево-судинної патології.

В Україні ситуація з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) серед усього населення є складною адже в структурі смертності та інвалідності працездатного населення України хвороби серця та судин складають більше 65% (Коваленко В.М., 2015).

З позицій доказової медицини та епідеміологічними дослідженнями було доведено, що одним із самих істотних факторів, що визначають смертність населення працездатного віку слугує саме підвищення артеріального тиску. Судинні дисфункції дитячого віку з високою ймовірністю трансформуються в ішемічну й гіпертонічну хвороби уже у молодому віці.

У минулому році в Україні зареєстровано 2 821 (у 2012 - 4 029) дітей з есенціальною гіпертензією – 0,37 на 1000 дітей, а повинно бути у рази більше, особливо серед підлітків.

Отже, не можна вирішити проблему захворюваності дорослих, не вирішивши завдання раннього виявлення, лікування й профілактики кардіологічної патології в дитинстві.

Подальшого прогресування в популяції набуває також захворюваність на хвороби серця, яка у 2014 році становила 8,74 на 1000 дітей або 66 391 нових випадків ССЗ (у 2013 – 79 144 або 9,9 нових випадків на 1000 дітей). Їх поширеність серед дітей 0-17 років в минулому році склала 263,3 тисяч випадків (у 2013 - 309,8 тисяч випадків) або 34,67 на 1 тис. дитячого населення.

Таке зменшення вочевидь обумовлене неповною статистичною інформацією, що надходить до Центру медичної статистики МОЗ України внаслідок соціально-економічної ситуації на Донбасі та анексією АР Крим. Вочевидь, певну роль відіграє зменшення настороженості щодо ССЗ та вроджених вад серця (ВВС) у низці регіонів.

Питома вага ССЗ складає 2,02% від загальної кількості хвороб дитячого віку.

Найбільша кількість вперше зареєстрованих випадків серцево-судинних хвороб припала на підлітковий вік – 16,24 на 1000 дітей. Загальновідомим є той факт, що ця патологія у цієї вікової когорти дітей разом з іншими чинниками (ожиріння, гіподинамія, тютюнопаління, хронічні вогнища інфекції) у дитячому віці є базою для формування кардіоваскулярної захворюваності дорослого населення. У порівнянні з минулим роком зменшились показники захворюваності усіх вікових когортах серед дітей, яким був встановлений діагноз захворювання серця та судин.

Смертність від хвороб кровообігу серед дітей у 2014 році зменшилась до 0,183 на 10 тис. дітей – усього від хвороб системи кровообігу померло 139 дітей, з них 54 - у віці до року (у 2013 році від ССЗ померло 157 дітей (0,197 на 10 тис. населення), з них 72 до року). Діти з міст від ССЗ помирають частіше дітей із сільської місцевості: 86 випадків проти 53 (у 2013 р. - 92 випадки проти 65).

Найвищі показники смертності від хвороб системи кровообігу у дітей були у наступних областях: Закарпатській, Чернівецькій, Запорізькій, Тернопільській, Дніпропетровській, Київській, Рівненській, Черкаській областях.

Більшість випадків смерті дітей від ССЗ припадають на органічні ураження серця (кардіоміопатії, кардити) і судин, все більшого значення набувають життєнебезпечні форми порушень серцевого ритму, що супроводжуються серцевою недостатністю.

В структурі вроджених аномалій у дітей 23,8% складають вроджені аномалії системи кровообігу, темп зростання яких в порівнянні з 2010 роком складає майже 3,5%. Через це рання діагностика та адекватна спеціалізована допомога дітям з вродженими вадами серця (ВВС) залишаються однією з нагальних проблем дитячої кардіоревматології. Захворюваність на цю патологію стало зростає. Цей процес продовжувався і у 2014 році, коли вона становила 1,3‰ (в 2013 р. - 1,37‰). Вперше було виявлено 9 882 випадків вроджених вад серця (у 2013 р. – 11 032).

За 2014 рік у дітей у віці до 1 року діагностовано дещо менше випадків захворювання на ВВС – 4987, у той час як у минулому році – 5653 випадків.

Зараз в Україні у цілому нараховується 60360 дітей з ВВС – 7,95 на 1000 дітей, що складає 7,95 випадків на 1000 дітей (у 2013 році – 66 984 або 8,38 на 1000 дітей).

Щорічно в Україні народжується більше 5,5 тисяч дітей із природженими вадами серця, більшість із яких потребує кардіохірургічної допомоги. Змінюється структура ВВС у напрямку збільшення питомої ваги більш важких клінічних та сполучених форм вроджених вад серця (Лазоришинець В.В., 2014).

Свідченням системності роботи дитячої кардіоревматологічної служби є збільшення виявлення ВВС саме у дітей у віці до 1 року, що спостерігається протягом останнього десятиріччя.

Кадрове забезпечення дитячої кардіоревматологічної служби за останній рік погіршилося і продовжує залишатись таким, що бажає кращого. На сьогодні, у областях постійно на відповідних посадах працює 251 спеціаліст (0,03 на 1000 дітей) на 304 посадах, що менше ніж минулого року і пов'язано із вибуттям із системи лікарів анексованого АР Крим та частини Донбасу. З урахуванням сумісництва у закладах охорони здоров'я зайнято 254,5 посади, 172 (67%) з яких знаходяться у поліклінічних закладах та 12,75 у центральних районних лікарнях.

Звертає увагу, що саме у частині з перерахованих областей спостерігаються низькі рівні виявляємості серцево-судинної патології та ВВС на тлі високих показників летальності та смертності.

Укомплектованість штатних посад дитячих кардіоревматологів основними працівниками – 76,32%, з урахуванням сумісництва – 83,72%.

В Україні працює 937 кардіоревматологічних ліжка, з яких 35 ревматологічні (1152 – у 2013 році), або 1,24 на 1000 дітей при нормативі 1,5 ліжка на 10 тисяч дітей. Суттєве зменшення обсягу профільних ліжок обумовлено втратою госпітальної бази у АР Крим, м. Севастополі та на невідконтрольній частині Донецької та Луганської областей.

Середній термін перебування на ліжку кардіоревматологічного хворого – 10,15 (10,87 - у 2011 році), обіг ліжка склав 31,9. У 2014 році на профільних ліжках було проліковано понад 30 тисяч хворих дітей. Середній термін роботи кардіоревматологічного ліжка у минулому році склав 324 дні (у 2013 році – 323,9 днів).

Стабілізація показників захворюваності та поширеності ССЗ у дітей паралельно із зменшенням показників смертності від ССЗ та ВВС свідчать про системну роботу педіатричної та кардіоревматологічної служби на місцях щодо поліпшення виявлення та покращання результатів лікування, при суттєвому кадровому дефіциті професійно підготовлених кадрів та недостатньому матеріально-технічному оснащенні, особливо сучасними діагностичними технологіями.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІЧНОГО ІgE ДО АЛЕРГЕНІВ БУР'ЯНИСТИХ ТРАВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В УМОВАХ КРУПНОГО ПРОМИСЛОВОГО ЦЕНТРУ

¹Волосовець О.П., ²Врублевська С.В.

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

²Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. За даними МОЗ України (2013 р.) всього по Україні зареєстровано 43 930 хворих на бронхіальну астму дітей. Лідерами виявилися регіони з високою техногенною напругою: Донецька, Запорізька, Дніпропетровська, Харківська області і м. Київ. Зростання рівня алергопатології потребує подальшого вивчення механізмів її формування та удосконалення комплексу первинної профілактики.

З метою дослідити інформативність визначення специфічних ІgE до протеїнів бур'янистих трав у сироватці крові для визначення причинно-вагомих алергенів у дітей раннього віку ми обстежили 623 дітей віком 0-3 років Запорізької, Одеської, Херсонської областей.

Рівень загального та специфічних IgE, IgG4, ЕКБ визначали методом ІФА за допомогою ІФА аналізатора «Immulyte 2000» та реактивів фірми «Siemens» (Німеччина).

Обговорення результатів. ІgЕ-залежний механізм реагування виявився у 239 (38,36%) дітей, рівень специфічних ІgG4 до бур'янистих трав було досліджено у 49 немовлят, проте випадків з ІgG4-залежним механізмом реагування не було знайдено. Гіперчутливість до бур'янистих трав було виявлено вже на 2-му році життя - $1,40 \pm 0,56$ кЕ/л – клас II – середній рівень, на 3-му році життя – клас III, високий рівень – $12,02 \pm 1,3$ кЕ/л, що свідчить про зростання рівня гіперсенсibiliзації з віком. Крім того, при порівнянні показників за 2011 та 2015 рр. ми дослідили зростання сенсibiliзації до бур'янистих трав за останні 5 років на 61,8% (з $10,3 \pm 2,97$ кЕ/л до $16,62 \pm 5,97$ кЕ/л), що робить актуальним введення засобів первинної профілактики atopії у дітей групи ризику починаючи з народження. Найнижчий рівень сенсibiliзації до бур'янистих трав у сільській місцевості - $0,29 \pm 0,07$ кЕ/л – у 2,9 разів перевищує пограничні нормативи, що свідчить про інформативність та репрезентативність визначення специфічних ІgЕ-антитіл для виявлення причинно-вагомих алергенів у немовлят, як єдиного безпечного методу діагностики, дозволеного з періоду новонародження.

Серед немовлят, клінічні прояви алергії у яких співпадали із періодом полі нації, у 58,6% виявили підвищення вмісту специфічного ІgЕ до бур'янистих трав. Негативні результати у 62,5% випадків були отримані при дослідженні взимку, поза періодом впливу причинно-вагального алергену, але при повторному тестуванні у цих пацієнтів під час полінації бур'янистих трав у 72,8% рівень специфічних ІgЕ був підвищений. Зважаючи на коротку тривалість існування ІgЕ (2-3 доби), найвищу швидкість катаболізму і найменшу швидкість синтезу з усіх імуноглобулінів (2,3 мкг/кг на добу), ми вважаємо, що визначати чутливість до пилкового алергену шляхом визначення специфічних ІgЕ та ІgG4 до нього треба тільки під час його полінації.

БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА ПЕДІАТРА: СУЧАСНІ ТРЕНДИ

Волосовець О.П., Кривопустов С.П.

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

Одним із стратегічних завдань, передбачених Кабінетом Міністрів України для виконання Міністерством охорони здоров'я України щодо реалізації Плану заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», п. 307, є удосконалення системи безперервного професійного розвитку медичних працівників первинної медичної допомоги згідно з європейською практикою.

Безумовно, якісна сучасна підготовка лікарів в Україні вимагає приведення стандартів медичної освіти до міжнародних вимог, впровадження засад доказової медицини, мотивування лікарів до постійного самовдосконалення та подальшого безперервного професійного розвитку – «lifelong learning». Реалізація чинного Закону України «Про вищу освіту» щодо вищої медичної освіти в Україні неможлива без імплементації основних положень вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її знань, умінь і навичок на основі здобутої раніше вищої освіти.

Важливою формою безперервного професійного розвитку лікарів, зокрема первинної ланки, є проведення безпосередньо у регіонах науково-практичних семінарів провідними спеціалістами галузі щодо сучасних стандартів діагностики, лікування та профілактики поширених хвороб дитячого віку. Основний принцип проведення таких заходів - «професор йде до практикуючого лікаря», а не навпаки. Безумовно, це дозволяє підвищити рівень професійної компетенції лікарів первинної медико-санітарної ланки і якість медичної допомоги населенню, що є кінцевою метою безперервного професійного розвитку лікарів.

Вважаємо важливим перехід до проблемно-орієнтованого навчання, особистісно-орієнтованої підготовки з використанням активних інноваційних методів навчання. До останніх, зокрема, відносяться круглі столи, майстер-класи, ситуаційні завдання, ділові ігри, дискусії, залучення інтернет-технологій, дистанційного навчання, використання мультимедійних можливостей.

Окремо слід підкреслити актуальність таких напрямків навчання як імунопрофілактика, оптимальне харчування дітей, технології виходжування передчасно народжених новонароджених, медико-соціальні аспекти туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, цукрового діабету, стратегії стримування резистентності до протимікробних препаратів, запобігання поліпрагмазії тощо.

Сучасний та майбутній прогрес неможливий без впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я. Як приклад - аналіз поліморфізму генів людини, котрий є кроком у напрямку запровадження персоналізованої медицини.

«У лікарському мистецтві немає лікарів, які закінчили свою науку», - казав Матвій Якович Мудров (1776-1831).

ЕКСПРЕСІЯ ФАКТОРІВ РОСТУ ГЕПАТОЦИТІВ ТА НЕКРОЗУ ПУХЛИН-АЛЬФА ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ІЗ СУПУТНІМ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ

Волосянко А.Б., Ходан В.В., Іванишин Л.Я., Цицюра О.О., Шлімкевич І.В., Лазуркевич О.В.

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

Зрушення в системі мітогенних цитокінів є невід'ємною складовою типових патологічних процесів, що лежать в основі багатьох захворювань. В першу чергу, це стосується органів гепатобіліарної системи, де дисбаланс факторів регуляції апоптозу в подальшому може призвести до негативного наслідку – розвитку склерозу, фіброзу чи некрозу гепатоцитів.

Мета – вивчити ефективність удосконаленого комплексу патогенетичного лікування дітей із хронічним холециститом з урахуванням порушення функціонального стану печінки (ФСП) на основі дослідження прозапально-регенераторних цитокінів (HGF та TNF- α). Обстежено 80 дітей, хворих на хронічний холецистит із ознаками порушення ФСП, які були розподілені на дві підгрупи. До I підгрупи увійшло 42 дитини, які отримували лікування згідно клінічного протоколу МОЗ України. У II підгрупу увійшло 38 пацієнтів, які отримували удосконалений лікувальний комплекс із включенням Тіотриазоліну й Аскорутину у вікових дозах протягом 14 днів стаціонарного лікування, а також упродовж 14 днів після виписки.

Результати дослідження. Встановлено достовірну тенденцію до нормалізації концентрації фактору росту гепатоцитів (HGF) у сироватці крові у дітей II підгрупи, так, рівень HGF у дітей II підгрупи до лікування становив $948,94 \pm 257,29$ пмоль/л, а після вище вказаного лікування – $554,74 \pm 53,20$ пмоль/л, $p < 0,05$ і наближався до рівня показника визначеного у здорових – $458,57 \pm 59,73$ пмоль/л. Згідно результатів дослідження, рівень концентрації HGF у дітей I підгрупи, які отримували базисну терапію, був високим після лікування і становив $753,27 \pm 47,85$ пмоль/л в порівнянні з показником на початку лікування $1115,77 \pm 320,26$ пмоль/л та в порівнянні із підгрупою здорових дітей ($458,57 \pm 59,73$ пмоль/л) ($p < 0,05$). Для оцінки ефективності корекції протизапальної активності гепатоцитів проводили аналіз динаміки рівня TNF- α . Досліджено вірогідне зниження показника TNF- α в результаті застосування удосконаленої терапії із застосуванням аскорутину та тіотриазоліну. Слід зазначити, що рівень показника концентрації TNF- α у дітей II підгрупи до лікування становив $740,63 \pm 179,30$ пмоль/мл, а після курсу удосконаленої терапії – $357,99 \pm 92,02$ пмоль/мл, тенденційно наближаючись до відповідного рівня визначених у здорових дітей ($p < 0,05$). У дітей I підгрупи, які отримували базисну терапію відмічено зниження рівня TNF- α . Так, концентрація TNF- α у сироватці крові у даній підгрупі дітей була вищою ніж у дітей II підгрупи, і становила $683,00 \pm 100,94$ пмоль/л до лікування та $410,36 \pm 84,21$ пмоль/л після лікування ($p < 0,05$) відповідно.

Висновок. Отже, застосування у комплексній терапії аскорутину та тіотриазоліну позитивно впливає на корекцію рівня HGF і TNF- α , їх рівень вірогідно знижується після лікування. Вище зазначене зумовлено цитопротективним та антиоксидантним ефектами медикamentозних схем на стан гепатоцитів та печінки в цілому.

ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНУ ПНЕВМОНІЮ ІЗ СУПУТНЬОЮ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

Гаріджук Л.І., Бобрикович О.С., Сем'янчук В.Б.

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

Провідну роль у регуляції імунної відповіді при пневмоніях надають специфічним медіаторам імунної відповіді – цитокінам. В підтриманні динамічної рівноваги факторів імунного захисту в організмі людини відводиться про- та протизапальній системі інтерлейкінів. Порушення продукції, секреції та рецепції прозапальних цитокінів призводять до глибоких дефектів протиінфекційного захисту і поглиблює пряму пошкоджуючу дію мікроорганізмів та їх токсинів на легеневу тканину.

З метою вивчення ролі цитокінів у формуванні запального процесу при пневмонії із супутньою залізодефіцитною анемією (ЗДА), їх впливу на перебіг захворювання, нами було проведено визначення концентрації інтерлейкіну – 4 (ІЛ-4) та (ІЛ-8) у сироватці крові дітей з ускладненим перебігом пневмонії (УП) на тлі ЗДА. Визначення концентрації ІЛ-4 та ІЛ – 8 проведено у 90 дітей з УП у віці від 2 міс. до 3 років. Дітей розподілено на 4 підгрупи залежно від ступеня тяжкості ЗДА: I – УП без анемії, IIa, IIб та IIв – поєднання УП із ЗДА легкого, середнього і важкого ступенів, відповідно. Групу порівняння склали 20 практично здорових дітей. Дослідження проводили в гострий період захворювання (1–2 день госпіталізації до стаціонару) і в період стабільного покращення стану та відміни антибактеріальної тера-

пії (10–14 день). Результати проведених досліджень показали, що у дітей раннього віку, хворих на негоспітальну пневмонію, відмічались значні зміни в системі про- та протизапальних інтерлейкінів. Аналіз отриманих даних показав, що в гострий період хвороби рівень ІЛ-8 був підвищений у 4,6 рази у дітей І групи до $107,96 \pm 1,76$ пг/мл ($p < 0,001$) і надалі збільшувався по мірі прогресування ЗДА: до $112,07 \pm 1,85$ пг/мл - при легкому ($p < 0,05$), до $130,11 \pm 1,32$ пг/мл - при середньому ($p < 0,001$) і до $147,51 \pm 2,17$ пг/мл ($p < 0,001$) - при тяжкому ступені. У досліджуваної групи дітей виявлено одночасне підвищення ІЛ-4: у дітей без анемії і при ЗДА легкого ступеня однаковий його рівень, а зростання його спостерігається при середньому ступені до $(91,45 \pm 0,79)$ пг/мл ($p < 0,001$) і тяжкому ступені анемії – до $(107,05 \pm 1,34)$ пг/мл ($p < 0,001$). В період реконвалесценції захворювання рівень ІЛ-8 знижувався, але темпи його зниження були нижчими. Концентрація останнього в періоді реконвалесценції складала у Іа групі до $54,63 \pm 1,17$ пг/мл ($p < 0,001$). У решти дітей спостерігали аналогічну його динаміку: у дітей ІІа групи вміст ІЛ-8 знизився до $66,8 \pm 1,36$ пг/мл, ($p < 0,001$), ІІб – до $84,91 \pm 1,27$ пг/мл, ($p < 0,001$), ІІв – до $94,71 \pm 1,82$ пг/мл, ($p < 0,001$). Активність ІЛ-4 у дітей, хворих на УП у поєднанні із ЗДА, в динаміці проявлялася підвищенням рівня останнього від 1,7 до 2,2 разу: майже на однаковому рівні у дітей при відсутності дефіциту заліза та анемії легкого ступеня ($p > 0,05$). Значно підвищений його вміст у дітей з середнім та тяжким ступенем анемії ($117,01 \pm 2,14$ пг/мл і $125,53 \pm 1,85$ пг/мл, $p < 0,001$) відповідно.

Отже, рівень прозапального інтерлейкіну 8 та протизапального – 4 в сироватці крові дітей раннього віку знаходиться в прямій пропорційній залежності від періоду захворювання та ступеня тяжкості ЗДА. Чим більше виражена ступінь тяжкості анемії, тим більше спостерігалися суттєві зміни у вивчаємих показниках.

ФЕКАЛЬНІ БІОМАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ: РОЛЬ У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШОК У ДІТЕЙ

Гнатейко О.З., Личковська О.Л., Семен Х.О., Кулачковська І.Ю., Семен В.Д.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Діагноз синдрому подразненої кишки (СПК) базується на встановленні відповідності клінічних проявів Римським критеріям III та відсутності так званих «тривожних» симптомів. Наявність хоча б одного з «тривожних» симптомів потребує диференціації СПК з запальними захворюваннями кишок (хвороба Крона, виразковий коліт) та передбачає використання клінічних, ендоскопічних, гістологічних та серологічних методів діагностики, які є інвазивними, потребують затрат значних коштів, а в дітей вимагають загального знечулення. Тому перспективним для диференційної діагностики запальних та функціональних хвороб кишок є вивчення фекальних біомаркерів запалення, таких як фекальний кальпротектин (FCP), альфа-1-антитрипсин ($\alpha 1$ -АТ) та секреторний імуноглобулін А (sIgA).

Метою даного дослідження було вивчення можливості застосування фекальних біомаркерів запалення для диференційної діагностики та оцінки ефективності лікування захворювань кишок у дітей.

Матеріали і методи. Під спостереженням були 42 дітей з клінічними ознаками СПК віком 5 – 12 років. Відкритим когортним методом дітей розподілено на 2 групи: до основної групи увійшла 21 дитина, яка, крім протокольної терапії, отримувала протягом 1 місяця пробіотик, що містить *Lactobacillus Reuteri*; до групи порівняння – 21 дитина, що отримувала протоколову терапію. Кількісне визначення концентрації FCP, sIgA, $\alpha 1$ -АТ в калі проводили за допомогою комерційних лабораторних наборів RIDASCREEN® компанії R-Biopharm AG (Німеччина). За умови виявлення у хворого хоча б одного з «тривожних симптомів» проводили колоноскопію з біопсією слизової оболонки товстої кишки.

Результати дослідження та обговорення. Показник FCP в обстежених дітей був вищим від норми і в середньому склав $79,70 \pm 6,86$ мкг/г. І лише в одній дівчинки цей показник становив 380,2 мкг/г, що вказувало на високу ймовірність запального захворювання кишки. Згодом, саме у цієї дитини при колоноскопії діагностовано хворобу Крона: термінальний ілеїт, дуоденіт; І стадія (ранні зміни); активність процесу за PCDAI – 32,5 (між середньою та високою). Рівень sIgA наближався до нижньої межі норми (100 – 1200 мкг/г) і склав у середньому $233,37 \pm 18,92$ мкг/г. Середній рівень $\alpha 1$ -АТ ($359,49 \pm 26,83$ мкг/г) був наближеним до верхньої межі норми (400 мкг/г), однак не перевищив її. Поряд з FCP та sIgA, рівень $\alpha 1$ -АТ характеризує стан проникливості кишкової стінки, що виявився не порушеним практично в усіх обстежених.

На фоні лікування зі застосуванням пробіотиків спостерігали більш сприятливу динаміку клінічних симптомів, рівень FCP був достовірно нижчим ніж в основній групі ($55,1 \pm 3,9$ мкг/г проти $102,9 \pm 7,7$ мкг/г; $p < 0,05$). Рівень sIgA зріс в обох групах, однак тільки в основній – статистично достовірно ($248,4 \pm 11,2$ мкг/г проти $186,7 \pm 11,8$ мкг/г; $p < 0,05$).

Висновки. Рівень FCP виявився найбільш чутливим інструментом диференційної діагностики запальних та функціональних захворювань кишок, зокрема для виокремлення групи дітей, що потребують проведення ендоскопії. Застосування у комплексі терапії СПК пробіотиків, що містять лактобактерії, сприяє зменшенню рівня FCP та зростанню sIgA, що сприяє нормалізації бар'єрної функції кишкової стінки.

ФЕРМЕНТИ ЯК МАРКЕРИ ТУБУЛЯРНИХ ПОШКОДЖЕНЬ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Годованець Ю.Д., Бабінцева А.Г.

ВНДЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вивчення активності ферментів у сечі новонароджених є перспективним напрямком діагностики ступеня тяжкості ренальних пошкоджень, які розвиваються на фоні різноманітної перинатальної патології. Визначення активності ферментів у сечі дозволяє оцінити ступінь пошкодження структурно-функціональних елементів, а також встановити локалізацію патологічного процесу. За даними літератури, ензиматичними маркерами пошкодження проксимальних канальців нирок є аспартат- та аланін амінотрансферази (АсАт та АлАТ), лужна фосфатаза (ЛФ), гамма-глутамілтрансфераза (ГГТ) та лактатдегідрогеназа (ЛДГ).

Метою дослідження було визначення у сечі новонароджених дітей з тяжкою перинатальною патологією активності ферментів, які характеризують пошкодження канальцевого апарату нирок.

Проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження 36 доношених новонароджених з порушеннями загального стану тяжкого ступеня (основна група) та 37 доношених здорових дітей (контрольна група) на 48-72 годині життя. Дослідження активності ферментів сечі проводили за допомогою біохімічних методів з використанням стандартних наборів реактивів фірми «Філісіт-діагностика» (Дніпропетровськ, Україна) з подальшим розрахунком індексу «активність ферменту : рівень креатиніну».

Структура патологічних станів, які зумовили порушення процесів постнатальної адаптації тяжкого ступеня у дітей основної групи, була представлена асфіксією тяжкого ступеня у 6 дітей (16,7%), асфіксією помірного ступеня – у 2 дітей (5,6%), набряком головного мозку – у 14 дітей (38,9%), синдромом аспірації меконію – у 10 дітей (27,8%) та вродженою пневмонією – у 4 дітей (11,1%) даної групи. У всіх дітей основної групи перебіг основного захворювання був ускладнений формуванням синдрому поліорганної недостатності.

Результати дослідження показали, що у дітей з клінічними проявами тяжкої перинатальної патології спостерігається підвищення активності ферментів-маркерів тубулярного пошкодження у сечі порівняно зі здоровими новонародженими. Так, індекс «активність ферменту : креатинін» для АсАТ становив у дітей основної групи 2,85 [2,03; 3,43], у дітей групи контролю – 1,43 [1,11; 2,17] при $p < 0,05$; для АлАТ – відповідно групам обстеження 1,24 [0,95; 2,2] та 0,98 [0,57; 1,18] при $p < 0,05$; для ЛФ – відповідно 1,14 [0,97; 1,39] та 0,53 [0,3; 1,06] при $p < 0,05$; для ГГТ – відповідно 0,85 [0,73; 1,14] та 0,7 [0,38; 0,85] при $p < 0,05$; для ЛДГ – відповідно 4,45 [3,53; 6,5] та 3,6 [3,47; 3,77].

Таким чином, у доношених дітей з клінічними проявами тяжкої перинатальної патології спостерігається достовірне підвищення активності ферментів-маркерів тубулярних пошкоджень, що вимагає проведення ретельного моніторингу ренальних функцій та відповідної корекції лікувальних заходів.

ДІАГНОСТИКА ПОСТГІПОКСИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.

Годованець Ю.Д., Перижняк А.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Гіпоксичні ураження серцево-судинної системи займають одне з провідних місць у структурі захворюваності новонароджених і зустрічаються у 40-70% дітей, які перенесли внутрішньоутробну або перинатальну гіпоксію.

Проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження 167 дітей. ІА групу склали доношені новонароджені з загальним станом середньої тяжкості (58); ІВ групу – новонароджені з важким станом (49). Контрольну (ІІ групу) склали 60 відносно здорових новонароджених.

Отримані дані показали, що рівень активності креатинфосфокінази (КФК) у дітей ІВ групи ($331,2 \pm 16,41$ од/л) вищий в 2 рази, порівняно з ІА групою ($163,2 \pm 7,94$ од/л) та в 2,5 рази вище, ніж показники у новонароджених ІІ групи ($129,00 \pm 6,48$ од/л). Висока специфічність і чутливість креатинкінази-МВ (КФК-МВ) дозволяють використовувати її для характеристики постгіпоксичних змін в міокарді новонароджених. Відповідно, ступінь збільшення даного ізоферменту, за даними літератури, залежить від ступеню пошкодження міокарду. Результати досліджень показали найбільш високу активність КФК МВ у новонароджених ІВ групи ($176,6 \pm 8,03$ од/л), у порівнянні з ІА ($58,5 \pm 6,72$ од/л) та ІІ групою ($43,3 \pm 2,14$ од/л) відповідно, що свідчило про значні структурно-функціональні й деструктивні порушення мембран кардіоміоцитів.

Головним джерелом ізоферментів лактатдегідрогенази (ЛДГ) в сироватці є зруйновані клітини крові, а підвищення концентрації окремих ізоферментів характеризує пошкодження конкретних органів. Порівняння активності ЛДГ у новонароджених груп спосте-

реження показало, що найвищим показник був у дітей ІВ групи ($1114,2 \pm 25,76$ од/л), що у 1,5 рази більше в порівнянні з ІА групою ($719,3$ од/л) та в 2 рази вище, порівняно з ІІ (контрольною) групою ($528,1$ од/л).

За нашими даними, тяжкий стан новонароджених на фоні перинатальної патології супроводжувався значним зростанням активності ферменту аспаратамінотрансферази (АсАТ). Так, цей показник у дітей ІВ групи спостереження складав $45,6 \pm 2,19$ од/л при нормі в контролі $30,9 \pm 1,54$ од/л ($p < 0,05$). При цьому слід відмітити, що активність АсАТ у новонароджених вірогідно зростала до $39,4 \pm 1,97$ од/л, порівняно з дітьми контрольної групи, вже при середній тяжкості стану. Також у ході дослідження нами відмічено деяке підвищення активності лужної фосфатази (ЛФ) у дітей, народжених з клінічними ознаками перинатальної патології та порушенням адаптації. А саме, у новонароджених ІА групи активність ЛФ складала $283,1 \pm 14,16$ од/л, ІВ групи $290,1 \pm 14,80$ од/л у порівнянні з контролем - $266,1 \pm 12,2$ од/л, $p > 0,05$.

Висновок: Підвищення активності внутрішньоклітинних ферментів, яка зростає відповідно тяжкості стану новонароджених, свідчить про наростання метаболічних порушень, які потребують своєчасної діагностики та корекції від народження.

АНАЛИЗ ПРИЧИННЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Гостищева Е.В., Танага В.А., Черняева Е.С., Виризей Т.Б., Пашенко И.В.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь,
Городская детская клиническая больница, г. Симферополь,
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

В последние годы отмечается рост аллергической патологии, в том числе в детской популяции. В числе лидирующих по обращаемости за медицинской помощью составляют острые аллергические реакции. Они часто развиваются молниеносно и вызывают тяжелые нарушения витальных функций организма, поэтому угрожают жизни пациента. По данным литературы, распространенность крапивницы среди детей и подростков составляет 2,1-6,7%. У 49% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке.

Цель и задачи исследования. Изучить частоту встречаемости и выявить причинный фактор развития острой аллергической патологии у детей.

Материалы и методы исследования. Клиническому анализу были подвергнуты 264 истории болезни пациентов в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, проходивших курс лечения в 2014 году по поводу аллергических кожных проявлений в детской городской клинической больнице г. Симферополя. Анализ результатов проводился с помощью статистической стандартной программы «Excel-Office, 2003» фирмы Microsoft (США).

Результаты исследования. Острые аллергические реакции (ОАР) чаще встречались у детей в возрасте от 1 до 7 лет – 153 пациента (57,96%). Мальчиков с ОАР было 124 (54,87%), девочек – 102 (45%). Среди общего количества пациентов с проявлениями острых аллергических реакций, чаще всего встречалась острая крапивница – у 169 детей (64%). Анализ причинного фактора показал, что в 136 случаях – это были пищевые продукты (51,5%), которые употребляли дети или кормящие матери, в 28 случаях (10,6%) причиной острой аллергической реакции родители считали приём ребёнком лекарственных препаратов и вакцинацию, в 64 случаях (24%) родители не смогли указать причинный фактор, вызвавший аллергическую реакцию. Чаще всего аллергические реакции встречались в весенне-летний период, с максимумом проявлений в июне и июле.

Выводы. Более чем у половины пациентов отмечалась острая аллергическая реакция типа крапивницы. Получены достоверные данные, что чаще всего в качестве причинного фактора выступали пищевые продукты. Чаще всего острая аллергическая патология встречалась в весенне-летний период. В этот же период лидировали аллергические реакции на пищевые продукты. Большинство аллергических реакций на лекарственные препараты были выявлены в зимне-весенний период. Необходимо производить более тщательный сбор анамнеза по выявлению причины развития острой аллергической реакции. Врачу-педиатру необходимо регулярно проводить просветительную работу о правильном и рациональном питании детей и кормящих матерей с целью профилактики возникновения острых аллергических реакций.

КЛІНІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЕПТИНЕМІЇ У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Громнацька Н.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Останнім часом інтенсивно вивчається значення лептину у патогенезі метаболічного синдрому (МС) та його основних критеріїв: абдомінального ожиріння, дисліпідемії, порушень вуглеводного обміну, розвитку інсулінорезистентності та артеріальної гіпертензії.

Мета. Вивчити клінічні та лабораторні характеристики лептинемії та їх зв'язок з критеріями МС у дітей.

Матеріали і методи. Основну групу склали 68 дітей з МС, діагностованим згідно критеріїв IDF, 2007, групу контролю - 55 дітей з нормальною масою тіла. Діти досліджуваних груп не відрізнялись за віком і статтю. Абдомінальне ожиріння діагностували при обводі талії більше 90-го перцентилу розподілу. Офісний артеріальний тиск вимірювали аускультативним методом Короткова механічним сфігмоманометром, артеріальну гіпертензію діагностували за критерієм IDF, 2007, - 130/85 мм рт. ст. Вміст глюкози в сироватці крові визначали глюкозооксидазним методом, базальний імунореактивний інсулін крові - методом твердофазного імуноферментного аналізу (реактив Insulin Enzyme Immunoassay Kit фірми DRG Instruments GmbH, Germany), загальний лептин - ензимним імунозв'язуючим імуносорбентним методом з реактивом Leptin Sandwich фірма DRG ELISA, вміст загального холестерину та тригліцеридів у сироватці крові - колориметричним ферментним методом з контрольною сироваткою фірми Roche на автоматичному біохімічному аналізаторі Cobas Integra 400 Plus, ХСЛПВЩ - пероксидазним колориметричним ферментативним методом з набором Cholesterol (фірм Roche, Швейцарія, та Human, Німеччина). За відрізню точку гіперлептинемії взято 75-й перцентиль розподілу лептину у дітей групи контролю - 9,5 пмоль/л.

Результати. Виявлено, що рівень лептину у дітей з МС [18,60 (10,30-38,5) пкмоль/л] був вірогідно вищим, ніж у дітей групи контролю [1,5 (0,5-9,5) пмоль/л] ($p=0,001$). Ознаки гіперлептинемії та наступної лептинорезистентності мали в 4,0 рази більше дітей (86,8%) з МС, ніж групи контролю (21,8%; $p=0,002$). Встановлено, що у 30 (55,5%) дітей з МС на тлі абдомінального ожиріння з гіперлептинемією спостерігались порушення вуглеводного обміну, з них у 27 (45,7%) ($p=0,040$) - гіперінсулінемія ($p=0,040$), у 20 (33,8%) ($p=0,016$) інсулінорезистентність за індексом НОМА-IR та у 23 (38,9%) ($p=0,001$) за індексом Caro, у 8 (13,6%) ($p=0,035$) - базальна гіперглікемія, у 34 (62,9%) ($p=0,031$), у 14 (25,9%) - низькі значення ХСЛПВЩ, у 18 (33,3%) - високі значення ЗХС ($p=0,021$) і у 13 (24,1%) ($p=0,011$) - високі значення тригліцеридів крові. У дітей з МС встановлено позитивний кореляційний зв'язок лептину з масою тіла ($r=0,56$, $p=0,0005$), ІМТ ($r=0,62$; $p=0,001$), обводом талії ($r=0,58$; $p=0,004$), обводом стегон ($r=0,61$; $p=0,002$), систолічним ($r=0,37$; $p=0,001$) та діастолічним артеріальним тиском ($r=0,31$; $p=0,001$), артеріальною гіпертензією ($r=0,43$; $p=0,023$) та від'ємний з ХСЛПВЩ ($r=-0,28$; $p=0,030$). Кореляційної залежності лептину та показників вуглеводного обміну не встановлено.

Висновки. Рівень лептину та частота гіперлептинемії у дітей з МС вірогідно вищі, ніж у дітей з нормальною масою тіла. Гіперлептинемія має суттєве патогенетичне значення у формуванні МС та його основних ознак МС: генералізованого та абдомінального ожиріння, дисліпідемії зі зниженням ХСЛПВЩ, гіперінсулінемії, гіперглікемії, інсулінорезистентності та артеріальної гіпертензії.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД АКАДЕМІЧНО ЗДІБНИХ ДІТЕЙ У ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ

Даниленко Г.М.¹, Пономарьова Л.І.^{1,2}, Нестеренко В.І.²

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

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

Пошук адекватних способів виявлення обдарованих і талановитих дітей, створення для них оптимальних умов виховання й навчання вважається найважливішим та стратегічним загальнонаціональним завданням.

Негативні тенденції у стані здоров'я дітей молодшого шкільного віку, що поєднуються з психосоціальними проблемами навчання та виховання академічно здібних дітей, впровадження нових педагогічних технологій, потребує вивчення закономірностей формування здоров'я академічно обдарованих дітей, їх фізичного розвитку і психофізіологічних особливостей, виявлення ризиків порушення їх здоров'я, вимагають своєчасного впровадження медико-профілактичних заходів.

Дослідження проводилось в двох гімназіях, де впроваджувалась експериментальна програма «Інтелект України» в динаміці перших трьох років навчання в молодшій школі. Гімназія 1 (Г1) відрізнялась ретельним психолого-педагогічним відбором при формуванні класів для навчання за проектом, в гімназії 2 (Г2) підбір дітей в експериментальний клас був вільним (за бажанням батьків).

Аналіз стану здоров'я за даними медичних оглядів показав, що загальна патологічна ураженість (ПУ) в експериментальних класах

(ЕК) була вищою у порівнянні із контрольними класами (КК) в обох навчальних закладах і на початку навчання складала 1745,5 проти 1407,4‰ відповідно у Г1 та 1896,6 проти 1737,7‰ відповідно у Г2 ($p < 0,05$). Кількість захворювань за перший рік навчання більш суттєво зростала в Г2 - на 17,9% в ЕК та на 13,8% в КК, а першокласники Г1 ліпше пристосовувалися до навчання і їх показники зросли на 13,4 та 7,3% відповідно. В подальшому спостерігалось підвищення ПУ і наприкінці третього класу вона складала 2312,5‰ в ЕК та 1724,1‰ в КК в Г1 проти 2461,5 та 2186,4‰ відповідно в Г2.

Розподіл школярів за групами здоров'я показав, що кількість здорових дітей (I група здоров'я) протягом навчання в молодшій школі зменшувалась. Втім чисельність III групи здоров'я збільшувалась від 23,7 до 29,7% в Г1 та від 37,9 до 50,0% в Г2, тобто хронічна патологія частіше виявлялась в Г2 в порівнянні з Г1 ($p < 0,05$).

При оцінці динаміки фізичного розвитку встановлено, що кількість гармонійно розвинутих дітей протягом навчання знижувалась в усіх досліджуваних колективах, з найбільш вираженими негативними тенденціями в Г2 (від 62,1 до 54,5% в Г1 та від 65,4 до 50,0% в Г2).

Отже, в результаті проведеного дослідження встановлено, що діти з академічними здібностями мали нижчий рівень здоров'я, в порівнянні з однолітками, ще на етапі відбору до навчання, а в процесі навчання в молодшій школі воно надалі погіршувалось. Зростання показників патологічної ураженості та кількості учнів із хронічною патологією, порушення гармонійності фізичного розвитку більш вираженими були серед дітей, які не пройшли ретельний відбір для навчання за експериментальною програмою. Це підкреслює необхідність використання технології медико-психологічного супроводу академічно здібних та обдарованих дітей в умовах впровадження педагогічних інновацій в початковій школі, обов'язковими складовими якої є психолого-педагогічний відбір учнів та активний соціально-гігієнічний моніторинг їх здоров'я, що сприятиме запобіганню дії шкільних чинників ризику.

ДО ПИТАННЯ ШКІЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПЕРШОКЛАСНИКІВ

Дедишин Л.П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Шкільна дезадаптація, яка помилково вважалася проблемою педагогічною, своїми коріннями насправді переплітає різні сфери: соціальну, медичну, педагогічну. Медичні аспекти: ранні органічні ураження мозку, обтяжена спадковість, відхилення в фізичному або психічному здоров'ї відіграють велику роль в генезі шкільної дезадаптації, поряд з іншими аспектами: психолого-педагогічними, умовами життя родини, рівнем освіти та навчання тощо.

Нами проведено комплексне клініко-функціональне обстеження 439 дітей 6-7 – річного віку, 230 із яких мали перинатальні фактори ризику (основна група), 239 – без ускладненого перебігу перинатального періоду (контрольна група). Це дало змогу виявити нові дані про взаємозв'язок між окремими патологічними станами перинатального періоду та порушеннями морфо-функціональної зрілості дитячого організму. За результатами психофізіологічного обстеження дітей віком 6 років 44,2% в основній групі мали ознаки шкільної незрілості, в порівнянні з 31,5% в контрольній групі. При цьому в групі дітей, які народилися недоношеними, цей відсоток становив 63,2%, від матерів з гестозами - 56,3%. Аналогічні показники у групі дітей віком 7 років свідчать на користь шкільної зрілості. Відсоток дітей «не готових» до початку навчання у школі в основній (16,7%) та контрольній (13,6%) групах був достовірно нижчим в порівнянні з 6-літками. Більшість дітей основної групи мали дисгармонійний розвиток, значно гірші показники стану здоров'я у перші 7 років життя: імунологічний дисбаланс, функціональні розлади серцево-судинної системи, часті респіраторні інфекції, патологію зору, невротичні реакції, порушення вимови тощо.

Процес шкільної адаптації у першокласників теж мав свої особливості. Починаючи з першого тижня навчання, частина дітей скаржилася на швидку втому, головний біль. Серед дітей основної групи описані вище зміни спостерігалися частіше, ніж у контрольній (відповідно 32,2% та 14,6%). Під кінець другого-третього місяця навчання у 28,6% дітей основної групи (13,6% в контрольній) розвивався астеничний синдром: млявість, сонливість, зниження концентрації уваги, плаксивість. Гіпердинамічний синдром, який проявлявся непосидючістю, посиленою руховою активністю, швидкою зміною настрою, спостерігався у 53,6% дітей основної та 18,2% контрольної груп. Всі ці симптоми є ознакою шкільної дезадаптації, яка часто в літературі описана як мінімальна мозкова дисфункція. Незалежно від трактування цих симптомів, вони вимагають ранньої діагностики та відповідної корекції.

Для вирішення проблеми шкільної дезадаптації потрібне поєднання зусиль трьох ланок: лікаря, вчителя, дитини. З позицій математики - це система з трьома величинами, яку можна вирішити лише за умови укладання трьох зв'язків. Зв'язок лікар-дитина полягає в обстеженні, діагностиці, пошуках раціональної терапії або нових технологій медичної реабілітації. Зв'язок учитель-дитина полягає у індивідуальному підході до дітей, враховуючи їхній психічний або фізичний стан, диференціюванні навантаження. Зв'язок лікар-учитель є найсуттєвішим. Взаєморозуміння медиків і педагогів, послідовна та координувана спільна робота зможуть забезпечити раннє виявлення, своєчасну профілактику нервово-психічних відхилень, розладів поведінки, порушень стану здоров'я та шкільної дезадаптації у дітей, спрямувати зусилля на користь та благо дитини.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АНТЕНАТАЛЬНОГО ТА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Дроник Т.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Функціональні порушення гастроінтестинального тракту займають від 60% до 95% в структурі захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дитячому віці [Знаменська Т.К., 2014], зустрічаючись переважно в перші роки життя [Нагорная Н.В., Лимаренко М.П., 2013], ці порушення наявні майже у 70–85% немовлят [Шадрін О.Г., Полковниченко Л.М., 2012].

Перенесена гіпоксія є основною причиною формування функціональних порушень ШКТ в неонатальному періоді, наслідком якої є ушкодження органів та систем на фоні дисбалансу регулюючого впливу вегетативної нервової системи організму [Беляева І.А., 2011].

Мета дослідження. Удосконалити надання допомоги дітям раннього віку, які мають гастроінтестинальні порушення внаслідок перенесеної перинатальної патології, шляхом створення алгоритму катамнестичного спостереження та реабілітації.

Матеріали та методи. Проведено катамнестичне обстеження 77 дітей грудного віку з гастроінтестинальними порушеннями, які перенесли перинатальну патологію, з вивченням анамнезу та особливостей перебігу вагітності й пологів у матерів, клінічного перебігу порушень функціонального стану травної системи у дітей.

Результати. При оцінці даних анамнезу встановлено, що діти народились від вагітності, яка перебігала на фоні соматичної патології матерів: анемії (21,9%), патології серцево-судинної системи (24,6%), хронічного пієлонефриту (7,4%), гінекологічної патології (16,5%), ендокринної патології (6,2%). Фактори ризику перебігу вагітності: гестози (22,9%), загроза передчасних пологів (52,4%), багатоводдя (16,1%), дистрес плода (11,2%), ізосенсибілізація за АВО та резус-фактором (29%), плацентарна дисфункція (18,2%). Серед особливостей перебігу пологів виявлено значний відсоток обвиття пуповиною навколо шиї (36,2%), передчасного розриву плідних оболонок (22,6%), народження шляхом операції кесарського розтину (36%), надання акушерської допомоги в пологах (34,3%). За даними анамнезу при народженні у дітей спостерігалась наступна патологія: неонатальна енцефалопатія (98,6%), пологова травма (18,2%), синдром дихальних розладів (44,2%), асфіксія (25%), судомний синдром (21%), гемолітична хвороба новонароджених (16,1%), недоношеність (56,8%). Частина дітей потребувала респіраторної підтримки (31%), вигодовування через зонд (58,2%). На момент огляду діти мали наступні порушення з боку ШКТ: дефіцит маси тіла, знижений апетит, неспокій при годуванні, зригування, закрепи, кишкові кольки, здуття живота, наявність слизу та неперетравлених домішків їжі у випорожненнях.

Висновки. Найбільш несприятливі фактори вагітності та перинатального періоду можуть призвести до розвитку гіпоксії, порушень адаптації новонародженої дитини та спровокувати, зокрема, розвиток гастроентерологічної патології. Розробка напрямків прогнозування, діагностики, профілактики та корекції функціональних розладів ШКТ у дітей, які перенесли перинатальну патологію, надасть змогу удосконалити надання допомоги дітям та попередити розвиток хронічної гастроентерологічної патології.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Дудник В.М., Хромих К.В.

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

Актуальність проблеми. Не зважаючи на чисельні дослідження щодо патогенезу бронхіальної астми (БА), останнім часом приділяється значна увага ролі ендотеліальної дисфункції в механізмах розвитку та можливостях контролю даного захворювання. Відмічено, що на стан судинного ендотелію впливає ціла низка тригерних чинників, а саме: імунокомплексних, інфекційних, механічних, обмінних, котрі сприяють підвищеній продукції вазоконстрикторів, ендотилінів та коагулянтів. Саме це обумовило призначення препаратів, які б корегували наявну ендотеліальну дисфункцію у даній групі дітей. Для досягнення поставленої задачі нами був обраний препарат L - аргініну, за рахунок того, що він має антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, антиоксидантну, дезінтоксикаційну дію, проявляється як активний регулятор проміжного обміну і процесів енергозабезпечення.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність фармакологічної корекції ендотеліальної дисфункції у дітей, хворих на алергічну бронхіальну астму.

Матеріали та методи. Обстежені діти були поділені на дві групи, репрезентативні за віком, статтю, важкістю та тривалістю захворювання, а також тривалістю та дозами проведеної базисної протизапальної терапії (БПЗТ). До основної групи (n = 45) увійшли пацієнтів із БА, які знаходились на БПЗТ ІГК та отримували корекцію ендотеліальної дисфункції «Тівортін аспаратом» (перорально, по 5 мл (1 г

3 рази на добу під час прийому їжі, протягом 30 днів). Групу порівняння (n=47) склали діти, хворі на БА, які отримували БПЗТ ІГК без додаткової корекції ендотеліальної дисфункції. Усім дітям проводилось визначення в сироватці крові гомоцистеїну та ендотеліального фактора росту (VEGF), а також ультрасонографія сонної та плечової артерій.

Результати дослідження та їх обговорення. Контроль над перебігом БА покращився в основній групі пацієнтів, що проявлялося зменшенням кількості дітей, які мали нічні та денні симптоми, обмежену фізичну активність та необхідність застосування b2-агоністів короткої дії на (17,32–55,65)%, ніж у дітей із групи порівняння. Після місячного курсу лікування L-аргініном вміст гомоцистеїну та VEGF в основній групі пацієнтів був меншим на 26,48% та 36,03% відповідно, ніж у дітей, хворих на БА із групи порівняння. ТКІМ сонної артерії в групі дітей, які отримували комбінацію БПЗТ ІГК із L-аргініном, знизилось до $0,83 \pm 0,02$ мм, що на 14,43% менше, ніж у пацієнтів, які отримували стандартну базову терапію БА. Що стосується показників УСГ плечової артерії, то вони також зменшувались в межах (12,39 – 19,56)%, що свідчить про успішність проведеного лікування.

Висновки. У дітей, хворих на БА існує необхідність включення до базисної протизапальної терапії L-аргініну, що дозволяє посилити контроль даного захворювання.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ТА ЕНДОСКОПІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Дудник В.М., Руденко Г.М.

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

Серед хронічної патології травної системи у дітей, провідне місце займають захворювання шлунку та дванадцятипалої кишки, на частоту яких припадає 70-75% гастроентерологічних захворювань. Згідно з даними епідеміологічних досліджень встановлено, що поширеність хронічного гастродуоденіту в залежності від вікової групи становить: у дітей дошкільного віку від 81,6 на 1000 осіб дитячого населення; у дітей 7-15 років – 100-130,8; у підлітків 135 на 1000 дітей. Близько 70% дітей мають хронічний гастрит та гастродуоденіт вже у віці 5-6 років, але діагностують їх пізніше. Згідно даних центру медичної статистики МОЗ України, щороку в країні вперше реєструється майже 50 000 дітей з хронічним гастродуоденітом.

Відомо, що в основі постановки обґрунтованого діагнозу при захворюваннях травної системи повинно лежати клініко-інструментальне обстеження дитини, яке доповнюється морфологічними, імунологічними, бактеріологічними та іншими дослідженнями. На проведення додаткових досліджень витрачається значний час. Тому на початковому етапі діагностики хронічного гастродуоденіту лікар верифікує діагноз на основі клінічної картини захворювання. Клінічні прояви хронічного гастриту, гастродуоденіту є поліморфними та залежать від стадії захворювання, розповсюженості, ступеня ураження слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки.

Метою роботи було вивчення клінічних проявів хронічної гастродуоденальної патології у дітей різного віку та в залежності від ступеня ураження слизової шлунка і дванадцятипалої кишки.

Обстежено 160 дітей з хронічними захворюваннями верхнього відділу шлунково-кишкового тракту, асоційованими з *Helicobacter pylori*, у віці від 7 до 18 років, які проходили стаціонарне обстеження та лікування в педіатричному відділенні №2 Вінницької ОДКЛ. Першу групу склали 38 дітей (23,75%) віком від 7 до 12 років, до другої групи віднесено 122 дитини (76,25%) віком від 12 до 18 років. В ході роботи нами були використані клінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. За допомогою фіброгастродуоденоскопії було виділено ендоскопічні форми: еритематозний гастродуоденіт у 103 дітей (64,8%), нодулярний гастродуоденіт – у 33 дітей (20,8%), ерозивний гастродуоденіт – у 24 дітей (14,4%).

Встановлено, що хронічна гастродуоденальна патологія зустрічається частіше у дітей віком від 12 до 18 років (76,25%) з клінічними проявами: больового (97,5%), диспептичного (53,7%) та астено-вегетативного (29,7%) синдромів. Ерозивний гастродуоденіт мав місце переважно у віковій групі від 12 до 18 років (18,2%). Співставлення клінічних синдромів з ендоскопічними проявами хронічного гастродуоденіту показало, що прояви больового, диспептичного та астено-вегетативного синдромів посилюються по мірі збільшення виразності патологічних проявів з боку слизової оболонки шлунково-кишкового тракту.

ОСОБЛИВОСТІ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НА I СТАДІЇ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК

Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю.

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

Анемія при хронічному гломерулонефриті найчастіше носить еритропоетин-залежний характер, а також є варіантом анемії хронічного захворювання, що розвивається внаслідок тривалого запального процесу з провідним її патогенетичним чинником – високим вмістом прозапальних цитокінів (інтерлейкін-1 β (ІЛ-1 β), ФНП-альфа, ІЛ-6) в плазмі крові, що негативно впливають на процеси еритропоезу

Мета роботи – удосконалення діагностики анемії у дітей, хворих на хронічний гломерулонефрит, шляхом визначення її взаємозв'язку із вмістом інтерлейкіну-1 β в сироватці крові, його генетичним поліморфізмом, показниками ферокінетики та рівнем ендogenous еритропоетину.

Матеріали і методи. Нами обстежено 64 дитини, хворих на хронічний гломерулонефрит із визначенням вмісту інтерлейкіну-1 β в сироватці крові, алельного поліморфізму гену інтерлейкіну-1 β (-511), показників ферокінетики та рівня ендogenous еритропоетину. В дослідження увійшли діти із рівнем швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) > 90 мл/хв., на I стадії ХЗН в період повної клініко-лабораторної ремісії та при торпідному перебігу ХГН. Кількісне визначення ІЛ-1 β проводилося методом імуноферментного аналізу (ELISA) за допомогою стандартних наборів реактивів. Генетичне обстеження включало визначення поліморфізму алельних варіантів генів цитокіну ІЛ-1 β . Для генотипування використовували зразки ДНК, виділених із цільної венозної крові (полімеразна ланцюгова реакція та поліморфізм довжини рестрикційних фрагментів).

Результати. Всі обстежені діти з ХГН були розподілені в залежності від форми захворювання, під спостереженням знаходилося 44 (68,75%) дитини із гематуричною та 20 (31,25%) дітей із нефротичною формою. Порушення гемопоезу у вигляді анемії легкого ступеня спостерігається у 36,13 \pm 3,86% дітей, хворих на ХГН, на I стадії ХЗН. Анемія реєструється при торпідному перебігу (32,61 \pm 6,91%) та в період клініко-лабораторної ремісії (37,61 \pm 4,64%). Зниження вмісту ендogenous еритропоетину в сироватці крові спостерігається у дітей з торпідним перебігом ХГН (в 2,4 рази), не залежить від форми захворювання, а пов'язане лише з наявністю або відсутністю анемії.

Встановлено, що у третини обстежених дітей виявляється цитокін-індукована анемія (кореляційний зв'язок між рівнем гемоглобіну та інтерлейкіну-1 β $r_{xy}=-0,35$), при цьому вищий рівень інтерлейкіну-1 β спостерігається у пацієнтів із торпідним перебігом хронічного гломерулонефриту, на відміну від групи дітей в стані клініко-лабораторної ремісії ($p<0,05$). Торпідний перебіг хронічного гломерулонефриту у переважній більшості дітей супроводжується наявністю генотипу С/Т поліморфізму гену інтерлейкіну-1 β , що асоціюється із підвищеною продукцією інтерлейкіну-1 β в сироватці крові, зниженням вмісту ендogenous еритропоетину та сироваткового заліза.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА СЕРЦІ

Дудник В.М., Попов В.П., Зборовська О.О., Скакун З.А.

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

За даним ВООЗ, близько 20 % дитячої інвалідності зумовлено вадами розвитку, серед яких вроджені вади серця (ВВС) є найбільш розповсюдженими аномаліями. В Україні щороку народжується близько 5 тисяч дітей з ВВС, а їх загальна кількість, що стоять на диспансерному обліку після оперативної корекції, сягає понад 45000 осіб. Щороку кількість хворих дітей після хірургічної корекції ВВС зростає на 5%, тому їх реабілітація має важливе соціальне значення.

Медико-соціальна експертиза таких хворих проводиться згідно наказу МОЗ №454/471/516 від 08.11.2001, на підставі чого складається індивідуальна програма реабілітації дитини (ІПР). Тому метою дослідження був аналіз ефективності проведення медико-соціальної експертизи лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні дітей після операцій на серці.

За період 2012 по 2014 року через ЛКК пройшли 847 дітей після реконструктивних операцій на серці: відповідно в 2012 році 287 дітей, 2013 році - 275 дітей і 2014 – 285 дітей. Всі діти які пройшли курс реабілітації згідно ІПР були поділені на дві групи. Перша група - 754 (89%) дитини були після радикальної корекції вад, а саме дефекти міжшлуночкової перетинки - 32,1%, дефекти міжпередсердної перетинки - 37,0%, відкрита артеріальна протока, коарктації аорти - 22,1%. Соціальна допомога цим дітям надава-

лась по розділу XII «Хвороби системи кровообігу», пункт Q20-25 з серцевою недостатністю I ст. Встановлено, що у пацієнтів цієї групи в післяопераційному періоді можуть мати місце порушення ритму і провідності (у 72% дітей), ознаки міокардіальної дисфункції, що не мають вираженої клінічної маніфестації, а діагностуються за допомогою ехокардіографії з використанням тканинної доплерографії. В другу групу увійшли 93 дитини (11%) з комбінованими вадами серця після паліативних операцій, соціальна допомога яким надавалась по розділу XVI «Уроджені аномалії (вади розвитку), деформація та хромосомні порушення». Уроджені вади розвитку системи кровообігу пункт Q20-26 з серцевою недостатністю II-III ст. Хворі цієї групи потребували лікування серцевої недостатності та порушень ритму, згідно існуючих протоколів МОЗ України.

Реабілітація дітей після реконструктивних операцій на серці була ефективною у 626 дітей (83%) першої групи. У дітей другої групи поліпшення на протязі двох років не спостерігалось, що обумовлено резидуальною патологією, яка потребувала подальших етапних операцій. Індивідуальна програма реабілітації дає можливість чітко контролювати виконання наданих рекомендацій, як з боку медичних працівників, так і з боку батьків.

СТАН ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АНЕМІЮ МІНКОВСЬКОГО-ШОФФАРА

Дудник В.М., Фурман В.Г.

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

Актуальність. Останнім часом збільшилась частота виявлення уражень гепатобіліарної системи у дітей, хворих на анемію Мінковського - Шоффара. Впровадження в практику педіатра високоінформативних методів діагностики дало можливість удосконалити методи виявлення патології гепатобіліарної системи при спадкових гемолітичних анеміях. Ураження гепатобіліарної системи ускладнює клінічний перебіг захворювання, негативно впливає на ефективність терапії, потребує систематичної медикаментозної корекції, та, нерідко, хірургічного втручання.

Мета роботи. Підвищити ефективність медичної допомоги дітям, хворим на анемію Мінковського - Шоффара, шляхом вивчення у них стану гепатобіліарної системи та удосконалення методів медикаментозного попередження її уражень.

Матеріали і методи. Для досягнення мети проведено ретроспективний аналіз 23 історій хвороб дітей, хворих на анемію Мінковського - Шоффара, що знаходились на лікуванні в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні протягом 2009-2014 рр. В усіх хворих проаналізовані клінічні, біохімічні, інструментальні результати обстежень.

Результати досліджень. Ураження гепатобіліарної системи у вигляді холелітазу спостерігалась переважно у хлопчиків 14 (60,9 ± 3,2)% у віці від 12 до 18 років. При вивченні клінічних даних виділено три варіанти перебігу захворювання: камененосіння у 12 (52,2 ± 3,2)%, больова форма жовчокам'яної хвороби у 7 (30,4 ± 2,1)%, нападаподібна форма з жовчними коліками у 4 (17,4 ± 4,1)% дітей. Трансабдомінальне ультразвукове сканування виявило у всіх хворих ущільнення і потовщення стінки жовчного міхура, дисфункцію жовчного міхура за гіпотонічним типом у 15 (65,2 ± 4,1)%, S-подібний жовчний міхур у 5 дітей (21,7 ± 2,1)%, наявність осаду в жовчному міхурі у 19 (82,6 ± 3,2)% дітей.

Висновки. Проведені дослідження показали, що ураження гепатобіліарної системи при анемії Мінковського - Шоффара ускладнює перебіг і прогноз захворювання, Холелітаз, як варіант жовчокам'яної хвороби, виявлено практично у половини хворих, больова форма у третини пацієнтів, ущільнення і потовщення стінки жовчного міхура - у всіх хворих.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ПУРПУРІ ШЕНЛЕЙН – ГЕНОХА У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ТА АКТИВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

¹Дудник В.М., ²Король Т.Г.

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

²Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Вступ. Пурпура Шенлейн-Геноха (ПШГ) належить до групи системних васкулітів, що характеризуються асептичним запаленням і дезорганізацією судинної стінки в системі мікроциркуляції. Важливим фактором у розвитку ПШГ є ендотеліальна дисфункція (ЕД), діагностика котрої є важливою для прогнозування перебігу та визначення тактики лікування. Загальноновизнаним інструментальним методом діагностики ЕД, з метою вивчення структурних змін судин та швидкісних характеристик кровотоку, є ультразвукова доплерографія плечових артерій.

Мета роботи. Провести інструментальну діагностику ендотеліальної дисфункції при пурпурі Шенлейн – Геноха у дітей залежно від форми та активності захворювання.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходились 123 дитини з ПШГ віком від 1 до 18 років (середній вік $6,44 \pm 0,18$ років), які лікувались в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. В якості контрольної групи обстежено 30 практично здорових дітей. Всім пацієнтам виконувалась ультразвукова доплерографія (УЗД) на УЗ-сканері "Philips HDII XE" в В-режимі датчиком лінійного формату в частотному діапазоні від 5 до 15 МГц в стані спокою з метою визначення структурного стану судинної стінки та швидкісних характеристик кровотоку по плечових артеріях (ПА), а саме комплексу інтима медіа (КІМ), середніх значень максимальної систолічної швидкості (Vps), середньої швидкості кровотоку (TAMX), середньої в часі максимальної швидкості кровотоку (TAV), систолічного співвідношення (S/D), індексу пульсації (PI).

Результати дослідження та їх обговорення. Найбільше потовщення КІМ ПА (на 35 - 45)% справа і зліва було при максимальній активності захворювання ($p < 0,05$), порівняно з показниками практично здорових дітей. Аналіз швидкісних характеристик кровотоку по ПА показав достовірне зниження Vps у дітей з ПШГ при III ступені активності, що в 1,7 раз повільніше, порівнюючи з показником Vps практично здорових дітей. Аналіз показників TAMX і TAV показав, що у хворих з максимальною активністю захворювання дані показники були на (14 - 26)% нижчими показників практично здорових дітей. Також нами встановлене достовірне зниження показника S/D у дітей, хворих на ПШГ, при мінімальній активності в 2,1 рази, а при максимальній в 2,5 рази ($p < 0,05$). Показник PI був в 2,2 рази нижчим в усіх дітей з ПШГ та не залежав від активності захворювання.

Достовірне потовщення КІМ ПА спостерігалось при шкірно-суглобовій, змішаній та змішаній з ураженням нирок формах справа і зліва відповідно, що в 1,4 рази більше відносно показників практично здорових дітей. При змішаній формі з ураженням нирок спостерігались зміни швидкісних характеристик кровотоку, а саме зменшення Vps в 2 рази, TAMX в 1,4 рази, TAV в 1,4 рази, S/D в 2,7 - 3,3 рази, PI в 1,9 - 2,3 рази відносно результатів практично здорових дітей.

Висновок. У пацієнтів з максимальним ступенем активності захворювання спостерігалось потовщення КІМ ПА в 1,5 рази, сповільнення кровотоку Vps (в 1,7 рази), S/D (в 1,2 - 2,5 рази) порівняно з показниками практично здорових дітей, що свідчить про залежність стану судинного ендотелію, збільшення жорсткості і підвищення загального периферичного опору судин від активності захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА УСКЛАДНЕНЬ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ.

Дудник В.М., Буглова Н.О.

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

Проблема хронічної гастроентерологічної патології залишається актуальною та соціально значимою, що обумовлено постійним збільшенням розповсюдженості захворювань шлунково-кишкового тракту, серед яких значне місце посідає виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК). ВХДПК у дітей характеризується високою вірогідністю розвитку ускладнень, що призводить до зниження якості життя хворих та ранньої інвалідизації. У структурі патології органів травлення на долю ВХДПК приходить 1,7-16%, серед дитячого населення 0,4-4,3%.

Мета роботи: визначити основні клінічні прояви та частоту ускладнень виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у дітей.

Матеріали і методи дослідження: нами було обстежено 96 дітей, хворих на ВХДПК віком від 7 до 18 років (середній вік $12,3 \pm 2,6$ років), що знаходились на стаціонарному лікуванні в відділенні педіатрії №2 Вінницької ОДКЛ на гастроентерологічних ліжках з 2010 по 2015 рік. У дослідженні були використані клінічні, лабораторні та інструментальні методи обстеження. Усім дітям були проведені фіброгастроуденоскопія та інтрагастральна рН-метрія. Helicobacter pylori інфекція була підтверджена за допомогою швидкого уреазного тесту.

Результати та їх обговорення: для визначення клінічного перебігу ВХДПК у дітей була проведена оцінка трьох основних клінічних синдромів: диспепсичного, больового та астено-вегетативного. Виявлено, що найбільш часто дітей, хворих на ВХДПК, турбував больовий синдром – 86 пацієнтів (89,58%), диспепсичний спостерігався у 74 дітей (77,08%) та астено-вегетативний синдром був присутній у 62 дітей (64,58%). Аналіз частоти ускладнень виразкової хвороби у дітей встановив, що найбільш частим ускладненням, виявленим у обстежених дітей, була кровотеча 16 (16,67%) і, як наслідок, постгеморагічна анемія діагностувалась у 8 пацієнтів (8,33%) з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. Перфоративні зміни були діагностовані у 2-х дітей (2,08%). Пенетрація у внутрішні органи була також встановлена у 2-х пацієнтів (2,08%). При цьому не виявлено залежності частоти появи ускладнень від віку дітей. Нами не було виявлено ускладнень у вигляді стенозування та спайкового процесу серед дітей у всіх вікових групах.

Висновки: в результаті проведених досліджень було виявлено, що провідним клінічним синдромом був больовий (89,58%). Серед ускладнень найбільш частими були шлункові кровотечі (16,67%).

ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ГРИПОЗНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

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

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

Вірусні захворювання респіраторного тракту є важливою проблемою сучасної педіатрії у зв'язку з їх значною поширеністю, нерідко важким перебігом та частими ускладненнями. Особливе місце серед них займає грипозна інфекція, яка може супроводжуватись різноманітними порушеннями з боку серцево-судинної системи та позасерцевими змінами. В клініці грипу у дітей порушення з боку серцево-судинної системи мають велике значення і часто визначають наслідки захворювання. Метою нашої роботи є оцінка клінічних особливостей ураження серцево-судинної системи у дітей в залежності від періоду захворювання.

Нами обстежено 50 дітей віком від 7 до 17 років з грипом, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному боксованому відділенні для дітей старшого віку Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні протягом 2013-2015 років. Першу групу обстеження склали 30 дітей з неускладненим перебігом грипу, другу групу обстеження склали 20 дітей з ускладненим перебігом грипу.

Клінічні прояви серцевих порушень при грипі найбільш часто проявлялись задишкою, серцебиттям, неприємними відчуттями в ділянці серця. Нами проведена оцінка вегетативного гомеостазу у дітей з грипом. Так, початок захворювання супроводжується симпатикотонією, яка в результаті токсичного впливу вірусу грипу швидко змінюється пригніченням симпатичної ланки вегетативної нервової системи та переважанням ваготонії в лихоманковий період грипу. Особливістю більшості обстежених пацієнтів було порушення ритмічної діяльності серця, яке виражалось у появі брадикардії та дихальної аритмії вже в гострому періоді грипу. Нормалізація частоти серцевого ритму спостерігається через 2-3 тижні після захворювання.

Відмічено, що в гострій фазі грипу у дітей I та II обстежених груп мало місце зниження АТ, яке більш тривалим було у пацієнтів з переважанням ваготонії. У 12-14% пацієнтів діагностовано початкове підвищення АТ. Це переважно були хлопчики підліткового віку, у яких, як правило, мала місце надмірна маса тіла. В подальшому (в лихоманковий період) для більшості хворих (65%) було характерне підвищення систолічного тиску, тоді як діастолічний тиск більш ніж у третини обстежених хворих був зниженим. У 8 дітей підвищення АТ поєднувалось з підвищенням рівня натрію в сироватці крові.

У більшості дітей в гострий період захворювання відмічалось приглушення тонів серця, також характерним була поява короткого систолічного шуму на верхівці та в 5 точці. Це, можливо, пов'язано зі зниженням тону міокарда і виникненням відносної недостатності клапанів. Як правило, після зниження температури тіла тони серця стають більш звучними, зникає систолічний шум. У обстежених нами дітей не спостерігалось розширення меж серцевої тупості.

Таким чином, клінічні зміни з боку серцево-судинної системи спостерігаються у більшості хворих. Ступінь і характер цих змін можуть залежати від особливостей епідемічних спалахів, типу вірусу, імунологічної реактивності, вікового складу хворих. Грипозні ураження серцево-судинної системи в більшості випадків перебігають сприятливо – швидко зникають зміни в серці, нормалізується пульс, артеріальний тиск.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА ВТОРИННОЇ МІОПАТІЇ 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

В Україні захворюваність на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) складає від 2 до 16 осіб на 10000 дитячого населення у віці до 16 років, від 30 до 50% хворих втрачають працездатність після трьох – п'яти років хвороби за рахунок значного обмеження функціональної спроможності.

Метою нашого дослідження було оцінити клініко-лабораторні особливості проявів вторинної міопатії у дітей з ЮРА.

Під нашим спостереженням знаходилось 72 дитини з ЮРА, які перебували на диспансерному обліку та лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні впродовж 2013 – 2015 рр. Тривалість захворювання становила $23,2 \pm 1,3$ місяці. Серед обстежених нами дітей було виявлено 34 ($47,22 \pm 5,01$)% пацієнти з помірною активністю ЮРА та 38 ($52,78 \pm 5,03$)% з високою активністю захворювання, з перевагою серед дівчаток 47 ($65,27 \pm 4,76$)%. У пацієнтів з високою активністю ЮРА системний варіант відмічали у 7 ($18,42 \pm 3,89$)% дітей, у 31 ($81,58 \pm 3,93$)% - суглобова форма захворювання. У 48 ($66,67 \pm 4,83$)% обстежених нами дітей були визначені больові прояви вторинної міопатії, у більшій мірі серед пацієнтів з високою активністю ЮРА – 29 ($60,42 \pm 4,91$)% випадків. У всіх дітей з проявами вторинної міопатії визначались активні тригерні точки.

Оцінка показників запальної активності дозволила встановити, що в групі дітей з проявами вторинної міопатії медіана значень ШОЕ склала 38 (33; 56) мм/год, в той час як у решти дітей з ЮРА – 28 (21; 31) мм/год ($p < 0,001$). Значення С-реактивного протеїну у дітей з вторинною міопатією перевищувало показник практично здорових дітей групи контролю в 2,8 рази та в 1,6 рази у решти пацієнтів з ЮРА. Показник DAS28 у дітей з проявами вторинної міопатії склав 7,1 одиниць, в порівнянні з 4,2 у пацієнтів без подібних проявів.

Висновки. Для дітей, хворих на ЮРА, з проявами вторинної міопатії характерний більш агресивний перебіг захворювання (DAS28 – 7,1 (2,8; 9,3), з постійним больовим синдромом (57,89±4,98)% на фоні високої запальної активності процесу (С-реактивний протеїн – 7,16 (6,84; 8,61) г/л), що потребує детального аналізу патогенетичних механізмів та уточнення підходів щодо медикаментозної корекції.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПЛОДУ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ

Єгоров О.О.

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

Рак ендометрія (РЕ) займає друге місце серед онкологічних хвороб жінок, поступаючись лише раку молочної залози, і перше місце серед пухлин жіночої статеві сфери. Застосування гормонотерапії в якості органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ дало можливість зберегти жінкам фертильність. В Україні існують лише поодинокі роботи, присвячені використанню магнітно-резонансної томографії (МРТ) в акушерстві.

Мета дослідження - вивчення стану центральної нервової системи (ЦНС) плоду у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ за допомогою МРТ дослідження.

Першу групу склали 40 вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ Tis і T1aN0M0G1; T1aN0M0G2. До другої групи увійшли 30 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності.

У виділених групах вагітних проводили МРТ дослідження ЦНС плоду при терміні гестації 35-40 тижнів на томографі "Образ - 1" фірми "А3" (Росія) з напругою магнітного поля 0,14 Тл, діаметром котушки для всього тіла 60 см. Використовувалися SE - або TR - послідовності радіочастотних імпульсів. Дослідження ЦНС плоду проводили у аксіальній, сагітальній і фронтальній проєкціях з використанням запропонованої Мерцаловою О.В. методики МРТ дослідження вагітної, котра починалася з використання програми RA01-250. Одержане в ході використання даної програми зображення було «орієнтовним» для вибору орієнтації одержання наступних зображень. Подальші зображення одержували з використанням програми SE09-34. Потім з метою рішення задач диференціальної діагностики, а також додаткового виявлення патологічних змін як плодових, так і позаплових структур, проводилися дослідження за програмами SE05-210 та ME09-42. Найкращими режимами сканування, при вивченні різних етапів перебігу вагітності, є режим T1 зважених зображень і зображення зважені за протонною щільністю. T2 зважені зображення завжди використовувалися як уточнюючі розмежування анатомічних структур плоду та характер уражень ЦНС плоду. На магнітно-резонансних томограмах центральної нервової системи плодів у жінок з фізіологічною вагітністю визначалися всі структурні утворення ЦНС плоду, серединні структури не зміщені, осередкових змін речовини мозку в різних режимах досліджень не визначалося. Гіпоксичні ураження ЦНС плоду у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ не були виявлені у 38 (95,0%) та у 39 (97,5%) вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Лише у 2 (5,0%) вагітних першої групи були виявлені функціональні гіпоксичні ураження ЦНС плоду - зовнішня і внутрішня гідроцефалія, яка виникає як результат порушення продукції та резорбції ліквору у плоду, що виникають у відповідь на гіпоксію, та у 1 (2,5%) вагітних другої групи.

Враховуючи вищевикладене, слід зазначити, що при проведенні МРТ дослідження стану ЦНС плоду у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ не було встановлено негативного впливу перенесеного онкологічного захворювання на ЦНС плоду.

СУЧАСНА ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ У ДІТЕЙ

Слоєва З.В., Кисельова Л.П., Філонова Т.О., Савво В.М., Зайцева Є.М., Мамалуй Н.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) — одне з найбільш інвалідизуючих захворювань дитячого віку. Обумовлений порушеннями в системі імунобіологічного нагляду, аутоімунний за механізмом розвитку ревматоїдний артрит відрізняється поліморфізмом клінічних проявів від ураження суглобів до тяжких системних форм, хронічним прогресивним перебігом, частою торпідністю хворих до базисної протиревматичної терапії.

Розкриття найбільш глибоких механізмів патогенезу, ролі імункомпетентних клітин та протизапальних цитокінів в розвитку захворювання з'явилося основою зародження ідеї використання конкретних клітин та цитокінів як «мішеней» для пригнічення аутоагресії. Так виникла біологічна терапія, що впроваджується в клінічну практику в останні два десятиріччя, в тому разі в дитячій ревматології.

В наданій роботі представлені результати спостереження 6 хворих на ЮРА дітей у віці від 7 до 16 років, які отримують біологічну терапію в умовах міського дитячого кардіоревматологічного відділення (КЗОЗ 24 ДКЛ, м. Харків). Системна форма ЮРА мала місце у 3 дітей, суглобова - у 3. Показаннями до призначення біологічної терапії була неефективність раніше проведеної імуносупресивної фармакотерапії (глюкокортикоїди, метатрексат). Оцінювались динаміка суглобового синдрому, загальна активність патологічного процесу, біохімічні та імунні показники, перенесення терапії. Давність захворювання на початку біологічної терапії склала від 2 до 11 років. Троє дітей отримували інгібітори ПНФа (адаліумаб), 3-моноклональні антитіла до рецептора ІЛ6 – тоцилізумаб (актема). Усі діти продовжували отримувати метатрексат та 4 – преднізолон. З групи спостереження вибула 1 дитина 7 років з системною формою хвороби внаслідок розвитку анафілактичної реакції на введення тоцилізумабу, при переведенні на ін'єкції адаліумаба - повторні вірусні бактеріальні захворювання. Мінімальна тривалість імунобіологічної терапії у решти дітей склала 5 міс., максимальна — 2,5 роки (дівчина з суглобовою формою ЮРА, що отримувала адаліумаб 40 мг 1 р. на 2 тиж. п/ш). У цієї ж дитини досягнуто стійкий позитивний ефект з регресією суглобового синдрому, зі зниженням ступеню кістково-хрящової деструкції). В підгрупі дітей з системною формою ЮРА, які отримували тоцилізумаб (8-12 мг/кг 1 р. на 2 тижні), клінічний ефект був досягнутий після 4-6 ін'єкцій, що дало можливість зменшити дозу глюкокортикостероїдів у 2 хворих. У 1 дитини з даною формою ЮРА була досягнута медикаментозна ремісія патологічного процесу через 1 рік 6 міс. від початку терапії.

Надані результати дослідження свідчать про ефективність імунобіологічної терапії у хворих на ЮРА, у тому разі при давності захворювання більш 4-5 років з можливістю досягнення ремісії патологічного процесу, безмедикаментозної у хворих на суглобову форму ЮРА в окремих випадках.

ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ СЕРЕД ДІТЕЙ МІСТА ХАРКОВА: КЛІНІКО-ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ

Слоєва З.В., Філонова Т.О., Кисельова Л.П., Савво В.М., Зайцева Є.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Запальні захворювання суглобів розглядаються у теперішній час як одна із значущих медичних і соціально-економічних проблем суспільства, що обумовлено їх широкою розповсюдженістю, ураженням дітей різного віку. Особливе місце серед них займає ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА), який розглядається як узагальнене поняття для гетерогенної групи хронічних захворювань суглобів, що мають різну етіопатогенетичну характеристику, нозологічну приналежність і притаманних до прогресування. Однією з особливостей ЮІА є можливість раннього розвитку інвалідності, ступінь якої, як і якість життя дитини, а також можливість його соціальної, психологічної та професійної адаптації у подальшому визначаються ранньою діагностикою, своєчасним початком і адекватністю лікування, що проводиться. В останні роки спостерігається збільшення розповсюдженості ЮІА. За результатами аналізу клінічних і статистичних даних дитячої кардіологічної служби м. Харкова захворюваність дітей на ЮІА у минулому році складала 0,052 на 1000 дитячого населення (проти 0,034 у 2012 р.). Всього під диспансерним наглядом знаходиться 48 дітей з ЮІА у віці 2-17 років. Відповідно до класифікації (ILAR, 1997), найбільшу питому вагу склали пацієнти з РФ-негативним поліартритом (47,9%). У групі хворих на олігоартрит у 14,6 5 дітей суглобовий синдром було характеризовано як розповсюджуючий, у 25,0% — артрит носив персистуючий характер. Системний артрит було діагностовано у 6 хворих. Визначена структура хворих у залежності від функціонального класу та ступеня активності запального процесу, характеру

екстраартикулярних проявів. При ЮІА пацієнти потребують постійного використання хворобомодифікуючої терапії, метою якої є досягнення ремісії, поліпшення якості життя та попередження інвалідності. Наукові досягнення останнього десятиріччя, а саме використання генно-інженерних біологічних препаратів, суттєвим образом змінили парадигму фармакотерапії хронічних артритів у дітей. Нова стратегія лікування тяжких форм ювенільного ревматоїдного артриту з використанням імунобіологічної терапії у дітей вперше у місті Харкові було впроваджено у роботу міського дитячого кардіоревматологічного відділення (клінічна база кафедри педіатрії ХМАПО) з 2012 р. У теперішній час, водночас з базисними протиревматичними препаратами, лікування інгібітором ФНПа — адалімумабом отримують 3 пацієнта з поліартикулярною формою ЮІА; блокатор ІЛ-6 тоцилізумаб використовується у 3 пацієнтів з системною формою ЮІА. Моніторинг показників клінічної та лабораторно-інструментальної активності патологічного процесу у відповідності з педіатричними критеріями Американської колегії ревматологів свідчить про позитивний ефект у всіх пацієнтів. Таким чином, комплексне лікування з використанням засобів імунобіологічної терапії надає можливості контролювати активність ревматичного процесу у пацієнтів з тяжкими прогностично несприятливими формами ЮІА. Отримані попередні результати, а також досвід інших клінік з використання препаратів імунобіологічної терапії, визначають необхідність подальшого використання даного терапевтичного комплексу.

ЧАСТОТА СУПУТНЬОЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНОЮ ВАДОЮ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ – ГАСТРОШИЗИСОМ ПЕРЕД ХІРУРГІЧНИМ ВТРУЧАННЯМ

Ермолова Г.С., Слепов О.К., Сорока В.П., Джам О.П., Пономаренко О.П.

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

Розвиток перинатальної хірургії за останнє десятиріччя значно вплинув на перебіг вагітності у жінок, показники перинатальної та дитячої смертності. Операції при вадах передньої черевної стінки наблизились до перших годин життя після народження, втручання почали робити глибоко недоношеним і дуже незрілим немовлятам. Внаслідок цього виникла нова проблема, яку коротко можна визначити як «вагітність, спосіб родорозршення, високоефективне неонатальне хірургічне та анестезіологічне забезпечення».

З кожним роком зростає питома вага дітей з природженими вадами розвитку (ПВР) органів травлення. Серед ПВР чільне місце займає гастрошизис (ГШ) – одна із найтяжчих і високо летальних вад розвитку новонароджених. ГШ – це природжена внутрішньо-утробна евентрація органів черевної порожнини за межі передньої черевної стінки (ПЧС) в амніотичну рідину через наскрізний дефект ПЧС. Частота ГШ на сьогодні становить 0,31-4,72 випадків на 10000 новонароджених, причому у матерів до 20 років в 7 разів частіше народжуються немовлята з цією патологією. Смертність при ГШ у всьому світі залишається високою (4 -100%) залежно від регіону.

У відділенні хірургічної корекції природжених вад розвитку у дітей ДУ «ІПАГ НАМН України» з 2006 по 2013 рр. спостерігали 30 новонароджених з ГШ. Доношених було 13 (13,3%), недоношених – 17 (56,0%). Маса тіла коливалась в межах 1830-4020 г. у середньому $2570,7 \pm 107,5$ г. У 6 (20,0%) дітей ГШ був асоційованим з множинними вадами розвитку (МПВР). Більшість – 73,3% новонароджених із ГШ народились від I вагітності, а 26,7% – від II до VIII. Перебіг вагітності у 25 (83,3%) жінок був ускладненим: екстрагенітальними захворюваннями матері – 3 (20,0%), загрозою переривання – 9 (36,0%), вірусними і бактеріальними корекціями – у (28,0%), фетоплацентарною недостатністю у 4 (16%), анемією – у 2 (8,0%). У 3 (10,0%) жінок пологи відбулись природним шляхом, у 27 (90,0%) – за допомогою Кесаревого розтину. Ці перинатальні фактори в усіх 30 (100%) новонароджених зумовили важкий стан при народженні. У 100% випадків виявлено асфіксію різного ступеня важкості: тяжку – у 12 (40,0%) новонароджених, помірну – у 18 (60%). У 5 (16,7%) немовлят діагностовано аспірацію дихальних шляхів меконіальними водами. Кожна четверта дитина народжувалася з ознаками інтранатального інфікування. На основі аналізу показників фізичного розвитку дітей із ГШ виявлено, що затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) спостерігалась в більшості пацієнтів – 17 (56,0%), причому, у 8 (47,1%) цих немовлят була симетрична форма ЗВУР і в 9 (50,9%) – асиметрична.

На тлі ГШ у новонароджених виявлені вегетативні порушення у вигляді лабільності серцевого ритму та дихання, порушення периферичної гемодинаміки і терморегуляції, а також рухові порушення зі зниженням м'язового тону.

Таким чином, можна зробити висновок, що у більшості жінок пологи ускладнюються екстрагенітальною патологією і порушеннями під час вагітності, супутня перинатальна патологія спостерігається в усіх новонароджених дітей з ГШ у вигляді: внутрішньоутробного інфікування, асфіксії, ЗВУР, респіраторного дистрес синдрому.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ВИТАМИН К – ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ ПОЛУЧАЮЩИХ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Иванько О.Г., Соляник А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

В педиатрической литературе в последние года витамину К не уделяется должного внимания, в противоположность вопросам обеспечения детей более известными жирорастворимыми витаминами А, D, Е. Однако витамин К - дефицитное состояние у ребенка нередко приводит к более серьезным последствиям, чем дефицит любого из перечисленных выше жирорастворимых витаминов, а именно, к жизненно опасным кровотечениям. Вопросы возникновения витамин К дефицитного состояния сейчас начал привлекать внимание отечественных педиатров (В.Э. Маркевич с соавт. 2013). Рост тяжелых форм геморрагической болезни новорожденных заметили и европейские и американские врачи, что чаще всего связано с учащением отказов родителей от профилактических инъекций витамина К после рождения (R. Dekker 2014). Из проанализированных нами 72 случайно отобранных историй развития новорожденных детей, рожденных в Областном перинатальном центре г. Запорожья, только 33 процентам детей проводилась профилактическая инъекция витамина К после рождения. При общении с матерями-кормилицами выяснилось, что работники роддомов не проводят бесед о необходимости инъекции витамина К. В настоящее время уточняются другие условия возникновения дефицита, в том числе грудное вскармливание, а также особенности трансплацентарного обеспечения плода витамином К. В современном мире большая часть детей до года находится на грудном вскармливании, что может способствовать развитию дефицита витамина К, так как грудное молоко дефицитно по витамину К. Дети, находящиеся на грудном вскармливании до введения прикорма лишены дотаций витамина К извне, а кормящие женщины соблюдают диеты, которые исключают продукты богатые витамином К. Кроме того у новорожденных микрофлора кишечника находится на стадии становления и дефицитна по бактериям, которые вырабатывают эндогенные витамины К-менаквиноны. Диагностика витамин К-дефицитных состояний основывается главным образом на оценке клинических симптомов кровоточивости и лабораторных признаках коагулопатии. Только недавно появились высокоспецифичные методы выявления субклинического витамин К - дефицитного состояния, основанного на определении плазменных концентраций «недостаточно-γ- карбоксилированных белков». Тест PIVKA – II (protein induced by vitamin K absence), который еще называют тестом на «недокарбоксилированный» протромбин («des-γ-carboxyprothrombin»), выявляет с высокой эффективностью скрытые витамин К – дефицитные состояния у детей при условии обнаружения плазменных концентраций > 2 нг/мл (ELISA). Следует признать, что почти 50% современных новорожденных в течение первых дней жизни демонстрируют позитивные тесты PIVKA-II. Дети, которые не получали профилактической дозы витамина К после рождения, имеют ещё более высокий уровень PIVKA-II (D. Chawla с соавт. 2007). Нам представляется актуальным изучить динамику содержания PIVKA-II и протромбина как витамин К-зависимого протеина по показателю МНО (международного нормального отношения) у детей с возможным витамин К -дефицитным состоянием. Таким детям назначение менаквинон- продуцирующих пробиотических препаратов, возможно, может стать дополнительным способом коррекции витамин К - дефицитного состояния, особенно тем из них, которые находятся исключительно на грудном вскармливании и не получали витамин К после рождения.

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЧАСТИМИ ПОВТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М.

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

Часті повторні респіраторні захворювання у дитячому віці становлять серйозну медико-соціальну проблему. Це зумовлено високим розповсюдженням, ризиком хронізації, більш важкого перебігу й діагностичними труднощами. Часті повторні захворювання органів дихання є фенотиповим проявом різних по своїй природі нозологій, і, як правило, вимагають диференційного підходу до проведення реабілітаційного лікування, основу якого складають немедикаментозні методи (лікувально-охоронний режим, дієта, лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапія) і медикаментозне лікування (вітамінотерапія, фітотерапія, імунотерапія). Останнє у дітей з частими повторними захворюваннями органів дихання зводиться до необхідного мінімуму й повинне враховувати індивідуальні особливості дитини.

Надзвичайно перспективно в теперішній час включення в комплекс реабілітації дітей засобів, направлених на одночасну корекцію імунних та метаболічних порушень.

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу препаратів, селективно діючих на різні рівні пошкодження в імунній системі частохворюючих дітей та різні ланки клітинного енергообміну. У зв'язку з цим досліджено 67 дітей у віці від 3 до 7 років: 37 частохворі-

ючих дітей, у котрих епізоди гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) були більш 5-6 разів на рік, та 30 з рецидивуючим бронхітом.

З метою корекції імунологічних показників нами був вибраний препарат ісміжен – імуностимулятор на основі бактеріального лізату, котрий містить не лише мембранні антигени банальних бактерій, а й 6 типів пневмокока, які є найбільш частими сучасними збудниками захворювань респіраторного тракту. З метою корекції енергометаболічних порушень був застосований агвантар (20% розчин левокарнітину), який є головним кофактором обміну жирних кислот і суттєво впливає на біоенергетичні процеси. Ісміжен всі діти одержували сублінгвально по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 3 місяців трьома декадними курсами з двома двадцятидобовими інтервалами між ними; агвантар 400-600 мг (2-3 мл) - 3 рази на добу впродовж півтора місяця 2 рази на рік. Спостереження проводилось протягом одного року після закінчення курсу лікування

Аналіз результатів показав, що найкращий ефект було отримано у дітей з рецидивуючим бронхітом. В цій групі дітей після оздоровчого курсу в 2 рази зменшилась середня кількість перенесених респіраторних захворювань, в 3,4 рази - частота загострень бронхітів. Стійка ремісія була досягнута у 58% пацієнтів. У дітей частохворюючих зменшились епізоди ГРЗ в 2 рази в 50% випадків, тривалість захворювань в середньому на 3-5 днів практично у всіх дітей, в 93% випадків були відсутні ускладнення. Поряд з позитивною клінічною динамікою відбувалася нормалізація імунологічних показників, особливо фагоцитарної активності нейтрофілів.

Таким чином, одночасне включення в комплексну реабілітацію дітей з повторними захворюваннями органів дихання імунокоригуючих та енерготропних засобів дозволить суттєво знизити частоту та тривалість загострень респіраторних інфекцій, зменшити дефіцит енергозабезпечення та підвищити імунні резерви організму, що, в свою чергу, може ефективно покращити якість життя, понизити прогресування захворювання та його інвалідизацію.

ВИКОРИСТАННЯ ЦИТОФЛАВІНУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Ізюмець С.О., Ізюмець О.І., Мурашко Т.В.

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

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Вінницький обласний ендокринологічний диспансер, м. Вінниця

Перинатальні пошкодження центральної нервової системи (ЦНС) є однією з найважливіших причин пошкодження мозку та розвитку неврологічних ускладнень у дітей. Встановлено провідне значення ішемічних пошкоджень мозку в формуванні різноманітних психоневрологічних порушень, які у подальшому можуть призвести до інвалідності дітей та соціальної дезадаптації. 35-45% в структурі дитячої інвалідності уражень ЦНС - наслідки перинатальної патології. Пусковим механізмом розвитку гіпоксично-ішемічного пошкодження тканин мозку є обмеження надходження кисню та субстратів окислення, а найбільш значні втрати розвиваються через 26-48 годин після народження внаслідок «оксидантного стресу».

Препарат цитофлавін відноситься до групи діючих на нервову систему та показаний для використання серед новонароджених дітей для комплексної терапії церебральної ішемії, він має виражену антиішемічну дію, покращує мозковий та коронарний кровообіг, обмежує ділянку некрозу та регулює метаболічні процеси в ЦНС, сприяє відновленню свідомості, рефлексорних порушень та розладів чутливості.

Мета. Визначення необхідності застосування препарату «Цитофлавін» при гострому періоді перинатального пошкодження ЦНС та в разі його пролонгування.

Матеріали та методи. Обстежено 90 дітей, яких розділено на 3 групи.

I група – 40 новонароджених у гострому періоді пошкодження ЦНС віком до 10 діб.

II група – 20 новонароджених старше 10 днів (до 1 місяця), що перебували на ранній відновній терапії, з пролонгованим гострим періодом пошкодження ЦНС за рахунок синдромів: пригнічення, збудження, підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, гіпертензивного, гідроцефального, гіпертензивно-гідроцефального, судомного. Обстежені групи у комплексній терапії отримували цитофлавін у дозі 2 мл/кг маси тіла на добу в/в після розведення на 10% розчині глюкози зі швидкістю введення 1-4 мл/годину, середній курс лікування - 5 діб. III група (порівняння) – 30 дітей мали стандартну схему терапії (цераксон, пірацетам, церебролізін).

Причинами пошкодження ЦНС були: TORCH-інфекція (8%), неонатальна енцефалопатія (10%), асфіксія за рахунок хронічної гіпоксії плоду (12%), пологова травма (20%), гіпоксично-ішемічне пошкодження ЦНС (50%).

На нейросонограмі у новонароджених, які отримували цитофлавін, позитивні зміни відмічались з 5-го дня його застосування, а у групі порівняння наставали лише після 10 дня.

Висновки. Необхідно використовувати ноотропні препарати у комплексі корекції перинатальних пошкоджень ЦНС у новонароджених, представником яких є цитофлавін. Більш раннє його призначення у гострому періоді скоріше покращує неврологічну симптоматику та скорочує терміни перебування новонароджених у стаціонарі.

СТАН ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ

Квашніна Л.В., Ігнатова Т.Б.

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

Провідною патологією дорослого населення стали кардіоваскулярні захворювання. Однією з причин порушень регіонарного кровообігу та мікроциркуляції є дисфункція ендотелію. Особливе місце при цьому займає дисбаланс утворення в ендотелії біологічно активних речовин і, в першу чергу, оксиду азоту та ендотеліну-1, які приймають участь у регуляції практично всіх функцій ендотелію.

Метою нашого дослідження була оцінка стану функції ендотелію у здорових дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали та методи. Обстежено 179 здорових дітей молодшого шкільного віку. Оцінка стану ендотелію проводилась за допомогою проби з "реактивною гіперемією" з оцінкою ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД) до та після проведення оклюзивної проби. Нормальна реакція артерії відповідає збільшенню її діаметру від 10 до 20% (нормоергічний тип). Збільшення діаметра на 20-40% - гіперергічний тип; відсутність реакції або збільшення діаметру до 10% характерно для гіпоергічного типу; зменшення діаметру відповідає парадоксальному типу. Стан вазоконстрикторних/вазодилатуючих факторів вивчали методом імуноферментного аналізу з використанням тест-системи Biomedica (Австрія) для визначення рівня ендотеліну – 1 та загальної кількості оксиду азоту у сироватці крові з використанням системи Parametr™ R&D Systems (USA&Canada).

Результати дослідження. При оцінці ЕЗВД нормоергічна реакція виявлена у 29,6 % дітей, гіперергічна у 35,7 %, гіпоергічна - у 29,9% та парадоксальна у 11,7% дітей. З урахуванням типу ЕЗВД плечової артерії та концентрації ендотеліну-1 і оксиду азоту (NO) в крові група здорових дітей була розподілена на 6 підгруп. На сьогоднішній день не існує нормативних показників рівня ендотеліну-1 та NO у крові для дітей молодшого шкільного віку, тому за норму були взяті значення показників підгрупи 1 при нормоергічному типі ЕЗВД (концентрація ендотеліну-1 в межах $1,54 \pm 0,08$ фмоль/л та оксиду азоту $16,27 \pm 1,72$ мкмоль/л). В інших підгрупах спостерігався дисбаланс ендотеліну-1 та NO при відсутності будь яких клінічних проявів. Так у підгрупі 2 виявлено достовірне збільшення концентрації NO ($33,30 \pm 4,6$ мкмоль/л) при нормальному рівні ендотеліну-1, що свідчить про адекватну компенсаторну вазодилатацію. В підгрупі 3 при гіперергічному типі ЕЗВД характерна тенденція до зниження концентрації NO ($13,25 \pm 2,02$ мкмоль/л) з підвищенням ендотеліну-1 ($1,89 \pm 0,31$ фмоль/л), тобто виникнення вазоконстрикції при недостатності вазодилатуючих факторів. В підгрупі 4 достовірно високі показники NO ($31,99 \pm 2,86$ мкмоль/л) внаслідок тенденції до підвищення ендотеліну-1, що сприяє підтриманню тону судин. У дітей з підгрупи 5 (гіпоергічний тип ЕЗВД) відмічається достовірне зниження ендотеліну-1 ($1,02 \pm 0,22$ фмоль/л) при нормальній концентрації NO, тобто має місце виражена вазоконстрикція. При парадоксальному типі (підгрупа 6) у відповідь на оклюзію спостерігається не розширення, а звуження судин. При цьому, у крові спостерігається значне підвищення концентрації ендотеліну-1 ($4,77 \pm 2,52$ фмоль/л) при зниженні вазодилатуючого фактору (NO $14,45 \pm 0,65$ мкмоль/л), що характерно для стадії дезадаптації.

Таким чином, переважаюча гіперергічного реагування післяоклюзивної реакції є компенсаторним у відповідь на навантаження. Але, з часом внаслідок виснаження механізмів компенсації, можуть розвинути більш несприятливі типи реагування – гіпоергічний та парадоксальний, що може привести до виникнення хвороби та потребують своєчасної корекції.

D-ВІТАМІННА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ОРГАНІЗМУ В РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ ДИТИНСТВА

Л.В. Квашніна, Ю.А. Маковська, В.П. Родіонов

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

Визначення стану здоров'я здорової дитини не можливе без врахування типу загальної неспецифічної адаптаційної реакції, яка повинна оцінюватись з позицій індивідуально-типологічного підходу і суттєво залежить від забезпечення організму надзвичайно важливим для дитини вітаміном D. В останні десятиріччя у більшості країн світу велика увага приділяється впливу вітаміну D₃ на стан здоров'я, який за своєю фізіологічною роллю вкрай необхідний для нормального розвитку дитячого організму та суттєво впливає на функціональний стан багатьох систем та якість життя людини у всі її вікові періоди.

Проведені нами дослідження свідчать, що у здорових дітей у критичні періоди розвитку існує дефіцит вітаміну D та гіпокальціємія, які суттєво впливають на кальцій-фосфорний гомеостаз та молекулярну організацію клітинних мембран, що може сприяти розвитку захворювань і розцінюється як преморбідний стан.

Тільки у 9,4% дітей від народження до 17 років спостерігається "бажаний" стан забезпеченості вітаміну D, тоді як знижений рівень забезпеченості вітаміном D (D-гіповітаміноз, D-вітамінна недостатність та вітамін-D-дефіцит) визначено у 90,6% дітей. Проведені дослідження забезпеченості вітаміном D в різні вікові періоди дитинства свідчать, що знижений рівень забезпеченості вітаміном D визначено у дітей на першому місяці життя у 96,3%, від 1 –го місяця до 3 років у 78,6%, в 4-6 років у 92,3%, в 7-11 років – 97,3% та в 12-17 років у 94,1%.

Нормальний рівень кальцію в сироватці крові у дітей від народження до 17 років було визначено в 32% випадків, серед здорових дітей шкільного віку у 57% випадків, що обґрунтовує необхідність проведення профілактично-лікувальних курсів корекції, використання яких дає змогу нормалізувати показники кальцій-фосфорного обміну. У дітей з гіпокальціємією мало місце достовірне зниження вмісту неорганічного фосфору в сироватці крові майже на 20%, що призводить до зменшення всмоктування кальцію в слизовій оболонці кишечника. Одночасно знижується включення фосфору у фосфоліпиди слизової оболонки кишечника і гальмується його всмоктування. Відбувається виведення фосфату, зниження його концентрації у крові з одночасним зниженням рівня кальцію.

Таким чином, вивчення D-вітамінної забезпеченості організму в різні вікові періоди дитинства свідчить про виражений дефіцит вітаміну D в дитячій популяції. Така ситуація обумовлена недостатньою увагою з боку органів охорони здоров'я до профілактики Д-гіповітамінозу, особливо у дітей старше 3-х років. Недостатність забезпеченості організму вітаміном D може бути причиною розвитку багатьох захворювань, тому своєчасне визначення ступеня забезпеченості організму вітаміном D та корекція його нестачі має велике значення для підтримки здоров'я дитини. При цьому ймовірність скомпрометованості процесів кісткоутворення у дітей обумовлює доцільність призначення мінеральних препаратів, вітаміну D₃ та інших реабілітаційних заходів. Негативний вплив на ці процеси, погіршення соціально-економічних та екологічних умов проживання дітей України (незбалансоване харчування, дефіцит мінералів, вітамінів, особливо вітаміну D тощо), потребує поряд з організацією інших профілактичних і лікувальних заходів, проведення широкої реабілітації як в умовах школи, так і у відділеннях здорової дитини та відновлювальної терапії в медичних закладах різного рівня.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ФУРАСОЛ» В ЛІКУВАННІ ЗАГОСТРЕНЬ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ ТА/АБО ФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ.

Квашніна Л.В., Родіонов В.П.

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

Інфекції верхніх дихальних шляхів, які викликають запалення горла (фарингіт, тонзиліт), гортані (ларингіт) та надгортаника (епіглотит) є однією з найпоширеніших патологій дитячого віку. Застосування антибіотиків, як рутинна терапія при захворюваннях горла, з точки зору на можливість розвитку мультирезистентних бактеріальних штамів бажана не завжди. Саме тому, альтернативою системній антибіотикотерапії захворювань рото- та носоглотки стало місцеве лікування антисептиками. Серед препаратів цієї групи інтерес викликає застосування відомого у клінічній практиці фурагіну розчинного (препарат „Фурасол”), який поєднує широкий спектр антибактеріальної дії з імуномодулюючими властивостями. Застосування фурасолу, як ополіскувача, на слизових оболонках не викликає подразнення або болю, що робить препарат привабливим для лікування дітей.

З метою підвищення ефективності лікування запальних захворювань рото- носоглотки (загострень хронічного тонзиліту, фарингіту) та рівня дитячого здоров'я, нами проведено дослідження впливу фурасолу на перебіг загострення хронічного фаринготонзиліту та мікробний пейзаж носоглотки у 20 дітей віком 6-14 років. Вивчення чутливості виділеної з зіву флори до антибіотиків проводили за допомогою специфічних дисків, в т.ч. і з фурасолом, навантаженням 300 мкг/диск.

Як показали проведені нами дослідження, верхні відділи дихальних шляхів обстежених дітей мають високе мікробно-вірусне навантаження, яке не має тенденції до самосанації, а під час загострення хронічного тонзиліту (фарингіту) ситуація значно погіршується за рахунок патогенної флори. Встановлено, що загострення хронічного тонзиліту та/або фарингіту у дітей здебільшого викликають мікробні асоціації Грам негативної та Грам позитивної мікрофлори. У обстежених дітей до лікування частіше зустрічався *Str.Viridans*, який був виявлений у 60,8% випадків. На другому місці за висвіаємністю був золотистий стафілокок *S.Aureus* (42,9%), а на третьому - *Candida* (40,1%) та *Moraxella catarrhalis* (38,0%). Ерадикації патогенів та нормалізації мікробіоценозу носоглотки сприяє ополіскувач „Фурасол”, який, при відсутності побічної, токсичної та алергізуючої дії, має виражені протимікробні та протизапальні властивості, співставими або перевищуючі дію антибіотиків *in vitro*. Під впливом фурасолу частота виявлення асоціацій умовно-патогенних бактерій знизилась з 48% до 14%. Зменшилась кількість дітей, які мали в носоглотці *S.Aureus* (з 42% до 23%), гриби роду *Кандіда* (з 40% до 23%), *Str.Viridans* (з 60% до 31%). У дітей, які полоскали зів препаратом „Фурасол”, достовірно зменшився загальний лейкоцитоз із здвигом вліво, поменшала ШОЕ та кількість паличкоядерних нейтрофілів, що свідчить про зменшення запального процесу аж до його ліквідації і пов'язано зі зменшенням мікробно-вірусного навантаження на дитячий організм та протизапальними властивостями фурагіну розчинного.

У клінічній картині перебігу хвороби у обстежених дітей ми спостерігали зниження лихоманки до субфебрильних цифр або нормалізацію температури на 2-3 день лікування, зникнення болю при ковтанні та гіперемії зіву, покращення самопочуття. Спостерігаючи за цією групою дітей протягом 30 діб, ми відмітили зменшення розмірів лімфатичних вузлів (передньо-задньошийних та підщелепних), які нормалізувались до третього тижня спостережень. Слід відмітити, що в жодному випадку у дітей не було рецидивів захворювання або інтеркурентних хвороб.

Зроблено висновок про перспективність застосування фурасолу для профілактики загострень у дітей з хронічною патологією органів зіву та часто хворіючих дітей та для проведення профілактичних заходів у періоди сезонних спалахів ГРВІ.

ВМІСТ КОБАЛЬТУ У СИСТЕМІ МАТИ – ПЛАЦЕНТА – ПЛІД ДІТЕЙ, ЩО НАРОДИЛИСЯ ІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИМ ГІПОКСИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС

Клименко Т.М., Тарасова І.В., Касян С.М.

ДЗ «Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Харків
ДЗ «Сумський державний університет, медичний інститут, МОН України», м. Суми

В структурі захворюваності новонароджених провідне місце займають перинатальні гіпоксичні ураження ЦНС (ПГУ ЦНС). Вони є найбільш частою причиною неврологічних відхилень в періоді новонародженості, суттєво впливають на подальший розвиток дитини та обумовлюють високі показники інвалідності та смертності. Адекватна доставка кисню клітинам дуже важлива для всіх аеробних організмів, що пов'язано з його участю у окислювальному фосфорилуванні та у ряді ферментативних процесів.

Кобальт (Co) – складова частина молекули вітаміну B12 (кобаламіну), дефіцит якого найбільш відчутний у місцях швидкого поділу клітин, наприклад, у клітинах кісткового мозку та нервових. Складність проблеми полягає в тому, що есенційні мікроелементи (МЕ), а саме Co, при певних умовах можуть викликати токсичні реакції, а деякі токсичні МЕ при певному дозуванні та експозиції можуть виявляти властивості есенційних, тобто бути корисними і навіть життєво важливими. Механізм виникнення перинатальної патології складний та обумовлений, у першу чергу, порушеннями фетоплацентарного кровообігу у системі мати-плацента-плід.

Мета дослідження: вивчення ролі забезпечення Co у системі мати-плацента-плід в умовах фізіологічної вагітності та при ПГУ ЦНС. Кількісна та якісна оцінка взаємозв'язків та особливостей трансплацентарної міграції Co до плода.

Проведено визначення Co у сироватці крові та еритроцитах і плаценті 30 вагітних жінок та їх 30 новонароджених із ПГУ ЦНС. Гестаційний вік обстежених складав 38 і більше тижнів. Групу контролю склали 30 здорових доношених новонароджених. Для визначення вмісту Co у біосубстратах використовували метод атомно-абсорбційної спектрофотометрії на спектрофотометрі С-115М1, виробництва НВО «Selmi» (Україна).

У матерів, які народили дітей із перинатальним гіпоксичним ураженням ЦНС, у сироватці крові та еритроцитах спостерігався дефіцит кобальту. У разі ПГУ ЦНС у сироватці пуповинної крові доношених новонароджених спостерігали суттєве зменшення вмісту кобальту (на 34,6%) порівняно з групою контролю. Одночасно з цим відбувалось збільшення на 44% вмісту кобальту в еритроцитах пуповинної крові.

Певний інтерес викликає динаміка змін концентрацій МЕ у плаценті та еритроцитах пуповинної крові, оскільки вона дозволяє оцінити функцію депо (індекс накопичення (ІН)) та бар'єрну функцію (індекс проникнення (ІП)) плаценти. ІП через плаценту для Co складав 80,1%. Таким чином, бар'єрна функція плаценти відносно Co є низькою. Разом з тим, плацента здатна накопичувати Co, оскільки індекс ІП складав 121,2%.

За нашими даними, ІП для Co при гіпоксії був вищим, ніж у групі контролю, і складав: 96,2%, проти 80,1%. Проте, ІН, був в 1,5 разів меншим. Ці показники свідчать про те, що у разі дефіциту Co у плаценті, створюються умови для більш швидкого проникнення його до плода, а функція накопичення при цьому пригнічується. Тобто, функція збереження МЕ, які беруть активну участь у розвитку плода порушується.

Отже, отримані дані свідчать про порушення існуючих у плаценті механізмів захисту при фізіологічних умовах розвитку плода.

ЗАЛЕЖНІСТЬ КОНЦЕНТРАЦІЇ ТОКСИЧНИХ МЕТАЛІВ В ТКАНИНАХ СЕРЦЯ І МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ВІД МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК РОДИН ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Муквіч О.М., Коваль О.П.

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

Актуальність проблеми вроджених вад серця і магістральних судин перш за все обумовлена їх значною частотою – кожні 15 хвилин на планеті з'являється 1 дитина з кардіоваскулярною мальформацією, щорічно у світі народжується близько одного мільйона таких хворих. На сьогоднішній день остаточно не визначені певні тригерні фактори формування кардіоваскулярних мальформацій, що визначає доцільність розглядати їх як мультифакторіальні захворювання. Серед чисельних етіопатогенетичних факторів – генетичних мутацій і хромосомних аберацій, вірусів (Influenza, Coxsackie B, Herpes), соматичних захворювань матері (цукровий діабет, фенілкетонурія, системний червоний вовчак) – в останні десятиріччя обговорюється гіпотеза впливу токсичних металів. Незважаючи на це,

фактори ризику розвитку вродженої патології та їх точна ідентифікація потребують уточнення, що не дозволяє виділяти групи ризику по формуванню вад серця.

Мета: визначити наявність токсичних металів в тканинах кардіоваскулярної системи та залежність їх концентрації від медико-соціальної характеристики родин та окремих медико-біологічних показників дітей з вродженими вадами серця та магістральних судин.

Матеріали та методи: обстежено 53 дитини (32 хлопчика та 21 дівчинка) та 2 плоди (чоловічої статі) з різними кардіоваскулярними мальформаціями. Оцінку наявності та концентрації 22 токсичних металів та металоїдів проводили в 107 біоптатах тканинах серця та магістральних судин методами атомно-емісійної спектрометрії в індуктивно-зв'язаній плазмі та атомно-абсорбційній спектрометрії з електротермічною атомізацією.

Результати. В організмі та тканинах серця і магістральних судин дітей з кардіоваскулярними мальформаціями виявлено більш широкий спектр токсичних металів та металоїдів порівняно з дітьми без порушень кардіогенезу, більшу «завантаженість» їх кількістю та достовірно більшу ($p=0,004$) частоту випадків перевищення концентрації токсичних металів у порівнянні з дітьми без аномалій. В локусі мальформації середній рівень концентрації виявлених токсичних елементів вищий, ніж в тканинах серця без порушення кардіогенезу. У дітей з ВВС та МС найбільш часто серед наявних токсичних речовин констатована патологічна концентрація барію, в тому числі в локусі мальформації, при цьому його середня концентрація перевищувала допустимий рівень в 22,7 разів та статистично відрізнялась від показника фізіологічно сформованих тканин кардіоваскулярної системи ($p=0,002$).

При проведенні багатофакторного кореляційно-регресійного аналізу встановлено пряму кореляційну залежність між проживанням в промисловому регіоні ($r=+0,74$), фактом тютюнопаління батьків ($r=+0,65$), ускладненим перебігом вагітності (токсикоз вагітних, загроза самовільного викиду у першому триместрі вагітності, набряки, анемія, гостра та/або хронічна інфекційна патологія в першому триместрі вагітності та ін.) ($r=+0,84$), наявністю в ранньому неонатальному періоді дитини затяжної жовтяниці ($r=+0,74$), затримкою фізичного розвитку ($r=+0,84$) та концентрацію токсичних металів (барію, вольфраму, літію, миш'яку, нікелю, свинцю, стронцію, титану, срібла, олова) в тканинах серця та магістральних судин дитини.

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ПРОЯВИ ВЕГЕТО-СУДИННОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЗА ГІПОТЕНЗИВНИМ ТИПОМ У ДІТЕЙ-МЕШКАНЦІВ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ

Кондрашова В.Г., Колпаков І.Є., Вдовенко В.Ю., Короткова О.Ю., Ісаєнко Т.М., Сорока А.О., Степанова Є.І.

ДУ „Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України”, м. Київ

Вважається, що вегетативні дисфункції є підґрунтям для розвитку тяжких соціально значимих захворювань. Дослідження стану церебральної гемодинаміки у дітей, які постраждали в результаті аварії на ЧАЕС, одиничні та досить суперечливі.

Мета дослідження. Охарактеризувати клінічний перебіг та визначити стан церебральної гемодинаміки у дітей, які народилися та постійно проживають на радіоактивно забруднених територіях.

Матеріали і методи. Обстежено 65 дітей молодшого шкільного віку із вегето-судинною дисфункцією за гіпотензивним типом, які народилися і постійно мешкають на радіоактивно забруднених територіях (2 та 3 зони). Програма дослідження включала клінічне та інструментальне обстеження (реоенцефалографія – РеоЕГ).

Результати. В клінічній картині майже третина дітей (33,85%) мала прояви дизадаптаційного синдрому (емоційна лабільність, зниження працездатності, підвищена втомлюваність, порушення формули сну). У них визначалися: запаморочення, знепритомнення та потемніння в очах. Головний біль характеризувався періодичним характером і провокувався розумовим чи фізичним перевантаженням або психоемоційним стресом (у 63,08% дітей). Звертає увагу той факт, що у них мали місце мігреноподібні пароксизми. Майже у чверті обстежених дітей (24,62%) перебіг вегетативного синдрому був пароксизмальним й характеризувався наявністю вегетативних кризів (вагоінсулярні, симпатоадреналові та змішані, що залежало від превалювання в них певного відділу вегетативної нервової системи).

Контурна характеристика РеоЕГ-хвилі показала, що у дітей визначаються три типи реоенцефалографічних кривих. Серед якісних змін домінували артеріальна ангіодистонія – 55,38%; гіпертонічний варіант – 27,69%; гіпотонічний – 16,93%. З високою частотою визначалися коливання пульсового кровонаповнення. Гіпо- та гіперволюмія у дітей реєструвалася з однаковою частотою (33,85%). Високу частоту мали порушення судинного тону та мікроциркуляції. Порушення венозного відтікання спостерігалися у 93,84% дітей. Яскраво ілюструє наявність цереброваскулярної дистонії у дітей показник міжпівкулевої асиметрії кровообігу, частота якої дорівнювала 78,46%. Наявність асиметрії мозкового кровообігу у частини дітей може свідчити про часткове збереження механізмів захисної регуляції тону судин, але, безумовно, є відображенням мозкових циркуляторних розладів дистоніч-

ного типу, що є фактором ризику розвитку цереброваскулярної патології у дорослому віці. Варіабельність змін стосувалася, насамперед, зростання судинного тону, переважно за рахунок судин середнього та дрібного калібру (артерії опору) на тлі зміненої ригідності судинної стінки у 66,15% дітей. При дистонічному типі порушень церебральної гемодинаміки мають місце порушення артеріальної та венозної ланок гемодинаміки. Для гіпертонічного типу реоенцефалографічної кривої характерними є підвищення тону судин та порушення венозного відтікання. При гіпотонічному типі РеоЕГ спостерігається зниження тону судин та порушення венозного кровотоку за дефіцитним типом.

Висновки. Отримані результати свідчать про необхідність своєчасної корекції змін церебральної гемодинаміки за умов хронічного надходження радіонуклідів за харчовими ланцюжками на донозологічному рівні.

АЛЬФА-ЛІПОЄВА КІСЛОТА У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ОЖИРІННЯ

Косовцова Г.В., Філіпова Н.В., Костенко Т.П., Левчук Л.П., Юдченко О.І.

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

Ожиріння вже в дитячому віці досить часто супроводжується змінами серцево-судинної, гепатобіліарної, нервової систем і суттєвими змінами метаболічних процесів, що розглядається як ускладнений перебіг захворювання. Проте лікування хворих на ожиріння, особливо дитячого віку, було й залишається складною задачею, оскільки, на жаль, більшість хворих не завжди дотримуються дієти і не в змозі істотно розширити режим фізичних навантажень. Окрім того, недостатня ефективність лікування обумовлена наявністю у частини хворих інсулінорезистентності (ІР), яку вважають пусковим фактором та складовою частиною таких хвороб, як атеросклероз, артеріальна гіпертонія, а особливо метаболічний синдром та цукровий діабет 2 типу.

Фармакологічна корекція порушень обміну у дітей являє собою особливу складність у зв'язку з віковими обмеженнями застосування препаратів та їх побічною дією. Тому актуальним стало вивчення ефективності альфа-ліпоєвої кислоти (α -ЛК) у комплексному лікуванні дітей та підлітків, хворих на ожиріння. Основна функція α -ЛК - пряма участь у вуглеводному обміні, а саме, в аеробному метаболізмі продукту гліколізу - пірувату. Додатковою перевагою α -ЛК є її можливість справляти антиоксидантну, гіпоглікемічну, гіполіпідемічну, енергетичну та нейротропну дії. α -ЛК змінює спектр ліпідів крові у бік ненасичених жирних кислот, знижує вміст холестерину і насичених жирних кислот у крові, запобігаючи розвитку атеросклерозу. Окрім того, при застосуванні α -ЛК підвищується чутливість інсулінових рецепторів та внутрішньоклітинний транспорт глюкози, і як наслідок, зменшується ІР.

В умовах ендокринологічного відділення інституту було обстежено 22 дитини та підлітка, хворих на ожиріння, згідно Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія». Проводилось визначення натще рівня інсуліну в сироватці крові та глюкози плазми крові, з розрахунком індексу ІР НОМА, наявність ІР визначалась при рівні індексу НОМА більше 3,5 од. Досліджувався ліпідний спектр в сироватці крові із розрахунком коефіцієнту атерогенності. Хворі отримували базисне лікування, яке передбачало дієтичне харчування (гіпокалорійна дієта № 8), внутрішньо метіонін, полівітаміни, лікувальну фізкультуру. α -ЛК призначалась у дозі 600 мг спочатку внутрішньовенно курсом 10 днів, потім внутрішньо раз на день курсом 1 місяць. Переносимість препарату була доброю, побічних реакцій не відзначено.

Подальші дослідження у найближчі строки спостереження (3 місяці) показали позитивну клінічну динаміку за рахунок зменшення апетиту та маси тіла, що супроводжувалось зниженням вмісту в крові атерогенних фракцій холестерину і нормалізацією показників ліпідного обміну у 59,1% хворих; через 6 місяців - тільки у 36,4% обстежених залишались нормальні параметри загального холестерину, триглицеридів та холестерину ліпопротеїдів високої щільності.

Таким чином, надійний, ефективний і добре переносимий препарат альфа-ліпоєвої кислоти має застосовуватися для корекції порушень ліпідного обміну у комплексному лікуванні дітей та підлітків, хворих на ожиріння.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА НУТРИТИВНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Крамаренко Н.М., Іванусь С.Г.

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

Бронхіальна астма (БА) – хронічне рецидивуюче захворювання з переважним ураженням бронхів, яке характеризується їх гіперреактивністю з пароксизмами кашлю та задухи внаслідок спазму гладких м'язів бронхів, гіперсекреції та набряку слизової оболонки дихальних шляхів. Згідно діючих стандартів основу лікування БА складає базисна протизапальна терапія. Проте певна роль надається симптоматичному лікуванню, а також дієтотерапії, метою якої є не тільки елімінація тригерів, але і забезпечення оптимальних темпів фізичного розвитку, дозрівання органів та систем.

Метою нашого дослідження став аналіз нутритивного статусу у 100 дітей у віці 6-17 років, що страждають БА і знаходились на лікуванні в кардіопульмонологічному відділенні КЗ «ДДКМЛ №2» ДОР». З них 64,7% дітей мали інтермітуючий перебіг, 29,1% легкий персистуючий, 4,3% - персистуючий перебіг середнього ступеня важкості і 1,9% - важкий персистуючий перебіг БА. Всі діти мали тривалість захворювання від 5 до 10 років, одержували базисну терапію згідно протоколу ведення дітей з різним ступенем важкості БА. Пацієнтів, котрі одержували системні стероїди в нашому дослідженні не було. Контрольну групу склали 30 практично здорових дітей того ж віку, без будь-яких хронічних захворювань.

Для вивчення фізичного розвитку ми використовували метод оцінки антропометричних параметрів за статевіковими шкалами регресії, який враховує три основні показники: довжину і масу тіла та окружність грудної клітки, а також співвідношення між цими параметрами.

За даними проведеної оцінки фізичного розвитку було встановлено, що 41,7% дітей мали довжину тіла більше одного сигмального відхилення ($M+1,1\sigma - M+2\sigma$), що достовірно вище, ніж у дітей контрольної групи (23,3%). Проте при важкому та тривалому перебігу захворювання як у хлопчиків, так і у дівчаток була встановлена тенденція до зменшення росту. Вкрай низькі показники ($M-2,1\sigma$ і нижче) зустрічались тільки у дітей з БА персистуючого середньоважкого перебігу (5,83%). Довжина тіла, що знаходилась між сигмальними відхиленнями $M\pm 1\sigma$ (що відповідає середньому росту в популяції) виявлено у 21,4% хлопчиків і 13,6% дівчаток. В той час, як в контрольній групі – 13,3% і 56,7% відповідно. Нами було відзначено, що параметри маси в 22,3% випадків знаходились в межах сигмальних відхилень $M\pm 2,1\sigma$: в бік низької маси - 12,6%, в бік високої маси – 9,7%. Більше 50% пацієнтів мали тенденцію до підвищення маси тіла, що в 2,5 рази частіше, ніж в контрольній групі.

Оцінка гармонійності проводилась за допомогою індексу Кетле та порівняння сигмальних відхилень між масою та окружністю грудної клітки. Нами встановлено, що 73,7% дітей з БА мали дисгармонійний розвиток на відміну від контрольної групи, в якій дисгармонійний розвиток зустрічався у 23,3% дітей.

Таким чином, у дітей з БА мають місце особливості фізичного розвитку, що частіше виражаються в зменшенні росту, надлишку маси та дисгармонійності розвитку, що зростають з віком та стажем захворювання. Розповсюдженість порушень фізичного розвитку та незбалансованість добового раціону харчування зумовлює необхідність розробки індивідуальних дієтичних рекомендацій, що враховують нутритивний статус дитини.

ВПЛИВ МАЛИХ СЕРЦЕВИХ АНОМАЛІЙ НА ПЕРЕБІГ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ

Кулешов О.В.

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

Малі серцеві аномалії на сьогоднішній день є актуальною проблемою педіатрії та дитячої кардіології. Питання щодо їх клінічного значення й досі вивчається. Згідно сучасних літературних джерел вважається, що вони можуть призводити до різноманітних ускладнень, зокрема до вегетативних порушень та ускладнювати їх перебіг. Дослідження цієї проблеми вказують на різні результати. Так, вважається, що пролапс мітрального клапана (ПМК) призводить до посилення симпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС), власне як і аномально розташовані хорди. З іншого боку існують дані про те, що має місце змішаний тип вегетативного дисбалансу, коли підтверджується напруження обох відділів ВНС у таких дітей. Тому, виходячі з цього проведено обстеження дітей з малими серцевими аномаліями для визначення їх впливу на перебіг вегетативних дисфункцій.

Діти розподілені на 3 групи (основна, порівняння та контрольна). Основну групу склали діти з малими серцевими аномаліями (30

дітей з ПМК та 36 з аномально розташованими хордами (АПХ)), групу порівняння – 36 дітей з підтвердженою вегетативною дисфункцією. Отримані результати порівнювались з даними дітей групи контролю (35 дітей). Проведено холтерівське моніторування ЕКГ та кардіоінтервалографія для вивчення стану ВНС. Малі серцеві аномалії підтверджені за допомогою ехокардіографії.

Отримано наступні результати. У дітей з малими серцевими аномаліями виявлено напруження обох відділів ВНС з переважним домінуванням парасимпатичного тону порівняно з дітьми групи порівняння. Зокрема, SDNN, SDNNi, SDANNi rMSSD, pNN50% в першій групі склали: $142 \pm 10,5$; $75,7 \pm 5,7^*$; $160,9 \pm 8,1$; $110,7 \pm 9,5^*$; $40,2 \pm 3,6^*$, тоді як в групі порівняння: $154 \pm 10,3$; $86,9 \pm 3,9$; $129 \pm 14,2^*$; $55,9 \pm 6,7^*$; $27,3 \pm 3,8$ відносно контрольних даних: $183,6 \pm 21,4$; $94,6 \pm 7,2$; $167,9 \pm 11,6$; $77,1 \pm 7,8$; $39,9 \pm 6,8$, відповідно (зірочкою (*) позначено достовірні відмінності відносно групи контролю ($p < 0,05$)).

Згідно кардіоінтервалографії вегетативна реактивність проявлялась гіперсимпатикотонією у дітей з ПМК (51% дітей) та АПХ (34%), асимпатикотонія – 30% з ПМК та 45 з АПХ та у решти – нормальна реакція. Скарги у дітей основної групи мали більшу вираженість ніж в групі порівняння. Так, серцебиття турбувало у 82% дітей першої групи порівняно з другою у 55%, відповідно, так само як і завмирання – 19 та 2%, поблідіння 92 та 56 %, задишка при хвилюванні – 26 та 4%, задишка при навантаженні – 41 та 23%, головний біль – 50 та 45%, втрата свідомості – 65 та 54%, а також розлади сну 65 та 40%, відповідно.

Таким чином, можна зробити наступні висновки. 1. Вегетативні порушення більше виражені при наявності малих серцевих аномалій ніж при їх відсутності. 2. Даному контингенту дітей слід проводити Холтерівське моніторування ЕКГ з оцінкою показників варіабельності ритму серця, яке на сьогоднішній день залишається одним з найефективніших методів дослідження стану вегетативної нервової системи. 3. Діти з малими серцевими аномаліями потребують диспансерного спостереження для попередження подальших ускладнень.

КЛІНІКО-ГЕНЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОЛІГО- ТА ПОЛІАРТИКУЛЯРНОГО ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Лебець І.С., Багацька Н.В., Нефідова В.Є., Зайцева Є.М., Шевченко Н.С., Матвієнко О.В., Медзяновська О.В.

ДУ «Інститут охорон здоров'я дітей і підлітків НАМН України», м. Харків

Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) – найбільш несприятливе за прогнозом захворювання. На першому році розвитку патологічного процесу діагностика цієї патології залишається вкрай складною, в зв'язку з чим актуальним є визначення особливо значущих, притаманних для даної патології, ознак. Важливе місце у цьому відношенні посідають клінічні та окремі генетичні характеристики.

Мета дослідження – удосконалення ранньої діагностики ЮРА шляхом оцінки клінічної симптоматики, ряду генетичних показників.

У клініці ДУ «ІОЗДП НАМН» обстежено 38 осіб, хворих на ЮРА, 2-18 років із тривалістю процесу до 12 місяців. Переважали особи жіночої статі. Олігоартикулярний варіант хвороби мав місце у 27,3%, поліартикулярний – у 72,7%. Олігоартикулярний ЮРА проявлявся мінімальною і менш частою помірною активністю, ранковою скутістю до 15-30 хв., ураженням колінних, гомілковостопних, променевоzap'ясткових суглобів. Симетричні артрити дрібних суглобів кистей і стоп виявлялися рідко. Ураження органу зору визначено в 1,5% пацієнтів. Усі хворі за РФ і аЦЦП були негативні. При поліартикулярному варіанті активність запального процесу найчастіше відповідала помірній стадії, у 9% – вираженій. Поряд із означеними вище суглобами визначалося запалення в ліктьових, нижньощелепних суглобах, ураження шийного відділу хребта: ранкова скутість складала більше 30 хв. у більшості хворих. Ураження органу зору встановлено в 1,5% дітей. Позитивність за РФ склала 7,4%, за аЦЦП – 4,6%.

За даними генеалогічного аналізу визначено, що спадкова обтяженість до ревматичних хвороб складала 73,9% – в сім'ях хворих із олігоартикулярним ЮРА – 76,7%, в сім'ях хворих із поліартикулярним варіантом ЮРА – 68,8%. У родичів хворих спостерігалися й інші неінфекційні хвороби: серцево-судинні (86,7% в сім'ях хворих із олігоартритом проти 93,8% в сім'ях хворих із поліартритом, $p < 0,05$) та шлунково-кишкового тракту (56,7% проти 43,7 % відповідно, $p < 0,05$).

Згідно результатів цитогенетичного аналізу визначено, що всі хворі мали нормальний жіночий (46, XX) або чоловічий (46, XY) каріотип. Спонтанний рівень хромосомних аберацій становив: 4,34 у хворих із олігоартритом та 3,94 у хворих із поліартикулярною формою ЮРА на 100 метафазних пластинок. Частота аберацій хроматидного типу у хворих із олігоартритом вірогідно перевищувала частоту ХА у хворих із поліартикулярним варіантом ЮРА (3,29 проти 2,25 на 100 клітин, $p < 0,01$). Аберації хромосомного типу превалювали у хворих із поліартритом (1,69 проти 1,05 на 100 метафазних пластинок, $p < 0,05$). В обох групах хворих серед аберацій хроматидного типу реєструвалися переважно одиночні фрагменти (3,3 при олігоартриті і 2,6 при поліартриті на 100 клітин); хромосомного типу – парні фрагменти (0,92 при олігоартриті і 1,4 при поліартриті на 100 клітин, $p < 0,05$). Аналізуючи частоту порушень геномного типу, визначили, що поліплоїдні клітини реєструвалися практично з однаковою (0,47 у хворих із олігоартритом і 0,32 – з поліартритом на 100 клітин).

Таким чином, на підставі проведеного дослідження визначено певні клініко-генетичні особливості при обох варіантах ЮРА.

ВАРІАНТИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ФАГОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Литвинець Л.Я.

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

Мета: вивчення особливостей стану фагоцитарної функції нейтрофілів у пацієнтів з бронхіальною астмою (БА) залежно від ступеня контролю і оцінка ефективності терапії із врахуванням виявлених порушень після корекції елементним комплексом Краплі Береш Плюс та імуномодулюючим перапартом Лікопід.

Матеріали і методи дослідження. Проведено комплексне обстеження 107 дітей віком від 6 до 18 років хворих на БА, що знаходились на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні. За результатами застосування астма-тест контролю (GINA, 2011) щодо рівня контрольованості БА діти були розподілені наступним чином: 34 (31,8%) із контрольованою (КБА), 47 (43,9%) – із частково контрольованою (ЧКБА) та 26 (24,3%) із неконтрольованою БА (НКБА). Поглинаючу здатність нейтрофілів досліджували за показниками фагоцитарного індексу (ФІ) та фагоцитарного числа (ФЧ) (за методикою І.В. Петрової і співавторів, 1984), кисневозалежну активність нейтрофілів – по відновленню нітросинього тетразолію (НСТ) (за методом В. Park в модифікації М.Е. Виксмана, А.Н. Маямського, 1979). Проводились спонтанний та стимульований зимозаном тести. Контрольну групу склали 10 практично здорових дітей аналогічного віку.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз факторів неспецифічного захисту у дітей з НКБА на фоні стандартної терапії (СТ) при виписці зі стаціонару за показниками спонтанного НСТ-тесту показав все ще недостатні резервні можливості кисневозалежної мікробіцидності нейтрофільних гранулоцитів, недостатній ступінь подразнення фагоцитуючих клітин і їх низьку здатність до кілінгу ($p < 0,05$). При тривалому спостереженні (через 3 та 6 міс.) під впливом СТ достовірно зросли показники стимульованого НСТ-тесту та дані фагоцитарних функцій, про що свідчило вірогідне підвищення ФІ (%) та ФЧ (ум. од.) ($p < 0,05$), однак жоден із показників не досягнув рівня, визначеного у здорових ($p < 0,05$). У дітей з ЧКБА під впливом СТ спостерігалась тенденція до зростання основних показників фагоцитарної функції після виписки зі стаціонару. Починаючи з 3-го місяця спостереження ці показники достовірно зросли ($p < 0,05$), але так і не досягли референтних значень. Дещо оптимістичнішою була ситуація щодо факторів неспецифічного захисту у дітей з КБА. Так, показник ФІ (%) у дітей з КБА на тлі СТ починаючи із 3 міс. спостереження достовірно наближався до референтних значень, а показник ФЧ (ум. од.) хоч і був вірогідно нижчим за такий у здорових ($p < 0,05$), втім вірогідно вищим за аналогічні у дітей із НКБА та ЧКБА ($p < 0,05$) протягом усього періоду спостереження. Удосконалена терапія БА із включенням в комплекс лікування Крапель Береш Плюс та Лікопиду, згідно з рекомендаціями виробника, характеризувалася ефективнішою корекцією порушень фагоцитарного статусу у пацієнтів із різним ступенем контрольованості. Зокрема, під впливом такого терапевтичного комплексу відбувалося вірогідне зростання відсотка як фагоцитуючих клітин, так і завершеності фагоцитозу у пацієнтів із усіма ступенями контролю уже на початку лікування дітей з БА у порівнянні з іншими терапевтичними підходами ($p < 0,05$). Найвиразніші зміни отримано упродовж тривалого спостереження у дітей з ЧКБА та КБА.

Висновки. Вивчення динаміки імунологічних змін у дітей з бронхіальною астмою різного ступеня контрольованості під впливом обраних для дослідження медикаментозних технологій показало їх більшу ефективність у порівнянні лише зі стандартною терапією щодо корекції виявлених змін.

РОЛЬ СОМАТИЗАЦІЇ У ФОРМУВАННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ

Личковська О.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Функціональна диспепсія (ФД) – це гетерогенна група розладів, яка може мати різний перебіг – з формуванням органічного психосоматозу або без прогресивного перебігу з можливим розвитком соматоформного розладу (СР). Тому для лікаря дуже важливо розділити пацієнтів з ФД на «соматизаторів» і тих, у яких функціональний розлад – це перша стадія розвитку органічного захворювання. Адже відомо, що у 30,0% дітей ФД має прогресивний перебіг з формуванням органічного захворювання, а невчасно діагностований і, відповідно, нелікований СР протягом трьох років може привести до втрати працездатності і професійних можливостей, до порушення сімейних стосунків, обмеження соціальних контактів та звуження кола інтересів, виникнення панічних атак. Тому ведеться активний пошук критеріїв та інструментів для поділу дітей з ФД на підгрупи.

Метою дослідження було вивчення можливості застосування тестів SOMS-2J та SOMS-7T (Screening for somatoforme Storungen, somatoform symptom screening) для виявлення схильності до соматизації у дітей з ФД.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 41 дитину віком 6 – 12 років з ФД, діагноз встановлювали за Римськими критеріями III з підтвердженням за допомогою ендоскопічного та морфологічного обстеження (ОГ). Групу контролю (ГК) склали 45 практично здорових дітей. Індекс соматизації (ІС) та індекс інтенсивності симптомів (ІІС) визначали шляхом тестування SOMS-2J та SOMS-7T (Rief W., 1997). Усі обстежені діти знаходилися під нашим спостереженням протягом 3 років.

Результати дослідження та обговорення. Серед обстежених нами дітей з ФД індекс соматизації склав $5,31 \pm 0,26$, тоді як у ГК – $1,87 \pm 0,27$ ($p < 0,05$). ІІС складав у ОГ $23,29 \pm 3,21$ бала, в ГК – $2,33 \pm 0,36$. Серед симптомів, для яких не було чітких органічних причин, найчастіше зустрічалися болі голови, колючі болі в ділянці серця, відчуття серцебиття, болі в спині й кінцівках, надмірна пітливість, відчуття жару чи холоду, задишка, часті сечовипускання, періодичні проноси, парестезії.

Діагноз СР з наявністю всіх критеріїв діагностики встановлено у 7 дітей з ОГ (17,1%) та жодної дитини з ГК. У значно більшій частині обстежених дітей (біля 40,0%) виявляли окремі ознаки схильності до соматизації, які, однак, не дозволяли констатувати СР як окремий нозологічний діагноз. Особливо важливою є вчасна діагностика СР у дітей, оскільки результати його психотерапевтичного лікування та прогноз кращі, ніж у дорослих.

У процесі 3-річного спостереження за дітьми з ФД було встановлено, що прогресивний перебіг захворювання з формуванням гастриту/гастроуденіту та деструктивних форм патології спостерігався в 11 дітей. При порівнянні клінічних симптомів, їх вираженості при первинному обстеженні, не виявлено достовірної різниці щодо жодного з Римських критеріїв III діагностики ФД залежно від перебігу захворювання. Достовірну різницю встановлено тільки щодо ІС, який у дітей з формуванням органічного захворювання становив $4,7 \pm 0,23$ бали проти $7,8 \pm 0,44$ ($p < 0,05$).

Висновки. Отже, тести SOMS-2J та SOMS-7T забезпечують стандартизацію діагностики СР при ФД у дітей, можуть бути інструментом для розподілу пацієнтів з ФД на «соматизаторів» і тих, у яких функціональний розлад – це перша стадія розвитку органічного захворювання.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ

**Лукашук В.Д., Дмитришин Б.Я., Головатюк Л.М., Бовкун О.А., Лукашук І.В.,
Коротич Т.І., Баб'як В.І., Свірень А.І.**

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

Бронхіальна обструкція (БО) є однією з найбільш актуальних проблем педіатрії. Відомо, що у 30-50% дітей у віці до 3-х років гострі респіраторні захворювання ускладнюються розвитком БО, яка погіршує перебіг хвороби.

Обстежено 72 дитини (основна, I група) хворих на гострий обструктивний бронхіт (ГОБ), у віці 3 місяці – 3 роки та 30 дітей (II, група порівняння, n=20) з гострим бронхітом (ГБ) цього ж віку. Основну групу розподілено на підгрупи: I-A – 1-2 епізоди обструктивного бронхіту (n=52) та I-B підгрупа – 3 (n=20) і більше епізодів обструктивного бронхіту. Вивчали анамнез, в т.ч. алергологічний, клінічні прояви хвороби, аналізували результати загально-клінічних та імунологічних методів дослідження та рентгенографії органів грудної клітки. Вивчено клінічний перебіг та показники інтерлейкінів (ІЛ): прозапальних (ІЛ-1 β , ІЛ-8) та протизапальних (ІЛ-4, ІЛ-10). Лікування проводилося відповідно до протоколу.

Дебют ГОБ виникав у першому півріччі життя у переважної більшості дітей (66,7%). Спадковість була обтяжена у 91,6% дітей, 47,2% дітей мали власний алергологічний анамнез. Грудне вигодовування отримували 30,6% дітей, змішане – 31,9%, штучне – 34,7% дітей. У хворих на ГОБ при надходженні до стаціонару спостерігали: вологий малопродуктивний кашель (75%), помірно виражену експіраторну задишку (81,9%), інтоксикаційний синдром (73,6%), фізикально-коробковий звук, жорстке дихання, сухі та вологі різнокаліберні хрипи (94,4%). В крові – еозинофілія – 47,2% хворих, анеозинофілія – 12,5%. Базальні показники В-клітинної ланки імунітету характеризувалися зменшенням в сироватці крові ІgG, ІgA, незначним підвищенням рівня ІgE – у 33,3% хворих на ГОБ; вираженим підвищенням (більше 200 МО/мл) – у 18,1% дітей. В I-A підгрупі базальні показники цитокінів сироватки крові рееструвалися у вигляді підвищення рівня прозапальних ІЛ-1 β (75%), ІЛ-8 (66,7%), а також підвищення ІЛ-4 – у 33,3% хворих та ІЛ-10 – у 10%; крім того, у 31% показник ІЛ-10 був зниженим. В I-B підгрупі базальні показники цитокінів сироватки крові у вигляді підвищення прозапальних: ІЛ-1 β – у 45% та ІЛ-8 – у 57%; що стосується протизапальних: ІЛ-4 підвищувався у 63% хворих, ІЛ-10 підвищувався у 31%, а у 2-х дітей незначно знижувався. Важливо зазначити, що в I-B групі спостерігалось незначне підвищення рівня ІgE саме у дітей з підвищеними показниками ІЛ-10.

В I групі після проведеного лікування дітей кашель зберігався ще $6,7 \pm 1,3$ днів, хрипи в легенях – $2,4 \pm 1,1$ днів, астенизація – $6,25 \pm 0,45$ днів. Лікування суттєвих змін до імунологічного профілю дітей обох груп не внесло. Рівень ІgG та ІgA дещо зріс, показники ІgE суттєво знизилися у дітей I-A та I-B групи, проте залишався достовірно підвищеним у порівнянні з показниками здорових дітей.

В підсумку, показники IL-4 і IL-8 сироватки крові залишалися підвищеними в I та II групі. При цьому рівень IL-8 значно вищий в I-A групі і, вочевидь, може слугувати маркером запалення, в той час як показник IL-4 був значно підвищеним в I-B групі та поєднувався з підвищенням рівня IL-10. У дітей з ГОБ за базальними показниками IL має місце більш виражений дисбаланс, ніж при ГБ. У пацієнтів з повторними епізодами ГОБ рівень IL-10 підвищувався в 1,5 рази у порівнянні зі здоровими дітьми, що вказує на особливість перебігу ГРВІ у дитини на тлі алергічної схильності.

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ПРОЛОНГОВАНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ 3-Х МІСЯЦІВ ЖИТТЯ

**Лукашук В.Д., Єсіпова С.І., Сафонова Г.І., Коротич Т.І., Лукашук І.В.,
Ходаківська С.П., Баб'як В.І., Вашкулат В.П., Свірень А.І.**

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

У структурі захворюваності періоду новонародженості збільшується частка неонатальних жовтяниць, які в сучасних умовах мають перебіг з високою гіпербілірубінемією та часто набувають зтяжний характер. Кон'югаційна жовтяниця виникає у кожній четвертій новонародженої дитини, а у дітей на грудному вигодовуванні в 2 рази частіше.

Вивчали предиктори ПЖ, в тому числі досліджували проти- та прозапальні цитокіни сироватки крові, оцінювали функціональний стан печінки. У відділенні молодшого дитинства ДКЛ №3 м. Києва за 2012-2014 рр. обстежено 101 дитину у віці 24 днів - 3 місяців з зтяжною кон'югаційною жовтяницею. I групу (основну) склали 82 немовляти, які знаходились на грудному вигодовуванні з народження, II групу (групу порівняння) склали 19 дітей на штучному вигодовуванні. Групу контролю склали 20 практично здорових дітей цього ж віку без проявів гіпербілірубінемії. Виявлено, що ранніми прогностичними чинниками ризику виникнення ПЖ у дітей є соматична патологія матері, обтяжений акушерський анамнез, інфекційний процес і прийом лікарських препаратів під час вагітності, патологічний перебіг вагітності, ускладнені пологи – 48,3% та 23,1% в I та II групах. Під час госпіталізації дітей в I групі частіше вигодовування було більш недостатнім, ніж у II групі; скарги на функціональні порушення ШКТ (часті зригування великим об'ємом, метеоризм, рідкі випорожнення, закрепи чи збільшення частоти дефекації) виявили у 51,8% дітей I групи та 13,4% II групи, $p < 0,001$; недостатнє збільшення маси тіла, гіпогалактія у матері та мляве смоктання дитини - у 56% та 18% відповідно, $p < 0,01$. В I групі показник сироваткового білірубіну у дітей був вищим, ніж у дітей II групи - $184,3 \pm 13,20$ мкмоль/л та $136,3 \pm 11,20$ мкмоль/л ($p < 0,01$).

Виявлено відхилення при УЗД печінки у всіх немовлят з ПЖ у вигляді збільшення передньо-заднього розміру печінки та підвищення ехогенності паренхіми, що свідчить про залучення паренхіми печінки в патологічний процес і потребує детального вивчення функціонального стану гепатобіліарної системи у дітей з ПЖ. В I групі виявлено зміни імунологічної регуляції у вигляді підвищення показників прозапальних цитокінів IL-1 β та IL-8 і підвищення інтегрального цитокінового індексу (ІЦІ) у порівнянні зі здоровими дітьми, що свідчить про активацію компенсаторних механізмів імунологічної регуляції. Показники протизапальних цитокінів у крові немовлят знаходились у межах референтних величин. Під впливом лікування динаміка ІЦІ була різною; зокрема в I групі – оптимальною.

Виявлені зміни цитокінового профілю у вигляді дисбалансу свідчать про можливість використання цитокінів як додаткових діагностичних критеріїв та критеріїв ефективності лікування ПЖ у дітей на грудному вигодовуванні.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПОСЛІДОВНОЇ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ ПРЕПАРАТУ ВІСМУТУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

**Лукашук В.Д., Ходаківська С.П., Алі С.М., Бовкун О.А., Лукашук І.В.,
Дмитришин Б.Я., Баб'як В.І., Головатюк Л.М., Свірень А.І., Коротич Т.І.**

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

На даний час спостерігається зниження ефективності стандартних схем антигелікобактерної терапії (АГБТ) як у дорослих, так і у дітей. Основним напрямком подолання резистентності *Helicobacter pylori* (Hр) до антибіотиків є новітня методика послідовної АГБТ.

Вивчали ефективність модифікованої схеми АГБТ на основі препарату вісмуту у дітей з хронічним гастродуоденітом (ХГД). Обстежено 170 дітей з ХГД, асоційованим з Hр, у віці 7-16 років. Серед обстежених було 101 (51,8%) дівчаток та 94 (48,2%) хлопчики. 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 Нр у випорожненнях (HrSA, stool-test) за тест-системою «FemtoLab Нр» (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 АГБТ: 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 дитини – отримували потрібну АГБТ тривалістю 7 днів. Для оцінки ефективності АГБТ вивчали її вплив на динаміку клінічних проявів та контроль ерадикації Нр на основі stool-тесту, а також аналізували чинники, що могли вплинути на досягнення ерадикації: визначали в сироватці крові цитокіни: прозапальні – IL-1 β та IL-8, а також протизапальні – IL-4 та IL-10 до АГБТ та в динаміці після АГБТ.

В I групі ерадикація була успішною у 87,7% хворих, в II групі – у 84%, у III групі – досягнута ерадикація Нр у 79,4%. При аналізі ефективності лікування залежно від варіанту потрібної схеми АГБТ встановлено, що найвища ефективність ерадикації Нр виявлена. Спостереження через 1 та 2 роки показало, що у дітей I групи повторне інфікування становило 18,5% та 23% відповідно, було достовірно вищим в II групі – 38% та 40% відповідно ($p < 0,05$), в III групі – 39,7% та 42,9% відповідно ($p < 0,05$).

У всіх 3-х групах в стадії загострення ХГД у більшості дітей виявлено підвищення прозапальних і зниження протизапальних цитокінів – імунна відповідь Th1-типу. Під впливом АГБТ виявлено різну спрямованість дисбалансу цитокінів в динаміці, що свідчить про їх участь в механізмах самогенезу ХГД, асоційованого з Нр. Крім цього, доцільно обговорювати діагностичну цінність інтерлейкінів для верифікації діагнозу ХГД, а також як критеріїв ефективності АГБТ, оскільки дисбаланс про- і протизапальних цитокінів спостерігається як в стадії загострення хвороби, так і в стадії клінічної ремісії після завершення АГБТ.

В підсумку можна зазначити, що найвищу ефективність АГБТ у дітей з ХГД, асоційованим з Нр, забезпечує послідовна 10-денна терапія з включенням препарату вісмуту, а також спостерігається найнижча частота повторного інфікування Нр.

ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ЕКЗОКРИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ В ПОЄДНАННІ З ЦЕЛІАКІЄЮ

¹Лукашук І.В., ²Лукашук В.Д., ¹Большова О.В.

¹ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка»

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця м. Київ, Україна

Майже у третини хворих на целіакію (Ц) виявляють тяжкий ступінь панкреатичної екзокринної недостатності (ПЕН). Виразність проявів синдрому мальабсорбції і ПЕН залежить від ступеня атрофії ворсинок тонкої кишки, що підтверджується збільшенням рівня еластази-1 (E-1) калу на тлі безглютенової дієти. Майже у половини дітей з цукровим діабетом 1 типу (ЦД 1) також діагностується ПЕН. Для пояснення виникнення ПЕН при ЦД 1 використовуються чисельні гіпотези, а саме: трофічний ефект інсуліну на панкреатичну ацинарну тканину, оскільки його дефіцит може бути причиною атрофії підшлункової залози; дисгормоноз – порушується продукція інших острівцевих гормонів з регуляторним впливом на функцію екзокринної тканини, у разі тривалого підвищення глюкагону при атрофії та екзокринній дисфункції.

У дітей з ЦД 1 діагностували Ц, виявляли у них ПЕН та провели оцінку ефективності замісної ферментної терапії. Сформували групу ризику Ц з 196 хворих на ЦД 1 та провели діагностику Ц на основі алгоритму 2 ESPGHAN (2012). Атипичу Ц діагностували у 25 хворих на ЦД 1 (хлопчиків – 9, дівчаток – 16), вік 5-17 років (середній вік – 11,2 років). У всіх хворих визначали E-1 калу. У 50 дітей з ЦД 1 діагностували ПЕН, серед них 22 дитини з Ц (поєднання ЦД 1 з Ц та ПЕН), яких включили в I групу; решта 28 дітей (ЦД 1 в поєднанні з ПЕН) склали II групу. Контрольна група – 18 практично здорових дітей того ж віку.

Визначали E-1 у випорожненнях за допомогою імуноферментного аналізу ELISA з використанням двох моноклональних антитіл до людської еластази (ScheVo-Tech, Gissen, Germany). Стандартно оцінювали ступені ПЕН.

Для корекції ПЕН дітям I та II групи призначали замісну ферментну терапію (ЗФТ). Залежно від ферментного препарату сформовано лікувальні групи: I-1 (л), 12 дітей, які отримували препарат панкреатину «Пангрол»; I-2 (л), 7 дітей, які отримували різні ферментні препарати, але не Пангрол.

При ЦД 1 у 12,8% дітей виявляється Ц, зазначена коморбідність (ЦД 1 + Ц) у 88% дітей поєднується з ПЕН. В I групі у всіх хворих виявлено зниження E-1 (< 200 мкг/г) – середній показник склав $71,6 \pm 14,9$ мкг/г. У 4 дітей спостерігали легкий ступінь ПЕН (рівень E-1 $100-200$ мкг/г), у 6 дітей – середній її ступінь, у 9 дітей – тяжкий ступінь ПЕН (рівень E-1 < 50 мкг/г). Провели співставлення основних клінічних проявів і показників E-1 та добової екскреції жиру з випорожненнями в I та II групі.

До лікування показник добової екскреції жиру з випорожненнями склав у I-1 (л) та I-2 (л) $11,4 \pm 0,72$ г/доба та $11,2 \pm 0,73$ г/доба, відпо-

відно ($p > 0,05$); після лікування показник добової екскреції жиру з випорожненнями склав у I-1 (л) та I-2 (л) $5,8 \pm 0,83$ г/доба та $6,7 \pm 0,83$ г/доба, відповідно ($p < 0,01$).

В підсумку можна зазначити, що у кожного 4-го хворого на ЦД 1 виявляється ПЕН різного ступеня, частіше легкого та середнього. При ЦД 1 в поєднанні з Ц частіше виявляється ПЕН середнього та тяжкого ступеня. Препаратом вибору для ЗФТ у хворих з верифікованою ПЕН є препарат Пангрол.

ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМІВ GLU298ASP 7-ГО ЕКЗОНУ ГЕНА NOS3, A1166C ГЕНА ATR1 ТА PRO12ALA ГЕНА PPARГ2 У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

¹Майданик В.Г., ¹Хайтович М.В., ²Гончаров С.В., ²Каплінський С.В.,
²Досенко В.Є., ¹Терлецький Р.В., ¹Місюра Л.І., ¹Дегтярьова А.Е., ¹Медведєв М.В.,
¹Кухта Н.М.

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

²Інститут фізіології імені О.О. Богомольця НАН України, Київ

Проведено оцінку параметрів добового профілю артеріального тиску (АТ) у 83 (20 дівчаток і 63 хлопчики) підлітків віком від 9 до 17 років (в середньому $14,42 \pm 2,04$ років) із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) залежно від поліморфізмів Glu298Asp гена ендотеліальної синтази оксиду азоту (NOS3), A1166C гена рецептора ангіотензину II 1 типу (ATR1) та Pro12Ala гена рецепторів $\gamma 2$, що активують проліферацію пероксисом (PPAR- $\gamma 2$). Групу контролю склали 57 підлітків відповідного віку з нормальним АТ.

Добовий профіль АТ визначали за допомогою моніторів АТ «ABPM-04 («Meditech», Угорщина)», молекулярно-генетичні особливості генів методом полімеразної ланцюгової реакції. Для обробки результатів застосовували одно- та багатофакторний дисперсійний аналіз.

Серед обстежених у 35 підлітків відмічалась стабільна, у решти – лабільна форма ПАГ. Частота генотипів Glu/Glu, Glu/Asp і Asp/Asp гена NOS3 була відповідно 44,6%; 43,4%; 12,0% у пацієнтів із АГ та 24,6%; 75,4%; 0,0% у підлітків контрольної групи. Суттєво не відрізнялось розподілення генотипів A1166C гена ATR1 (відповідно AA, AC, CC - у 56,6%; 36,1%; 7,2% хворих на ПАГ та у 54,4%; 35,1%; 10,5% здорових однолітків) та Pro12Ala гена PPAR- $\gamma 2$ (відповідно Pro/Pro, Pro/Ala, Ala/Ala у 57,8%; 39,7%; 2,5% хворих на ПАГ та у 61,4%; 36,8%; 1,8% здорових однолітків).

У пацієнтів, хворих на ПАГ, із поліморфізмом AC гена ATR1 відмічались дещо нижчі значення середньоденного діастолічного АТ ($70,47 \pm 1,27$) мм рт. ст., тоді як у підлітків із поліморфізмами AA і CC – ($72,74 \pm 1,02$) мм рт. ст. і ($75,40 \pm 2,85$) мм рт. ст. ($P > 0,05$); у дівчаток дані співвідношення мали достовірний характер – ($65,97 \pm 3,26$) мм рт. ст. проти ($76,29 \pm 1,99$) мм рт. ст. та ($74,73 \pm 4,53$) мм рт.ст. ($P = 0,049$). У підлітків із поліморфізмом AC гена ATR1 та гомозиготним поліморфізмом Glu/Glu гена NOS3 виявлено достовірно ($P = 0,0019$) найнижчі значення середньоденного діастолічного АТ ($61,8 \pm 3,3$) мм рт. ст., тоді як у підлітків із поліморфізмом AC гена ATR1 та гетерозиготним поліморфізмом Glu/Asp гена NOS3 – найвищі – ($74,3 \pm 2,1$) мм рт. ст.

Середньоденний систолічний АТ був достовірно вищий у підлітків із генотипом Pro/Pro порівняно із генотипом Pro/Ala гена PPAR- $\gamma 2$ – відповідно ($130,10 \pm 1,31$) мм рт. ст. проти ($125,03 \pm 1,31$) мм рт. ст. ($P = 0,032$).

Таким чином, алель C гена ATR1, у випадку поєднання із гомозиготним поліморфізмом Glu/Glu гена NOS3, асоціюється у дівчаток, хворих на первинну АГ, із більш низькими значеннями середньоденного діастолічного АТ; алель Ala гена PPAR- $\gamma 2$ із більш низьким значенням середньоденного систолічного АТ. Результати нашого дослідження щодо протективних властивостей поліморфізмів A1166C гена ATR1 і Pro12Ala гена PPAR- $\gamma 2$ доповнюють результати інших дослідників, отримані у дорослої популяції хворих на ПАГ, і вказують на ранній вплив генетичних факторів на розвиток первинної АГ.

ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-ТРАНСФЕРНОЇ СИСТЕМИ (ECTS) ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Майданик В.Г., Ємчинська Є.О., Терлецький Р.В., Глєбова Л.П., Салтикова Г.В.

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

Кредитно-трансферна система – це модель організації системи навчання, яка ґрунтується на поєднанні модульних технологій навчання та залікових освітніх одиниць. Підготовка студентів в умовах кредитно-трансферної технології передбачає забезпечення

якісної безперервної ступеневої освіти, створення умов особистісної мотивації, оновлення змісту і форм організації навчально-методичного процесу, впровадження освітніх інноваційних підходів та інформаційних технологій в навчальний процес, що будуть забезпечувати формування та удосконалення клінічного мислення у студентів медичних спеціальностей, зокрема педіатрії.

З метою оцінки якості підготовки студентів з педіатрії нами був проведений порівняльний аналіз викладання дисципліни за принципом «mono-teacher» (дисципліну викладає один викладач) та «multi-teacher» (дисципліну викладають послідовно декілька викладачів) в умовах кредитно-трансферної системи організації навчання студентів.

Було проаналізовано успішність навчання 242 студентів з дисципліни «Педіатрія». З них у 130 студентів 4 курсу викладання дисципліни відбувалось за принципом «mono-teacher», у 112 студентів 5 курсу - «multi-teacher». З наступним проведенням кореляційного аналізу між поточною навчальною успішністю та підсумковим оцінюванням дисципліни (підсумковий модульний контроль) для окремих академічних груп студентів. Правильність вибірки перевірялась t-критерієм Стьюдента.

Аналіз результатів показав, що серед студентів у яких викладання дисципліни здійснювалось за принципом «mono-teacher» у більш ніж половини (53,8%) випадках визначалась розбіжність в оцінюванні поточної навчальної діяльності та підсумкового модульного контролю: у 7,7% студентів кореляція була дуже низькою ($r < 0,2$), у 46,1% студентів - низькою ($r < 0,5$), Середній ($r > 0,5$) та сильний ($r > 0,7$) кореляційний зв'язок між проаналізованими показниками визначався у 46,2% студентів. Напроти, у переважній більшості студентів (72,7%) 5 курсу, у яких мало місце викладання дисципліни за принципом «multi-teacher», поточна та підсумкова успішність співпадали. Так, у 27,2% кореляційний зв'язок був середній ($r > 0,5$), у 45,5% - сильний. Невідповідність між проаналізованими показниками визначалась у 27,3% студентів ($r < 0,5$).

Значні розбіжності між поточною успішністю та підсумковим контролем в групі студентів у яких дисципліна викладалась за принципом «mono-teacher» в першу чергу можна пояснити достатньо високим суб'єктивним фактором з боку викладача під час оцінювання студента. Так, заниження оцінок під час навчального процесу може створювати негативні наслідки для подальшого формування особистісної мотивації студента до вивчення дисципліни. З іншого боку, завищення оцінок свідчить про сумнівну компетентність або низьку зацікавленість викладача в педагогічному процесі, що може мати негативні наслідки для формування системи знань та умінь студента.

Отже, для забезпечення якісної безперервної ступеневої освіти є доцільним проведення додаткових заходів для підвищення компетентності науково-педагогічних кадрів та залучення декількох викладачів («multi-teacher») в рамках викладання однієї дисципліни.

ОЦІНКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ПІДЛІТКІВ В МІСТІ КИЄВІ ЗА ОСТАННІ 10 РОКІВ

Майданик В.Г., Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Гнилокурєнко Г.В., Маркова Н.С., Юхименко Г.І., Геращенко Л.Г., Попельницька О.О.

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

Актуальність. Протягом останніх років в індустріальних країнах світу хронічні неінфекційні захворювання впевнено займають провідні позиції, як причини досить високої смертності населення. Вегетативні розлади є одними з найпоширеніших судинних захворювань молодого віку і зустрічаються у 80% пацієнтів.

Метою роботи стала оцінка розповсюдженості та захворюваності підлітків (15-17 років) м. Києва на вегетативні дисфункції, та встановлення залежності цих показників від району проживання та охопленості диспансеризації даної патології.

Матеріал і методи дослідження. Опрацьовані матеріали медінстату горздраву м.Києва по даним дітей, віком 15-17 років, які проживають у різних районах, та проведено аналіз цих даних за період з 2003 по 2013 роки за допомогою статистичних методів. Розповсюдженість, захворюваність та обсяг диспансеризації розраховували за загальноприйнятою методикою.

Результати дослідження. За отриманими результатами було встановлено, що спостерігається виражена тенденція до зростання розповсюдженості вегетативної дисфункції серед підлітків м. Києва.

Так, цей показник становив 760,84 на 10000 дітей у 2003 р. і поступово збільшувався до 1080,2, тобто майже на 30% до 2013 року. Показники захворюваності підлітків також мають тенденцію до значного зростання, проте у меншій мірі — від 144,36 на 10 000 дітей у 2003 році до 190,09, тобто на 24% у 2013 р.

Крім того, оцінювали ефективність диспансеризації дитячого населення в залежності від району м. Києва. Так, з 2003 по 2013 роки найбільший обсяг диспансеризації (98-99%) визначено по Дарницькому та Святошинському (87,4%) районах, в яких показники розповсюдженості та захворюваності були найменшими, та відповідно в середньому склали 280,34 на 10000 населення та 88,72 на 10000 дітей. Навпаки, найбільші показники розповсюдженості захворювання спостерігались за ці роки у Дніпровському (798-854 на 10 000 населення з захворюваністю – 101,3-258,22) та Оболонському (848-1098 на 10000 населення з захворюваністю – 166,16-376,05) районах, що супроводжувалось недостатнім обсягом диспансеризації на рівні 63-75%.

Висновки. За останні 10 років в м. Києві спостерігається небезпечна динаміка до зростання розповсюдженості вегетативних дисфункцій у підлітків на 30% та захворюваності на 24%. Для посилення виявлення та своєчасного надання допомоги дітям, що страждають на вегетативні дисфункції необхідно проводити систему лікувально-профілактичних заходів в рамках диспансерного нагляду, ефективність яких призводить до зниження поширеності патології.

МЕТОДИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ РЕЗЕРВНИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Майданник В.Г., Митюрєва І.А., Чурилина А.В.

Національний медичний університет імені А.А. Богомольца, г. Київ

Актуальність. В літературі представлено достаточне кількість методик проведення одних і тих же проб оцінки резервних можливостей серцево-судинної системи. При цьому по різному трактуються результати, що можна сказати і о пробі Руфьє. Рівень функціональних резервів організму допустимо визначати також з допомогою проби Мартіне-Кушелевського. Данна проба проводиться при масових обстеженнях, фізкультурникам і спортсменам низької кваліфікації. Проба не потребує спеціальної апаратури, дозволяє оцінювати здатність серцево-судинної системи до відновлення після фізичної навантаження.

Поэтому целью исследования было изучение и сравнение результатов оценки функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы у школьников с помощью пробы Мартіне-Кушелевського и пробы Руфьє.

Матеріали і методи. Проведені проба Мартіне-Кушелевського (20 присідань за 30 секунд) і проба Руфьє (30 присідань за 45 секунд) в двох третіх класах (42 учасників) і в двох дев'ятих класах (32 учасників). По результатам проби Мартіне-Кушелевського школьники были распределены на медицинские группы для занятий физическим воспитанием.

Результати дослідження. В основну групу з числа учасників третіх класів було зараховано 40,5% дітей, в підготовчу – 45,2%, в спеціальну – 14,2% дітей. Показатель качества реакции сердечно-сосудистой системы на нагрузку в пределах 0,5-1,0 (соответствует хорошему функциональному состоянию сердечно-сосудистой системы) имели 22,5% школьников. Прирост пульсового давления был больше прироста пульса у 40,4% школьников, что свидетельствует об экономичной работе сердца. При сравнении результатов, полученных в пробе Мартіне-Кушелевського и пробы Руфьє, установлено, что большее количество школьников вошло в подготовительную группу. В частности, по результатам пробы Мартіне-Кушелевського – 19 детей (45,2%), тогда как при пробе Руфьє – 10 детей (23,8%). Это объясняется тем, что 18 школьников при пробе Мартіне-Кушелевського не восстановились к третьей минуте. По результатам пробы Мартіне-Кушелевського из числа учасників дев'ятих класів в основну групу вошло 25,2% дітей, в підготовчу – 43,8%, в спеціальну – 31,3% дітей. Показатель качества реакции 0,5-1,0 имели 4 школьника (18,8%). Прирост пульса был больше прироста пульсового давления у 28,1% детей, что свидетельствует о неэкономичной работе сердца. При сравнении полученных результатов пробы Мартіне-Кушелевського и пробы Руфьє было установлено, что большее количество школьников вошло в основную группу при пробе Мартіне-Кушелевського (25,2% детей), чем при пробе Руфьє (3,1%). Поэтому в подготовительную группу было отнесено меньшее количество школьников по результатам пробы Мартіне-Кушелевського (43,8%), чем при пробе Руфьє (65,6%).

Выводы. Таким образом, проба Мартіне-Кушелевського дает более полную информацию о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы у детей.

УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГОСТРІЙ РЕВМАТИЧНІЙ ЛИХОМАНЦІ (ГРЛ)

Мамалуй Н.І., Єлоєва З.В., Кисельова Л.П., Матвієнко С.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

При ГРЛ в патологічний процес можуть залучатися усі відділи центральної та периферичної нервової системи, але в дитячому віці домінуючою клінічною формою виступає хорея. Відображенням недостатньої інформованості молодого покоління неврологів і ревматологів у змінах структури клінічних варіантів та їх еволюції, що обумовлено патоморфозом захворювання, з'явилася пізня діагностика хореї у направлених на госпіталізацію дітей (1/3 випадків). Під спостереженням тривалістю від 14 до 40 років знаходилося 300 дітей, які захворіли на ГРЛ у віці 4-15 років. Не визначено суттєвих відмінностей у відносній частоті розвитку хореї в порівнянні з іншими клінічними формами ГРЛ. Перший епізод РЛ маніфестував по варіанту хореї у 88 дітей, частіше у дівчаток

(65%), переважно в ранньому пубертаті. Наймолодшою пацієнткою була дівчинка 4 років. Сімейна обтяженість на ревматичні хвороби визначена у 37% дітей, на РЛ — у 25%. Початок захворювання у більшості хворих на хорею був поступовим — з розвитку астеноневротичного синдрому, зниження м'язової сили, порушення координації рухів, появи мимовільних поспівуваної мимічної мускулатури. У однієї дівчинки 13 років хорея дебютувала гостро з галюцинаторним синдромом. У 95% хворих хореїчний симптомокомплекс був типовим: множинні гіперкінези, м'язова гіпотонія, порушення координації, емоційна лабільність, інкоординація мовлення, гіпо- чи гіперрефлексія, вегетативна дисфункція. У 75% дітей гіперкінези і у 50% м'язова гіпотонія переважали в одній половині тіла. У 8% хворих розвинувся гіперкінетичний синдром за типом "рухової бурі". У 5 дітей діагностована псевдопаралітична форма хореї (Chorea mollis) в поєднанні з важким кардитом. Моно-олігоартрит розвинувся у 8% хворих, артралгії — у 10%, анулярна еритема — у 3%. Первинний ревмокардит (ПР), що був діагностований у 53% хворих на хорею, проявився в 58% випадків міокардитом, у 42% — ендоміокардитом, у 2% — панкардитом. У всіх вікових і гендерних підгрупах переважали легкий (58%) та середньоважкий (34%) кардит, у 8% дітей розвинувся важкий ПР. У 47% хворих на хорею не визначено виразних ознак залучення в процес серця. Але при дослідженні у цих дітей комплексу ензимних показників, які посередньо відображають інтенсивність та співвідношення реакцій ушкодження і репарації кардіальних структур (сироваткові креатинфосфокіназа, лактатдегідрогеназа, ЛДГ1, еритроцитарні глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа, транскетолаза), визначені особливості дисферментемії, ідентичні варіанту легкого ПР, що дозволило розширити можливості його діагностики у вказаного контингенту хворих на хорею. Активність процесу корелювала із вираженістю гіперкінезів, важкістю ураження серця і відповідала II ступеню у 78% дітей, III – у 22%. Перебіг першого епізоду РЛ у 42% хворих на хорею був гострим, у 39% – підгострим, у 19% – затяжним. В наслідках хореї, що розвинулась в поєднанні з первинним ревмокардитом, вада серця сформувалася у 11% хворих, пролапс мітрального клапана – у 5,5% дітей. 3% хворих на хорею перенесли 2-3 повторні епізоди РЛ. Диференційна діагностика хореї створювалась з функціональними тіками, гіпертиреозом, з системним червоним вовчаком, пухлинами мозку. Один з хворих помер від злякисного новоутворення головного мозку через 3 роки після перенесеної ГРЛ, яка мала перебіг з дуже важкою псевдопаралітичною формою хореї, ендоміокардитом, що завершився формуванням вади. Наведений клінічний випадок, більша частота (14%) перинатальної патології ЦНС у хворих на хорею, обґрунтовують необхідність раннього проведення магнітно-резонансної томографії головного мозку, особливо при розвитку повторних епізодів РЛ.

ОБМІН МАГНІЮ І ЙОГО КОРЕКЦІЯ У ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

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

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

Провідну роль в патогенезі первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ) у дітей грають адаптаційні порушення, що призводять до дисбалансу стрес-активуючих і стрес-лімітуючих систем організму. Препарати магнію є ефективними при лікуванні багатьох захворювань, що супроводжуються адаптаційними розладами. Проте їх ефективність при лікуванні різних клініко-патогенетичних форм ПАГ у дітей вивчена недостатньо.

Метою роботи було покращення результатів лікування дітей з ПАГ, що перебігає на тлі магнієвого дефіциту, шляхом включення в схему лікування препарату магнію.

Вміст магнію у добовій сечі і сироватці крові вивчено у 243 дітей віком від 9 до 17 років з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) і у 65 дітей з нормальним артеріальним тиском. Всім дітям проведено добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ), за результатами якого хворих з ПАГ було розподілено на три підгрупи: стабільна ПАГ II ст., стабільна ПАГ I ст., лабільна ПАГ.

Найменший вміст магнію в добовій сечі ($p < 0,05$ порівняно з контрольною групою) виявлено у дітей із лабільною ПАГ ($1,25 \pm 0,11$ ммоль/добу - у хлопчиків і $1,02 \pm 0,07$ ммоль/добу - у дівчаток). Найменший рівень магнію в сироватці крові ($p < 0,05$ порівняно з контрольною групою) спостерігався серед хлопчиків – при лабільній ПАГ ($0,869 \pm 0,009$ ммоль/л), серед дівчаток – при стабільній ПАГ I ступеня ($0,841 \pm 0,022$ ммоль/л). Діти із стабільною гіпертензією характеризувалися вищим, порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$), рівнем магнію як в крові так і в сечі, що підтверджує роль іонів магнію в пристосувальних реакціях, направлених на попередження вазоспастичних реакцій, а також участь магнію у синтоксичних програмах адаптації, які найбільш активовані при стабільній ПАГ II ступеня.

Включення до стандартної схеми лікування у дітей з ПАГ, що перебігає на тлі магнійдефіцитного стану, препарату магнію протягом 1 місяця дозволило покращити загальний стан пацієнтів, результати ДМАТ, у 78,2% дітей нормалізувати рівень магнію в крові і в 46,7% випадків - у сечі.

ЗАСТОСУВАННЯ ВОДНЕВОГО ДИХАЛЬНОГО ТЕСТУ З НАВАНТАЖЕННЯМ ЛАКТУЛОЗОЮ В ДИТЯЧІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ

Марушко Ю.В., Горяньська М.Г.

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

Удосконалення діагностики та лікування гастродуоденальної патології у дітей є актуальним питанням сучасної педіатрії.

Мета роботи. Удосконалити діагностику стану кишківника у дітей з гастродуоденальною патологією за допомогою водневого дихального тесту з навантаженням лактулозою.

Матеріали і методи. Обстежено 80 дітей віком від 6 до 17 років. Всім дітям були проведені загально-клінічні методи дослідження, фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС), водневий дихальний тест з навантаженням лактулозою (ВДТНЛ), верифікація *Helicobacter pylori* дихальним методом.

Результати та їх обговорення. Діти з патологічними змінами слизової оболонки органів гастродуоденальної зони в поєднанні з дуодено-гастральним рефлюксом та/або езофагітом достовірно частіше мали подовження часу ороцекального транзиту за даними ВДТНЛ ($40,0\% \pm 9,8$), ніж пацієнти з відсутністю патологічних змін за даними ФЕГДС ($4,0\% \pm 3,9$) ($p < 0,05$). Синдром надлишкового бактеріального росту в тонкому кишківнику за даними ВДТНЛ достовірно частіше ($53,3\% \pm 12,9$) відзначався у дітей з наявністю рефлюксів гастродуоденальної зони на фоні нормального стану слизової оболонки (за даними ФЕГДС), ніж у дітей з відсутністю патологічних змін гастродуоденальної зони ($p < 0,05$). Всі діти з наявністю інфекції *Helicobacter pylori* після однотижневої антихелікобактерної терапії мали патологічні зміни показників ВДТНЛ. Були розроблені схеми призначення пробіотиків дітям з порушенням показників ВДТНЛ.

Висновки. У більшості дітей з гастродуоденальною патологією зареєстровані патологічні зміни кишківника за даними ВДТНЛ відносно порушень мікробіоценозу та/або моторики, які певним чином залежали від характеру патологічних змін гастродуоденальної зони (запальні процеси, рефлюкси або їх поєднання). ВДТНЛ лактулозою дозволяє оцінити стан кишківника, а саме заселення анаеробною мікрофлорою та зміну часу ороцекального транзиту, у дітей з гастродуоденальною патологією, що важливо для розробки лікувально-профілактичних заходів у даних пацієнтів.

ПОКАЗНИКИ КАРДІОІНТЕРВАЛОГРАФІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДИХАЛЬНОЇ ПРОБИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

Матусова М.О., Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Афанасьєва І.О.

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

Відомо, що в структурі синусового серцевого ритму закладена інформація, яка відображає стан адаптаційно-компенсаторних механізмів цілісного організму. Так, у відповідь на будь-який подразник ендогенної або екзогенної природи в організмі виникають реакції, що є за своєю суттю захисно-приспосувальними, та визначаються змінами нервової і гуморальної регуляції кровообігу. Вивчення таких реакцій стає актуальним в умовах значного приросту захворюваності вегетативними дисфункціями серед дитячого населення.

Метою дослідження було встановлення особливостей вегетативного гомеостазу у хворих різних форм вегетативної дисфункції (ВД) на фоні хронічного тонзиліту за даними кардіоінтервалографії (КІГ) до та після проведення проби з фіксованим темпом дихання (ПФТД).

Матеріали та методи. Було обстежено 98 дітей з різними формами ВД, які знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіоревматологічному відділенні ДКЛ №6 м. Києва. Всі пацієнти проходили загальноклінічне та отоларингологічне обстеження, на підставі яких були поділені на дві групи. Основну групу склали 68 пацієнтів, у яких виявлено різні форми ВД на фоні хронічного тонзиліту. В контрольну групу увійшли хворі з різними формами ВД без ЛОР-патології. За даними КІГ визначався вихідний вегетативний тонус (ВВТ) за значеннями індексу напруги (ІН). ПФТД тривала 10 хв: вдих 3 с, видих – 7с. Отримані результати виражали середнє \pm стандартне відхилення (достовірність за критерієм Пірсона χ^2) і порівнювались U-тестом Манна-Уїтні, $p < 0,05$.

Результати дослідження. В основній групі хворих виявилась симпатична направленість ВВТ у 78% (АМо, % = $35,7 \pm 6,54$, ІН, од = $112,3 \pm 21,7$). Після проведення дихальної проби з високою достовірністю спостерігалось збільшення варіаційного розмаху ΔX на 13,5% ($0,23 \pm 0,14$ проти $0,26 \pm 0,18$) і зменшення ІН на 25% ($112,3 \pm 21,7$ проти $84,2 \pm 29,1$), що свідчить про позитивне збільшення активності парасимпатичної нервової системи і підвищення рівня адаптаційних можливостей організму при стресовому навантаженні. При цьому Мо збільшилась на 4,2% ($0,68 \pm 0,1$ проти $0,71 \pm 0,15$), АМо зменшилась на 11% ($35,7 \pm 6,54$ проти $31,8 \pm 7,37$), а ПАПР зменшився на 12% ($42,3 \pm 0,84$ проти $37,5 \pm 0,79$), що вказує на посилення діяльності парасимпатичного відділу, зменшення

впливу нервового ланцюга центрального стимулювання та активність гуморального каналу регуляції. В контрольній групі вихідна направленість вегетативного тону спостерігалась в бік симпатикотонії – у 46,7%, ваготонія – у 33,3% і ейтонія визначена у 20%. Після проведення дихальних проб відбулась схожа динаміка показників (за критерієм Манна-Уїтні), але без підтвердження достовірної значущості.

Висновки. Встановлена позитивна направленість змін вегетативного тону хворих ВД на фоні хронічного тонзиліту під впливом проведення дихальних проб, що дозволяє рекомендувати застосування в комплексному лікуванні таких пацієнтів дихальної гімнастики як тренувального стрес-фактора для покращення реагування компенсаторно-адаптаційних механізмів, які особливо страждають при наявності в організмі вогнищ хронічної інфекції.

ПРОГНОСТИЧНІ РИЗИКИ ЗНИЖЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ ШКОЛЯРІВ МІСТА ЧЕРНІВЦІВ

Мельничук Л.В., Бандура С. М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Проведено аналіз результатів профілактичних оглядів школярів міста та розподіл на групи занять фізичною культурою за 2008-2014 роки. Аналіз динаміки показників за 2008-2014 роки свідчить, що кількість дітей у основній групі занять фізичною культурою після запровадження проби Руф'є зменшилась з 81,4% до 30,6%, а в підготовчій та спеціальній групах зросла з 11,9% до 43,3% та з 6,6% до 25,8% відповідно. З кожним роком кількість школярів, які допускаються до занять фізичною культурою в основній групі, зменшується. В підготовчу групу окрім дітей, які знаходились в періоді реабілітації (37,7%), потрапили діти практично здорові – 12,5%, які при огляді не мали ознак захворювання, але мали знижені показники толерантності до фізичних навантажень. Одним із вагомих факторів є учбове навантаження школярів. Найвищий показник кількості учнів у спеціальних групах виявлений в ліцях та гімназіях (36,7% проти 25,2%). Діти з хронічною патологією різних систем мали вищі показники індексу Руф'є ($9,23 \pm 0,05$ проти $7,33 \pm 0,01$). Проведений кореляційний аналіз свідчить, що високі показники індексу Руф'є (IP) корелювали з незбалансованим харчуванням, а саме, домінуванням в денному раціоні молочних продуктів ($r=0,3$, $p<0,05$), високими учбовими навантаженнями ($r=+0,35$, $p<0,05$). Кореляція середньої сили спостерігалась між показником індексу Руф'є та ранковою гімнастикою школярів ($r=-0,3$, $p>0,05$), додатковими заняттями спортом ($r=-0,35$, $p<0,05$). В групі дівчат середній показник IP склав $8,7 \pm 2,5$ проти $7,5 \pm 2,3$ у хлопчиків ($p<0,05$). В групі дітей з хронічними захворюваннями бронхолегеневої системи показник IP був вищий і склав $8,24 \pm 2,5$ проти $6,75 \pm 2,7$ ($p<0,05$) у здорових дітей. Паління дітей призводить до зниження адаптаційно-резервних можливостей серцево-судинної системи дітей і супроводжується зростанням IP – $9,15 \pm 2,38$ проти $7,92 \pm 2,47$ у школярів, які не палять. Особливий негативний вплив має вживання алкогольних та енергетичних напоїв на показник IP, що проявляється різницею $10,07 \pm 2,38$ проти $3,67 \pm 1,05$ ($p<0,05$). Позитивно впливає на функціональний стан серцево-судинної системи заняття ранковою гімнастикою. Так, в групі дітей, які регулярно проводять комплекс ранкової гімнастики, IP був нижчий, ніж у дітей, які не роблять ранкової гімнастики ($3,57 \pm 2,5$ проти $10,07 \pm 2,3$, $p<0,05$). Серед медичних факторів, які знижують адаптацію школярів до фізичних навантажень, слід зазначити наявність анемічного синдрому, часті ГРВІ, хронічний тонзиліт та хронічні бронхолегеневі захворювання.

ПРОГНОСТИЧНІ РИЗИКИ ЗНИЖЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ ШКОЛЯРІВ МІСТА ЧЕРНІВЦІВ

Мельничук Л.В., Бандура С. М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Проведено аналіз результатів профілактичних оглядів школярів міста та розподіл на групи занять фізичною культурою за 2008-2014 роки. Аналіз динаміки показників за 2008-2014 роки свідчить, що кількість дітей у основній групі занять фізичною культурою після запровадження проби Руф'є зменшилась з 81,4% до 30,6%, а в підготовчій та спеціальній групах зросла з 11,9% до 43,3% та з 6,6% до 25,8% відповідно. З кожним роком кількість школярів, які допускаються до занять фізичною культурою в основній групі, зменшується. В підготовчу групу окрім дітей, які знаходились в періоді реабілітації (37,7%), потрапили діти практично здорові – 12,5%, які при огляді не мали ознак захворювання, але мали знижені показники толерантності до фізичних навантажень. Одним із вагомих факторів є учбове навантаження школярів. Найвищий показник кількості учнів у спеціальних групах виявлений в ліцях та гімназіях (36,7% проти 25,2%). Діти з хронічною патологією різних систем мали вищі показники індексу Руф'є ($9,23 \pm 0,05$ проти $7,33 \pm 0,01$).

Проведений кореляційний аналіз свідчить, що високі показники індексу Руф'є (IP) корелювали з незбалансованим харчуванням, а саме домінуванням в денному раціоні молочних продуктів ($r=0,3$, $p<0,05$), високими учбовими навантаженнями ($r=+0,35$, $p<0,05$). Кореляція середньої сили спостерігалась між показником індексу Руф'є та ранковою гімнастикою школярів ($r=-0,3$, $p>0,05$), додатковими заняттями спортом ($r=-0,35$, $p<0,05$). В групі дівчат середній показник IP склав $8,7\pm 2,5$ проти $7,5\pm 2,3$ у хлопчиків ($p<0,05$). В групі дітей з хронічними захворюваннями бронхолегеневої системи показник IP був вищий і склав $8,24\pm 2,5$ проти $6,75\pm 2,7$ ($p<0,05$) у здорових дітей. Паління дітей призводить до зниження адаптаційно-резервних можливостей серцево-судинної системи і супроводжується зростанням IP – $9,15\pm 2,38$ проти $7,92\pm 2,47$ у школярів, які не палять. Особливий негативний вплив має вживання алкогольних та енергетичних напоїв на показник IP, що проявляється різницею $10,07\pm 2,38$ проти $3,67\pm 1,05$ ($p<0,05$). Позитивно впливає на функціональний стан серцево-судинної системи заняття ранковою гімнастикою. Так, в групі дітей, які регулярно проводять комплекс ранкової гімнастики IP був нижчий, ніж у дітей, які не роблять ранкової гімнастики ($3,57\pm 2,5$ проти $10,07\pm 2,3$, $p<0,05$). Серед медичних факторів, які знижують адаптацію школярів до фізичних навантажень, слід відмітити наявність анемічного синдрому, часті ГРВІ, хронічний тонзиліт та хронічні бронхолегеневі захворювання.

МЕТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Мителев Д.А., Михайлова Е.А., Цилюрик С.Н., Шаповалова Н.А., Беспалова Я.В.

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

Учитывая многочисленные проявления и осложнения сахарного диабета (СД) 1 типа у детей их ранняя диагностика позволяет предотвратить или хотя бы минимизировать каскад патологических изменений в организме ребенка, которые возникают при манифестации СД и реализуются на протяжении всей жизни. Целью исследования явилась разработка алгоритма диагностики неврологических осложнений СД 1 типа у детей с подбором валидных, информативных методик, которые могут применяться в детском возрасте. Было обследовано 165 детей в возрасте 6-18 лет, больных СД 1 типа с различным стажем заболевания для выявления центральной (диабетической энцефалопатии), автономной (вегетативной) и периферической нейропатии.

Результаты и их обсуждение. Клинически диабетическая энцефалопатия у детей включает психопатологический симптомокомплекс в виде церебрастении, неврологический дефицит, нейрофизиологические (патологические паттерны дисфункции мозга) и нейропсихологические (нейрокогнитивный дефицит) нарушения. Нами определен набор методик, наиболее информативных для диагностики диабетической энцефалопатии. Среди них: тест Тулуз-Пьерона, направленный на изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости) и психомоторного темпа; тест на запоминание 10 слов А.Р. Лурия, позволяющий определить особенности памяти; визуальная аналоговая шкала боли, определяющая интенсивность болевого синдрома; шкала определения тяжести диабетической полинейропатии; опросник для выявления признаков вегетативных нарушений (А.М. Вейн); определение уровня невротизации (тест К.Х. Яхина и Б.Д. Менделевича), проективный тест «Я и моя болезнь». Среди методов объективизации состояния церебральной нейродинамики - компьютерная электроэнцефалография (снижение мощности основных ритмов, выявление латентной дисфункции при проведении интеллектуальной нагрузки), транскраниальная доплерография сосудов головного мозга (нарушение упруго-эластических свойств церебральных сосудов, венозного оттока), при необходимости – магнитно-резонансная томография головного мозга (выявление мелкоочагового поражения вещества головного мозга, уменьшения объема определенных структур).

Среди поражений периферической нервной системы у детей наиболее часто встречается дистальная сенсо-моторная полинейропатия, однако нередко возникает клинично-инструментальная диссоциация – при минимальных жалобах на боли в нижних конечностях, судороги в икроножных мышцах и отсутствии парестезий, выявляется снижение коленных и ахилловых рефлексов, нарушение температурной и/или вибрационной чувствительности, но с практически обязательным нарушением проведения импульса при проведении электронейромиографии (ЭНМГ). Поэтому, для диагностики поражения периферической нервной системы необходим целенаправленный опрос пациента с определением всех видов чувствительности, а в сложных случаях с верификацией при помощи ЭНМГ и количественной оценки неврологических изменений по Общей Шкале Неврологических Симптомов. Использование комплекса предложенных диагностических мероприятий для детей и подростков с СД 1 типа подтвердило целесообразность и важность их использования в повседневной клинической практике.

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНО-СУДИННОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЗА ГІПЕРТЕНЗИВНИМ ТИПОМ У ДІТЕЙ

Мітюряєва І.О., Чуріліна А.В., Качалова О.С., Суходольська Е.С.

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

Послаблення антиоксидантного захисту та неконтрольоване посилення процесів перекисного окислення ліпідів є одним з важливих складових розвитку вегетативної дисфункції. Відомо, що метаболічні зміни відіграють суттєву роль у прискоренні, розвитку і прогресуванні серцево-судинних захворювань та підвищують ризик коронарних ускладнень і смертності.

Мета. Підвищити ефективність лікування вегетативно-судинної дисфункції (ВСД) за гіпертензивним типом у дітей шляхом корекції метаболічних порушень.

Матеріал та методи. Дослідження включало 119 дітей, хворих на ВСД за гіпертензивним типом, у віці від 6 до 18 років. Вивчали клініко-діагностичні показники вегетативного гомеостазу, мозкового кровообігу методом реоенцефалографії (РЕГ), спектральний аналіз кардіоритмограми (КРГ), добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ). Визначали швидкість накопичення маркерів окисних пошкоджень гуаніну ДНК (8-oxodGu, 8-oxoG) у сечі та концентрацію лактату в еритроцитах крові. Методом електронного парамагнітного резонансу (ЕПР) визначали рівень трансферину, церулоплазміну, убісеміхінону. Проведена статистична оцінка та кореляційний аналіз за допомогою програми 6 Foro Statistica for Windows.

Результати дослідження: Дітям, у яких переважали скарги на емоційну лабільність, порушення сну, призначався комплекс препаратів оліговіт + пірацетам + кртал для дітей. Після проведеного курсу лікування протягом 1 місяця у пацієнтів відмічалось достовірне зниження скарг. При аналізі КРГ визначались нормалізація стану вегетативного балансу, урівноваження процесів збудження та гальмування. Покращились показники реограми: поліпшилась периферійна мікроциркуляція та тонус судин артеріального та венозного русла. При проведенні контрольного ДМАТ у 70% пацієнтів визначалась позитивна динаміка систолічного, діастолічного та середнього АТ та нормалізація циркадного типу АТ.

Пацієнтам, у яких не відмічалось позитивної динаміки (30%) на контрольному ДМАТ, призначався додатковий комплекс препаратів ТРИ- ВІ Плюс та ноофен протягом 1 місяця. Проведений додатковий курс лікування сприяв нормалізації рівня молочної кислоти в крові, підвищенню рівня трансферину. При аналізі показників ДМАТ достовірно знизилась середньодобові значення систолічного, діастолічного та гемодинамічного артеріального тиску. Проведений додатковий курс лікування у дітей з ВСД за гіпертензивним типом сприяв покращенню мітохондріального дихання та зниженню рівня оксидативного стресу.

Діти, у яких переважали скарги на підвищену втомлюваність та зниження працездатності, отримували комплекс лікування оліговіт + пірацетам. Після проведеного курсу лікування протягом 1 місяця у дітей даної групи визначалась позитивна динаміка у вигляді зменшення скарг, на КРГ фіксувалась повільна позитивна динаміка, зберігався дисбаланс вегетативного гомеостазу та підвищена активність симпатичної нервової системи.

При проведенні контрольних РЕГ та ДМАТ не було виявлено позитивної динаміки. Призначення додаткового курсу лікування препаратом піроксан протягом 3 тижнів у даної групи сприяло цільовому зниженню артеріального тиску та покращенню мозкової гемодинаміки.

На підставі отриманих результатів можна вважати доцільним застосування даного алгоритму лікування для корекції метаболічних порушень при ВСД за гіпертензивним типом у дітей.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-КРИЗОВОГО СТАНУ В МІСТІ КИЄВІ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ У ДІТЕЙ

**Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Гнілоскурєнко Г.В., Глебова Л.П., Недашківська І.М., Мухіна О.К.,
Столяренко Н.О., Юхно К.С.**

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

Актуальність. В попередній роботі нами було встановлено, що частота діагностування пароксизмальної вегетативної недостатності (ПВН) за 10 років (з 2003 по 2013) зростає майже в 2 рази і досягла 47,1% серед всіх форм вегетативних дисфункцій (ВД) за даними Центру вегетативних дисфункцій у дітей м. Києва, де отримують стаціонарне лікування 1400-1500 хворих на рік. Занепокоєння лікарів складає в останні роки поширеність синкопальних станів в зв'язку з кризовими змінами соціального стану в Україні, що впливає на прояви захворюваності даною патологією.

Метою нашого епідеміологічного дослідження стало встановлення частоти діагностування дітей з пароксизмальною вегетативною недостатністю в соціально кризові 2013-2014 рр. в порівнянні з попередніми показниками.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано захворюваність ПВН за 10 років (з 2003 по 2014 р.) на основі вивчення архівного матеріалу історій хвороб Центру вегетативних дисфункцій у дітей м. Києва.

Результати дослідження. Всього вивчено з 2003 по 2013рр. 14791 історія хвороби дітей з ВД, серед них в середньому виявлено 4211 (28,5%) дітей, яким було поставлено діагноз ПВН та 1059 документів пацієнтів з ВД за 2014р., серед яких більше половини (609 - 57,5%) становили хворі на ПВН., тобто захворюваність в останній рік стала максимальною. Мінімальна кількість хворих на ПВН – 241 (20,1%) визначена у 2007 році.

Зросла максимальна кількість хворих на ПВН, яка приходить на найстарший вік 15-17 років (в 2003р. – 57,5%, в 2014р. – 61,9%). Гендерний розподіл за останні роки показав частішу зустрічаємість серед дівчаток (в 2003 р. – 56,5%, в 2014 р. – 67,5%).

Цікава тенденція визначена в 2014 році за характером кризових станів: різко зменшились прояви вагоінсулярних (в 2003 р. – 34%, 2013 р. – 33,7% , 2014- 9%) та симпатоадреналовіх кризів (в 2003 р. - 23,8%, 2013 р. – 24,6%, 2014 -12,3%), й навпаки значно зросло виявлення змішаних кризів (в 2003 р. – 33,8%, 2013 р. – 7,3%, 2014 – 66,5%), та декілька рідше стали спостерігатись синкопальні стани (в 2003 р. – 8,7%, 2013 р. – 20,4%, 2014 – 12,3%). Найбільш поширена супутня патологія, частота якої майже не змінювалась за 10 років різко підвищилась в 2014р. – це захворюваність ШКТ (в 2003 р. - 79,5%, в 2013 р. – 60,1%, в 2014 р. – 100%), патологія ендокринної системи, а саме гіпоталамічний синдром (2003 р. – 3,3%, 2013 р. – 3,8%, 2014 – 16,1%), ожиріння (2003 р. – 1,8%, 2013 р. – 0,4%, 2014 -2,9%), астеноневротичний синдром (2003 – 42,2%, 2013 – 51,9%, 2014 – 81,9%), залишилась без динаміки, при цьому зросла в 3 рази за 10-ти річчя захворюваність щитоподібної залози (2003 р. – 4,6%, 2013 р. – 18,1%, 2014 – 17,2%). Динаміка проявів структурних порушень серця у вигляді аномалій хордального апарату (2003 р. – 5,6%, 2013 р. – 5,2%, 2014 – 5,5%), пролапсу мітрального клапана (2003 р. – 7,4%, 2013 р. – 7,9%, 2014 – 8,5%) майже не змінилась, але метаболічні зміни, діагностовані як вторинні міокардіодистрофії, знизилась практично в 3 рази (в 2003 р. – 29%, 2013 р. – 8,9%, 2014 – 12,3%).

Висновки. За соціально-кризовий 2014 рік захворюваність пароксизмальною вегетативною недостатністю зросла більше ніж в 2 рази і сягає половину (57,5%) з усіх клінічних форм ВД у дітей, причому в 3 рази підвищилось виявлення змішаних кризових станів. Зафіксовано збільшення в 2 рази долі супутньої патології у хворих на ПВН, яка проявляє себе під впливом психотравмуючих факторів, такої як астеноневротичний синдром, захворювання ШКТ, гіпоталамічний синдром, ожиріння, що необхідно враховувати при застосуванні корегуючих засобів.

ОСОБЛИВОСТІ БУЛЬВАРНОЇ МІКРОСКОПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЛОР-ОРГАНІВ

**Мітюряєва І.О.,¹ Гавриленко Ю.В., Гнилюк Куренко Г.В.,
Лантух Л.О., Степанова О.О., Гарбуз Д.В.**

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

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупіка, м. Київ

Цукровий діабет 1 типу (ЦД-1) – одне з найбільш поширених захворювань, яке супроводжується порушенням всіх видів обміну речовин з поступовим розвитком мікроангіопатії. Розвиток патологічних змін мікросудинної сітки, в тому числі сітківки ока, відносять до найбільш тяжкий ускладнень ЦД-1. Капіляри, як найменші судини організму, першими реагують на патологічний процес шляхом зміни функціонального стану та морфологічної перебудови, що веде до порушення метаболізму відповідних органів і тканин. Мікроциркуляторне русло реагує як єдина цілісна система, тому функціонально-структурне дослідження будь-якої зони дозволяє зробити висновок про стан мікроциркуляції в цілому. Біомікроскопія бульварної кон'юнктиви за даними літератури є «вікном у мікроциркуляцію».

Мета дослідження. Вивчити стан мікроциркуляторного русла бульварної кон'юнктиви у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу з хронічною патологією ЛОР-органів.

Матеріали та методи: Було обстежено 93 дитини з ЦД-1 типу, які знаходились на лікуванні в ендокринологічному відділенні ДКЛ №6. До першої групи увійшли 70 (75,3%) дітей з ЦД, які мали хронічну патологію ЛОР-органів. Так, хронічний тонзиліт (ХТ) встановлено у 34 (48,5%), викривлення носової перегородки (ВНП) - 16 (22,9%), рецидивуючі носові кровотечі (Epistaxis) у 10 (14,3%), а також 10 (14,3%) у яких рецидивуючі носові кровотечі поєднувались з ВНП. До другої групи увійшли діти з ЦД-1 без патології ЛОР-органів – 23 (24,7%). Стан мікроциркуляції оцінювали за допомогою щільової лампи з наступною фотореєстрацією за стандартною методикою. Визначали судинні, внутрішньосудинні та позасудинні порушення.

Результати та їх обговорення. При оцінці бульварної мікроскопії встановлено залежність судинних порушень від хронічної ЛОР-патології. Так, при ХТ виявлено судинні порушення у вигляді нерівномірності калібру судин (45%), поодинокі мікроаневризми (65%), міандричної звивистості капілярів (80%) та венул (50%), поодинокі артеріоло-венулярні анастомози. А також, такі позасу-

динні порушення: мікрогеморагії (15%) та периваскулярний набряк у 10%. У хворих на ЦД-1 з рецидивуючими носовими кровотечами виявлено судинні порушення у вигляді множинних аневризм (75%), поодинокі саккуляції венул (66,7%), міандричної звивистості капілярів (75%), судинних клубочків (83,3%) та сітчасту структуру капілярів (66,7%). Також, у цих хворих визначається внутрішньосудинні порушення, так як садж-феномен - у 16,7% та поза судинні порушення (мікрогеморагії) у 16,7% хворих. Для дітей, хворих на ЦД-1 з ВНП характерні судинні порушення: поодинока нерівномірність калібру судин 75%, саккуляція венул – 50%, міандрична звивистість капілярів – 75%, та поодинокі артеріоло-венулярні анастомози – 37,5%. Внутрішньо- та поза судинні порушення у цієї групи пацієнтів не встановлено.

Висновок. Отримані результати свідчать про необхідність своєчасної діагностики патології ЛОР органів та показників мікроциркуляції у дітей, хворих на ЦД-1 типу для вибору адекватних методів корекції.

КАРДІОВАСКУЛЯРНА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З АУТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ

**Мітюряєва І.О., Демчук С.М., Краснякова М.Є., Петрова Д.А.,
Мандзюк М.М., Ткачук О.І., Крута Н.В.**

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

Актуальність: На сьогоднішній день аутоімунні хвороби займають одне з провідних місць в структурі захворюваності і привертають до себе все більшу увагу лікарів всіх спеціальностей. Аутоімунний тиреоїдит (АІТ) – це хронічне запальне захворювання щитовидної залози (ЩЗ) аутоімунного генезу, при якому в результаті хронічної прогресуючої лімфоїдної інфільтрації виникає поступова деструкція паренхіми ЩЗ з можливим розвитком первинного гіпотиреозу.

Мета. Встановити особливості кардіоваскулярних дисфункцій у дітей та підлітків з аутоімунним тиреоїдитом в залежності від рівня специфічних антитіл та ознак порушення функції ЩЗ.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 2 групи пацієнтів (I група – 35 дітей з підтвердженим діагнозом АІТ, які склали основну групу, II група – 25 дітей з іншою патологією ЩЗ та виключеним діагнозом АІТ, які склали групу контролю). Всім дітям було проведено загальне клінічне та специфічне лабораторне обстеження. Оцінка функціонування серцево-судинної системи проводилась на основі рівнів САТ, ДАТ, ЧСС, даних ЕКГ, РЕГ та ЕхоКГ за показаннями.

Отримані результати. Всі діти основної групи мали ознаки кардіоваскулярної дисфункції. Більше ніж у 80% дітей відмічались зміни на ЕКГ та більше ніж у половини пацієнтів – зміни на ЕхоКГ. Найчастішими змінами з боку серцево-судинної системи за даними ЕКГ у дітей основної групи виявлено тахікардію (30% дітей), а найбільш специфічними – брадикардію (11,4% дітей) та аритмію (25,7% дітей), які зустрічались виключно у дітей основної групи. У дітей основної групи в 4,6 разів частіше зустрічались обмінні зміни в міокарді, в 2,1 разів частіше міграція водія ритму в передсердя та в 1,3 рази частіше феномен укороченого інтервалу PQ. За даними ЕхоКГ у 3 дітей основної групи (60% дітей) відмічались зміни у вигляді пролапсу мітрального клапану з мінімальним зворотнім током крові. Найхарактернішими ознаками для дітей з гіпотиреозом та високим ризиком розвитку гіпотиреозу були: обмінні зміни в міокарді майже у половини дітей основної групи, з них у дітей з гіпотиреозом майже в 3 рази більше, ніж у дітей з високим ризиком розвитку гіпотиреозу; феномен укороченого інтервалу PQ більше ніж у половини дітей з гіпотиреозом та більше ніж у третини дітей з високим ризиком розвитку гіпотиреозу; близько у третини хворих обох підгруп виявлялись міжпівкульна асиметрія та тахікардія та дещо менше ніж у третини хворих з гіпотиреозом аритмія, у дітей з високим ризиком розвитку гіпотиреозу – у 13,3% дітей.

Висновки: Результати даного дослідження вказують на особливості функціонування серцево-судинної системи у дітей та підлітків з АІТ в залежності від форми та агресивності протікання захворювання та доводять необхідність зосередження уваги лікарів всіх спеціальностей на підвищений ризик розвитку кардіальної патології у дітей з АІТ, враховуючи особливості, характерні для даної патології.

СУЧАСНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ

Мітюряєва І.О., Троїцька І.В., Салтикова Г.В., Демчук С.М.,
Попельницька О.В., Юрченко М.В., Бабич О.О.

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

Актуальність. Сучасну цивілізацію не можливо уявити собі без антибіотиків. Антибіотикотерапія настільки міцно увійшла в наше повсякденне життя, що на сьогоднішній день ми все менше замислюємось над ризиками, які вона в собі приховує та безконтрольне призначення антибіотиків, особливо небезпечне в педіатричній практиці, продовжує неухильно зростати. Не можливо не відмітити той факт, що за останні десятиріччя відбулось збільшення розповсюдженості резистентних форм патогенних мікроорганізмів та зниження ефективності багатьох антибіотиків, що тягне за собою призначення все нових «сильніших» антибіотиків, розширення спектру їх використання та почастищення розвитку антибіотикоасоційованих діарей. На допомогу приходять пробіотики, які попереджають заселення організму патогенними мікроорганізмами та перешкоджають виділенню токсинів.

Мета - удосконалення методів профілактики та лікування антибіотикоасоційованої діареї у дітей.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 3 групи пацієнтів (I група – 20 пацієнтів, які приймали колифагіну з першого дня застосування антибіотика, II група – 20 пацієнтів, яким призначали колифагіну з 6-го дня прийому антибіотика, 3 група – 5 пацієнтів, які отримували колифагіну вже після початку діарейного синдрому). Оцінка ефективності терапії проводилась на 0-1 та 10-15 день лікування на основі міжнародних методів: на основі Брістольської шкали для оцінки часу транзиту харчового комка по товстому кишківнику, Амстердамської шкали оцінки випорожнень (шкали Беккалі) та шкал IMOS (Інтеграційної шкали оцінки результатів лікування) та IMPSS (Інтеграційної шкали оцінки задоволеності пацієнта лікуванням).

Результати дослідження. За Амстердамською шкалою (шкалою Беккалі) у всіх хворих відмічалось покращення консистенції калу в середньому на 1,3 пункти, відбулась нормалізація кількості випорожнень в середньому на 0,8 пунктів та відновлення кольору на 2,1 пункти, що свідчить про позитивну динаміку протікання захворювання та регресію основних симптомів. За Брістольською шкалою форм калу відмічалось збільшення часу транзиту по товстому кишківнику харчового комка та нормалізація типу калу з 6-7 типу до 4. За шкалою IMOS (оцінкою лікаря) виписано з повним одужанням 65% пацієнтів I групи; зі значним покращенням – 35% хворих I групи. В II групі виписано з повним одужанням 70% хворих, зі значним покращенням – 30%. В III групі 100% дітей виписано зі значним покращенням. За шкалою IMPSS виписано 3 дітей (15%) I групи, батьки яких були дуже задоволені лікуванням та 17 дітей (85%) I групи, батьки яких були задоволені проведенням лікуванням; в II групі виписано дуже задоволених лікуванням 2 пацієнтів (10%) та 18 пацієнтів (90%) задоволених лікуванням; в III групі дуже задоволених лікуванням пацієнтів налічувалось 13 (65%) та задоволених – 7 (35%).

Висновки. Результати даного дослідження показали, що застосування пробіотиків, зокрема колифагіни, для профілактики та лікування антибіотикоасоційованої діареї значно підвищує ефективність лікування завдяки нормалізації порушеної екосистеми кишківника та стимуляції природної реакції імунної системи ШКТ.

СТАН БУЛЬБАРНОЇ МІКРОСКОПІЇ У ХВОРИХ НА ПАРОКСИЗМАЛЬНУ ВЕГЕТАТИВНУ НЕДОСТАТНІСТЬ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Мітюряєва І.О., Бурлай В.Г., Гнилокурченко Г.В., Довгополова О.В.

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

Відомо, що вегетативна нервова система (ВНС) значно впливає на морфологічну структуру, функціональну активність щитоподібної залози (ЩЗ), з другого боку ЩЗ за рахунок гормональної регуляції призводить до змін активності різних відділів ВНС. Підтверджено, що у дітей з патологією ЩЗ адаптаційно-компенсаторні реакції направлені на підтримку резервних можливостей організму з розвитком зриву захисних факторів і поглибленням тяжкості перебігу захворювання з появою вегетативних пароксизмів. Капіляри, як найменші судини організму, першими реагують на патологічний процес шляхом зміни функціонального стану та морфологічної перебудови, що веде до порушення метаболізму відповідних органів і тканин.

Мета дослідження. Вивчити стан мікроциркуляторного русла бульбарної кон'юнктиви у дітей з пароксизмальною вегетативною недостатністю (ПВН) на фоні патології щитоподібної залози.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 33 дитини з ПВН на фоні різної патології ЩЗ (субклінічні форми гіпотиреозу, аутоімунний тиреоїдит), які знаходились на стаціонарному лікуванні в Центрі вегетативних дисфункцій м. Києва на базі ДКЛ №6. Всім хворим був проведений комплекс клініко-інструментальних досліджень, до якого входили дослідження вегетативного гомеостазу та дослідження стану щитоподібної залози (УЗД ЩЗ, аналіз крові на рівень гормонів ЩЗ). Стан мікроциркуляції оцінювали за допомогою щільової лампи з наступною фоторегістрацією за стандартною методикою. Визначали судинні, внутрішньосудинні та позасудинні порушення.

Результати та їх обговорення. За даними бульбарної мікроскопії у порівнянні з нормативами встановлено, що у більшості (92,3%) хворих виявлено міандричну звивистість капілярів, 2/3 пацієнтів мають нерівномірність калібру судин (59,6%) та сітчасту структуру капілярів (61,5%), а також поодинокі сакуляції (59,6%) та міандричну звивистість венул (57,7%). У половини пацієнтів (51,9%) діагностовано поодинокі судинні клубочки. Крім того, майже кожна третя дитина мала множинні мікроаневризми (38,5%), міандричну звивистість артеріол (26,9%), а також множинні судинні клубочки (32,7%) та артеріоло-венулярні анастомози (38,5%). Внутрішньосудинні порушення (сладж-феномен) встановлено майже у п'ятій частині хворих (19,2%) Позасудинні зміни мікроциркуляції у цієї групи пацієнтів не встановлено.

Висновки. Таким чином, у дітей з пароксизмальною вегетативною недостатністю виявляється у 66,7% неоднорідність структури щитоподібної залози, більше ніж у половини є макрофолюлярні утворення та зміни ехогенності, що підтверджується гормональними порушеннями та свідчить про наявність субклінічних проявів гіпотиреозу та аутоімунного тиреоїдиту у таких хворих. Вказані зміни ЩЗ супроводжуються судинними та внутрішньосудинними порушеннями за даними бульбарної мікроскопії та потребують необхідної відповідної корекції.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОЛОРТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ

**¹Мітюрєва І.О., ²Гуляр С.О., ¹Забашта Д.О., ¹Тітова Т.О., ¹Ткачук О.І.,
¹Денисюк О.І., ¹Замкова О.А., ¹Задоя О.А.**

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

²Інститут фізіології імені О.О. Богомольця НАН України, м. Київ

Актуальність. На сьогоднішній день відомо, що лікування різних клінічних форм вегетативних дисфункцій (ВД) у дітей часто не дає стійкого довготривалого ефекту, тому питання пошуку та впровадження альтернативних немедикаментозних методів є досить актуальним. Клінічні можливості застосування колортерапії на сучасному етапі досліджень широко вивчаються, проте інформації щодо відгуку на дану фізіотерапевтичну процедуру у дітей недостатньо.

Мета. Вивчення клініко-психологічних та інструментальних показників ефективності застосування колортерапії (тобто терапії низькоінтенсивними поляризованими електромагнітними хвилями оптично-інфрачервоного діапазону) у дітей, хворих на різні клінічні форми вегетативних дисфункцій в комплексному стандартному лікуванні.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі ЦВД ДКЛ №6 м. Києва. Обстежено 40 дітей віком від 8 до 17 років з різними формами ВД: 10 дітей (група контролю) отримувала стандартну терапію (вітаміни групи В, масаж, психотерапія), 30 дітей основної групи, яким на фоні стандартної терапії проводилась колортерапія за допомогою апарату Біоптрон-компакт (Zepher). Діти основної групи додатково мали 20 сеансів колортерапії по 15 хвилин двічі на добу на протязі 10 днів. Проте, пацієнти з ВД за гіпертензивним типом опромінювались синім світлофільтром, з ВД за гіпотензивним типом – червоним, а з ПВН – кольором індіго, по однаковим акупунктурним зонам верхніх кінцівок, шиї та чола. Для об'єктивного визначення ефективності лікування використовували: психологічне тестування – тест САН, тест на тривожність за Спілбергом, клінортоstaticна проба (КОП), а також кардіоінтервалографія (КІГ) на початку та в кінці курсу лікування.

Результати дослідження. Серед скарг найчастіше (майже у 100%) спостерігались прояви церебростенічного синдрому, які після лікування реєструвались тільки у 30,7% дітей основної групи, а в контрольній - у 68,75%. Нормалізація вегетативного забезпечення в основній групі відбулась в 56,3 % випадків, в групі контролю – 15,5%. Відбулось покращення показників КІГ, у дітей основної групи поліпшення спостерігалось у 63% випадків, а в контрольній групі – у 43,5%.

Підвищена ситуативна тривожність в групі дітей, які отримували лікування Біоптроном до початку лікування визначалась у 52,8% хворих, а після терапії – майже в 2 рази рідше (у 27,8%), тоді як в групі контролю відповідно - у 50% та 43,75%. Рівень підвищеної особистісної тривожності знизився в 1,8 рази у дітей з основної групи, в групі контролю даний показник не змінився.

Згідно тесту САН, показник зниженого самопочуття після курсу терапії став значно рідше реєструватись в групі дітей з ВД по гіпертензивному типу (з 70% до 45%), у дітей з ВД по гіпертензивному типу зменшився (з 65% до 55%), в групі дітей з ПВН та в контрольній групі спостерігався без змін.

Висновки. Аналіз отриманих результатів підтвердив перспективний напрямок використання колортерапії в комплексному лікуванні дітей з різними клінічними формами ВД та обґрунтовує доцільність його подальшого вивчення.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Мітюряєва І.О., Кухта Н.М., Гнилоскуренко Г.В., Борзенко І.О., Прохорович Т.П.,
Долгополова О.В., Корнійко Є.Ю.

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

Актуальність. За останнє десятиріччя частота випадків пароксизмальної вегетативної недостатності (ПВН) зросла у 2,7 рази. З другого боку, за постчернобильській час значно виросла поширеність патології щитоподібної залози у дітей. Тому вивчення взаємозв'язку між цими захворюваннями надає можливість в подальшому впливати на порушення периферійної трофіки тканин.

Мета роботи. Вивчити особливості вегетативного гомеостазу, показників функціонального стану мозку та церебральної гемодинаміки у дітей, хворих на ПВН з патологією щитоподібної залози та оцінити ефективність корекції даної патології за допомогою включення до терапії препарату «Ноофен 100».

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 м. Києва. Загалом було досліджено 52 дитини віком від 10 до 16 років (33 хворих на ПВН мали патологію ЩЗ та отримували препарат «Ноофен 100» протягом 26 днів, 19 хворих на ПВН без патології ЩЗ склали контрольну групу і отримували лише підтримуючу базову терапію – вітаміни, фізіотерапію, психотерапію).

Результати. Провідними скаргами хворих обох досліджуваних груп були головний біль, біль у ділянці серця, запаморочення та втрати свідомості, швидка втомлюваність та емоційна лабільність. Дослідження щитоподібної залози хворих основної групи виявило у 66,7% неоднорідність структури залози з ознаками гіпотиреозу та аутоімунного тиреоїдиту.

За допомогою таблиці Вейна встановлено, що у представників основної групи показник симпатичної направленості знизився у 7,4 рази після проведеного лікування. В той же час показник ейтонії збільшився у 2,6 разів (до лікування складав 33,4%).

У більш ніж половини обстежених (54,5%) основної групи було виявлено спазмованість судин головного мозку та утруднення венозного відтоку. Після доповнення до комплексної терапії препарату «Ноофен 100» відмічалось трикратна нормалізація стану судин, а також у двічі зменшились ознаки порушення судинного тону.

За даними ЕЕГ у хворих на ПВН при наявності патології щитоподібної залози в 6 разів частіше відмічається зниження активності кіркових відділів та підвищення збудженості стовбурових церебральних структур, що відновлялось в основній групі лікування майже в 2 рази частіше, ніж в контролі.

Висновки. Встановлено, що наявність патології щитоподібної залози надає значного впливу на функціональний стан у хворих на ПВН. Використання препарату «Ноофен 100» в комплексному лікуванні хворих з ПВН на фоні патології ЩЗ сприяє позитивній динаміці у нормалізації вегетативного гомеостазу та церебральної гемодинаміки майже в 3 рази за результатами інструментальних методів дослідження. Препарат «Ноофен 100» має високу ефективність, добру переносимість та безпечність і може бути рекомендований для широкого призначення в амбулаторній практиці.

АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Михановская Н.Г., Мителев Д.А.,
Матковская Т.Н., Исаева Е.П., Шаповалова Н.А.

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

Цель исследования. Изучить диагностическую и реабилитационную значимость проективных рисуночных тестов у детей с депрессией.

Материалы и методы. Мультидисциплинарное исследование когорты детей (48 детей в пре- и 122 детей в пубертате) проводилось в ГУ "Института охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины" в период с 2012 по 2015 гг. Дизайн исследования: клинико-психопатологический, соматоневрологический, психологический (шкалы депрессии CDRS-R, проективные рисуночные тесты «Я и моя болезнь», «Дом, дерево, человек», «Я в этом мире», «Я и моя семья», тематические мини-сочинения «Мои огорчения» и «Мои мечты») методы.

Результаты и их обсуждение. Среди диагностических симптомов, позволяющих дифференцировать депрессию у детей - грусть, утомляемость, снижение успеваемости в школе, снижение аппетита, сниженная самооценка, чувство вины, соматические жалобы, включая алгии различной локализации без органических изменений внутренних органов. Среди других симптомов зарегистрированы поведенческие эквиваленты депрессии – нервная анорексия, суицидальное поведение, различные аддикции (интернет-зависимость, коммуникативные аддикции, никотиновая зависимость). У детей с депрессией соматические расстройства являются частым симпто-

мокомплексом и имеют отчетливые особенности и выраженность в зависимости от возраста ребенка. У большинства исследуемых детей (90,6%) в проективных рисуночных тестах представлены графические показатели, отражающие тревогу, депрессию, усталость, агрессию, сниженную самооценку, изолированность, ипохондричность, фобии.

В случаях суицидального поведения и агрессии арттерапевтические занятия позволяли преобразовать проблему и сделать ее стимулом выхода из психологического кризиса. При дисморфофобической фиксации на телесных проблемах подростков терапевтическое вмешательство ориентировано на восстановление принятия своего «Я». Независимо от конкретных психологических проблем каждого пациента с соматизированной депрессией сеансы арттерапии позволили восстановить эмоциональный гомеостаз и комплаенс, что способствовало большей эффективности терапевтических мероприятий.

Дифференциация соматических жалоб, алгий, поведенческих паттернов депрессии, коммуникативных девиаций, когнитивного компонента методом артдиагностики обеспечивает фокусировку на психосоциальных стрессорах и психопатологической симптоматике, что может быть использовано в системе реабилитации детей с депрессивными расстройствами и психопрофилактики рекуррентной депрессии, суицидального поведения в молодом возрасте.

НОВЫЕ СИНДРОМЫ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ: СРАВНЕНИЕ И ЕДИНСТВО

Мостовая О.П.

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, г. Винница

На двух важных конгрессах последнего полугодия прозвучали предложения по введению новых синдромов. По детской психиатрии – это синдром ESSENCE: early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations (ранние симптоматические синдромы, выявленные клиническими исследованиями нейроразвития), который сформулировал выдающийся ученый, шведский профессор Кристофер Жильбер и доложил на конгрессе ECNP в г. Берлине (Германия) в октябре 2014 года.

Идея синдрома заключается в том, что симптомы нарушения функционирования психических и неврологических функций в детском возрасте свидетельствуют о том, что прочность, связность личностной конституции могут быть все больше повреждены. И это создает именно личностные нарушения у взрослых, снижает способность к социальной жизни. Особенность синдрома та, что в детской жизни – это вроде не очень тяжелые расстройства: энурез, тики, заикание, психосоматические проблемы – но они сопровождаются нарастающим снижением способности к социальной жизни. Поэтому, в оценке состояния ребенка с какой-либо «поломкой» в нервнопсихическом развитии необходимо в центр внимания помещать социальную жизнь, а не симптом. «Охота» за симптомом приводит к идее подбора препарата, который подавляет симптом, но не решает стоящую за ним проблему личностного развития.

Как продолжение этой темы, в марте 2015 г., на конгрессе CONY в Берлине израильский ученый, президент конгресса профессор Амос Корчин предложил к рассмотрению синдром MUS - medical unexpected syndroms. К этому синдрому он причислил всю группу расстройств, к которым нельзя «приложить» препараты. Это те же психосоматические проблемы, неэпелептические припадки, истерия, посттравматическое стрессовое расстройство, ипохондрия, головные боли напряжения, расстройства сна и т.д.

Так выглядит, что пациенты с синдромом MUS – это взрослые пациенты с детским синдромом ESSENCE. И это синдромы, которые требуют официального признания ведущей роли психотерапии, причем динамической или полноценной аналитической.

Врачи, которые имеют психологическое образование, обычно не испытывают больших затруднений в диагностике, но должны организовать психотерапию для пациента. Это пока не все пациенты воспринимают. Неврологи, к которым обращаются такие пациенты, не могут предложить что-то надежное.

ЗАЛЕЖНІСТЬ КОНЦЕНТРАЦІЇ ТОКСИЧНИХ МЕТАЛІВ В ТКАНИНАХ СЕРЦЯ І МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ВІД МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК РОДИН ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Муквіч О.М., Коваль О.П.

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

Актуальність проблеми вроджених вад серця і магістральних судин перш за все обумовлена їх значною частотою – кожні 15 хвилин на планеті з'являється 1 дитина з кардіоваскулярною мальформацією, щорічно у світі народжується близько одного мільйона таких хворих. На сьогоднішній день остаточно не визначені певні тригерні фактори формування кардіоваскулярних мальформацій, що визначає доцільність розглядати їх як мультифакторіальні захворювання. Серед чисельних етіопатогенетичних факторів – генетичних мутацій і хромосомних аберацій, вірусів (Influenza, Coxsackie B, Herpes), соматичних захворювань матері (цукровий діабет, фенілкетонурія, системний червоний вовчак) – в останні десятиріччя обговорюється гіпотеза впливу токсичних металів. Незважаючи на це, фактори ризику розвитку вродженої патології та їх точна ідентифікація потребують уточнення, що не дозволяє виділяти групи ризику по формуванню вад серця.

Мета. Визначити наявність токсичних металів в тканинах кардіоваскулярної системи та залежність їх концентрації від медико-соціальної характеристики родин та окремих медико-біологічних показників дітей з вродженими вадами серця та магістральних судин.

Матеріали та методи. Обстежено 53 дитини (32 хлопчика та 21 дівчинка) та 2 плоди (чоловічої статі) з різними кардіоваскулярними мальформаціями. Оцінку наявності та концентрації 22 токсичних металів та металоїдів проводили в 107 біоптатах тканин серця та магістральних судин методами атомно-емісійної спектроскопії в індуктивно-зв'язаній плазмі та атомно-абсорбційній спектроскопії з електротермічною атомізацією.

Результати. В організмі та тканинах серця і магістральних судин дітей з кардіоваскулярними мальформаціями виявлено більш широкий спектр токсичних металів та металоїдів порівняно з дітьми без порушень кардіогенезу, більшу «завантаженість» їх кількістю та достовірно більшу ($p=0,004$) частоту випадків перевищення концентрації токсичних металів у порівнянні з дітьми без аномалій. В локусі мальформації середній рівень концентрації виявлених токсичних елементів вищий, ніж в тканинах серця без порушення кардіогенезу. У дітей з ВВС та МС найбільш часто серед наявних токсичних речовин констатована патологічна концентрація барію, в тому числі в локусі мальформації, при цьому його середня концентрація перевищувала допустимий рівень в 22,7 рази та статистично відрізнялась від показника фізіологічно сформованих тканин кардіоваскулярної системи ($p=0,002$).

При проведенні багатофакторного кореляційно-регресійного аналізу встановлено пряму кореляційну залежність між проживанням в промисловому регіоні ($r=+0,74$), фактом тютюнопаління батьків ($r=+0,65$), ускладненим перебігом вагітності (токсикоз вагітних, загроза самовільного викиду у першому триместрі вагітності, набряки, анемія, гостра та/або хронічна інфекційна патологія в першому триместрі вагітності та ін.) ($r=+0,84$), наявністю в ранньому неонатальному періоді дитини затяжної жовтяниці ($r=+0,74$), затримкою фізичного розвитку ($r=+0,84$) та концентрацію токсичних металів (барію, вольфраму, літію, миш'яку, нікелю, свинцю, стронцію, титану, срібла, олова) в тканинах серця та магістральних судин дитини.

ДИНАМІКА ФОРМИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ КАРДИОПАТИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Недельская Е.В., Иванько О.Г.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца, I 11, МКБ – 10) формируется у подростков незаметно, если протекает без гипертонических кризов, но очень скоро принимает характер жизненно опасного заболевания вследствие формирования высокого риска кардиоваскулярных катастроф. В своей работе мы поставили цель проследить особенности формирования гипертонической болезни у подростков с артериальной гипертензией (АГ) посредством лонгитюдного, продолжительностью 5 лет, когортного исследования. Задачами исследования было установить влияние первичной (эссенциальной, I 10, МКБ-10) АГ в зависимости от ее тяжести, гендерных различий, а также отношения подростка к физической активности на формирование гипертрофии левого желудочка в процессе динамического наблюдения. Объектом исследования стали 70 подростков

(40 – юношей и 30 - девушек) в возрасте 16 – 17 лет - студентов медицинского университета, у которых была выявлена АГ. У 33 юношей и 18 девушек значения систолического и/или диастолического артериального давления (АД) по данным офисных измерений и суточного мониторинга осциллометрическим методом были выше 95-й центили. Они составили когорты лиц со стабильной и лабильной АГ. Еще 7 юношей и 12 девушек характеризовались АД выше 90-й, но ниже 95-й центилей и были отнесены к лицам с «предгипертензией». У 23 юношей и 11 девушек со стабильной и лабильной АГ, а также у 3 юношей и 5 девушек с предгипертензией на втором году наблюдений назначались регулярные занятия в велотренажерном зале, что позволило снизить АД на срок до 18 месяцев. При динамическом клиническом исследовании особое внимание уделяли эхокардиографическим характеристикам миокарда левого желудочка сердца. Для развития гипертензивной кардиопатии считали диагностически значимыми превышение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) у юношей более 183 г, девушек – 141 г одновременно с утолщением задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) в диастоле > 8 мм. При обсуждении полученных результатов наблюдений следует отметить, что в начале исследования у всех подростков, независимо от принадлежности к когортам, эхокардиографические показатели левого желудочка были нормальными. Последующие 5 лет до достижения возраста 21 года, который во многих медицинских школах считается сроком окончания пубертатного периода, характеризовались формированием гипертензивной кардиопатии у 14 (42%) из 33 юношей и у 6 (33%) из 18 девушек со стабильной и лабильной АГ. В этих когортах исследования ММЛЖ и толщина ЗСЛЖ возросли у юношей с $127,4 \pm 3,9$ до $198,7 \pm 6,8$ г и с $7,5 \pm 0,01$ до $11,5 \pm 0,03$ мм и, соответственно, у девушек с $106,6 \pm 5,4$ до $111,6 \pm 3,3$ г и с $7,0 \pm 0,02$ до $8,3 \pm 0,2$ мм. У лиц с «предгипертензией» отмечено статистически значимое утолщение ЗСЛЖ, но ММЛЖ тем не менее не возрастала. Модификация образа жизни за счет приобщения к обязательным физическим упражнениям обладала определенным протективным действием в отношении формирования гипертонической болезни у девушек. Одновременно нами не отмечено достоверного дополнительного влияния упражнений на велотренажере на процесс формирования гипертрофии миокарда левого желудочка. Таким образом, поздний пубертатный период является важнейшим этапом формирования гипертонической болезни и требует совершенствования терапевтических подходов у подростков с АГ.

ВПЛИВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ФОРМУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ШКОЛЯРІВ.

Неділько В.П., Руденко С. А.

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

Найбільш поширеними проблемами здоров'я дітей шкільного віку є захворювання системи органів дихання та органів травлення, рівень яких за останні роки не має тенденції до зниження.

Згідно наукових досліджень, серед захворювань у школярів, хвороби органів дихання відмічають у понад 50% дітей, а органів травлення – у біля 45%.

Важливим було вивчити фактори, які негативно та позитивно впливають на виникнення цих захворювань.

Проведення дослідження здоров'я 4220 школярів різних регіонів країни дало можливість встановити, що факторами, які попереджують виникнення порушень з боку системи органів дихання є: стан гіперопіки дитини з боку сім'ї, високий, або вище середнього зріст, недостатньо, або несформований ціннісний пріоритет щодо сприйняття мистецтва, високий рівень агресивності дитини, високий та вище середнього рівень предметно – перетворювальної життєвої активності та високий рівень мотивацій щодо фізично - оздоровчої життєвої активності дитини.

Факторами, що сприяють формуванню функціональних відхилень та хронічних захворювань системи органів дихання є авторитарне відношення до дитини у сім'ї, низький та нижче середнього рівні фізично – оздоровчої життєвої активності дитини, наявність високого та вище середнього рівнів невпевненості, негативне сприйняття друзів та низький, або нижче середнього об'єм грудної клітки.

Факторами, що сприяють формуванню функціональних відхилень та хронічних захворювань системи травлення є висока та вище середнього рівня маса тіла, середній або сильно виражений рівень тривожності, високий та вище середнього рівні громадсько – корисного виду життєвої активності, проблема гіперопіки та відсутність співробітництва з дитиною у сім'ї.

Ці особливості розвитку дітей слід враховувати при проведенні профілактично – оздоровчих заходів в умовах школи і сім'ї.

В результаті впровадження в базових школах інтегральної системи супроводу школяра з урахуванням фізичних, психологічних та соціальних чинників ми отримали можливість скоротити рівень пропусків уроків через рецидиви цих захворювань за чотири роки у дітей середніх класів на 23,5% та у старших класів на 32,4%.

Особливо виражений ефект спостерігався щодо реалізації у дітей функціональних відхилень системи травлення – ДЖВШ, підшлункової залози та шлунку.

Це свідчить про важливість інтегрального супроводу дітей з захворюваннями в умовах навчальних закладів.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Нечитайло Ю.М., Міхеєва Т.М., Нечитайло О.Ю., Юхимець І.О.

ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.

Мікроциркуляторна ланка є частиною судинного русла, в якій реалізується забезпечення транскапілярного обміну і його адаптація до дії чинників зовнішнього та внутрішнього середовища. Мікроциркуляторне русло складається із дрібних судин (діаметром менше 100 мкм) і включає артеріоли, капіляри та венули. Зміни в системі мікроциркуляції крові тісно корелюють із станом центральної гемодинаміки, що дозволяє використовувати їх в якості критеріїв оцінки загального стану здоров'я та функціонування серцево-судинної системи особи. В той же час, немає надійних та доступних методів діагностики порушень периферійного кровообігу, але існує декілька ділянок людського тіла, де можна вивчати стан мікроциркуляторного русла – термінальні ділянки нігтьового ложа, бульбарна кон'юнктива та сублінгвальна слизова. Сучасна техніка цифрової біомікроскопії дає можливість отримати, зафіксувати та оперативно проаналізувати стан мікроциркуляції.

Виходячи з цього, метою нашої роботи було оцінити ефективність застосування різних технологій біомікроскопії для діагностики порушень мікроциркуляції у пацієнтів різного віку та з різною патологією.

Нами було обстежено 159 дітей різного віку – здорових, з надлишковою масою тіла, з артеріальною гіпертензією, з вегетативними порушеннями та 64 дорослих особи з різними проявами цукрового діабету. Мікроциркуляція оцінювалася шляхом біомікроскопії бульбарної кон'юнктиви, сублінгвальної слизової та нігтьового ложа за допомогою цифрового мікроскопу Supereyes B008 (сенсор 5 Мп).

Обстеження пацієнтів проводилось у динаміці з використанням зображень усіх трьох ділянок організму. При проведенні обстеження нігтьового ложа часто виникали складнощі з отриманням якісного зображення. Такими перешкодами були анатомічні особливості мікроциркуляторного русла з глибоким заляганням, порушення гігієнічного догляду за руками з утворенням гіперкератичних нашарувань, спазм судин внаслідок низької температури у приміщенні тощо. Обстеження бульбарної кон'юнктиви було доступним в усіх пацієнтів, але вимагало фіксації пацієнтом позиції ока, що було складним у дітей молодшого віку та в умовах відділень без спеціальних підставок для підборіддя. Технічно найбільш простою для виконання в будь-яких умовах була біомікроскопія сублінгвальних судин. Через ніжну слизову добре визначалися, як морфологічні особливості мікроциркуляторного русла, так і гемодинамічні характеристики. Ця ділянка була придатна не тільки до фіксування фотозображення, але і для запису відеофрагментів з подальшим розрахунком швидкості руху еритроцитів у судинах. На отриманих зображеннях визначалися звивистість судин, їх розташування, наявність аневризм, уповільнення кровотоку, блокування мікроциркуляції тощо, та обраховувалися кількісні показники мікроциркуляторного русла (діаметр артеріол, венул та капілярів, кількість капілярів на одиницю площі, кількість не функціонуючих судин, артеріоло-венулярний коефіцієнт та інші). При кожному виді патології ми встановили цілу низку порушень мікроциркуляції, що може мати діагностичне значення.

Таким чином, ми прийшли до висновку, що біомікроскопія сублінгвальних судин є методологічно та технічно найпростішим видом дослідження мікроциркуляторного русла, яке дає достатньо повну інформацію про мікрогемодинаміку, як у дітей різного віку, так і у дорослих, і має діагностичну цінність при різних патологічних станах.

МУЛЬТІДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ У ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Нікітіна Л.Д., Шляхова Н.В., Михайлова Е.А., Банников Б.В., Курбацька Т.П.

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

В Україні ожиріння у дітей та підлітків є одним із самих розповсюджених хронічних захворювань. Незважаючи на значну кількість досліджень щодо вивчення механізмів формування ожиріння у дітей, ці роботи присвячені переважно окремим питанням його клінічних проявів та найважливіших негативних наслідків. При цьому недостатньо уваги приділяється вивченню ожиріння у дітей як мультидисциплінарної проблеми педіатрії. Адже за умови прогресування надлишкової маси тіла у дітей збільшується ризик розвитку патології з боку серцево-судинної, ендокринної системи, органів травлення та гепатобілярної патології, психологічних розладів. За результатами наших досліджень останніх років у дітей та підлітків з ожирінням підвищений артеріальний тиск (АТ) – виявлено у 36,4%, мікроциркуляторні порушення мали місце у 74,1% хворих. У дітей з ожирінням відзначалися більш високі рівні тривоги, депресії, порушень емоціонально-міжособистих взаємовідносин. Нейровегетативні порушення виявлено у 51,9% хворих, підвищення внутрішньо-

черепного тиску у 18,2% випадків. Патологія органів системи травлення зустрічалась у вигляді диспептичних розладів у 62,1%, гепатомегалії – у 43,1%, функціональних розладів жовчного міхура у 50,0%. Доведено, що у формуванні ураження органів та систем при ожирінні провідна роль належить інсулінорезистентності (ІР), дісліпідеміям, гіперлептинемії, цитокиновому дисбалансу, що дозволяє віднести хворих дітей із такими гормонально-метаболічними порушеннями до групи ризику щодо раннього формування метаболічного синдрому.

Багаторічні дослідження перебігу ожиріння у дітей та підлітків підтвердили багаточисельність факторів, що обумовлюють тяжкість захворювання та неминучість формування поліорганної патології за умови розвитку гормонально-метаболічних зсувів. Отримані дані показали, що найбільш значущими факторами тяжкого перебігу ожиріння є ІР (OR 1,9 [1,1-3,6]), низька маса тіла при народженні (OR 3,1 [1,3-6,7]). Найбільш небезпечним ускладненням ожиріння слід вважати ураження серцево-судинної системи, а факторами ризику розвитку підвищеного АД є досягнення статевої зрілості (OR 2,1 [1,5-4,8]), чоловіча стать (OR 1,5 [1,1-2,3]), ІР (OR 1,4 [1,2-2,2]) та наявність атерогенно спрямованих дісліпідемій (OR 1,3 [1,3-3,2]). Для формування психічних розладів, а саме депресивних та тривожних станів, найважливішими факторами виявилась жіноча стать (OR 1,4 [1,3-2,1]), дефінітивні стадії пубертату (OR 2,8 [1,8-1,4]) та значний ступінь ожиріння (OR 1,3 [1,2-1,9]). Факторами ризику формування ураження органів травлення у дітей з ожирінням є рання поява надлишкової маси тіла (B=7,0), значний ступінь ожиріння (B=6,7), порушення ліпідного обміну, а саме гіпертригліцеридемія (B=9,7), зниження рівня холестерину високої щільності (B=4,3).

Таким чином, найбільш значущими факторами ризику ускладненого перебігу ожиріння у дітей та підлітків є пізній пубертатний вік, низька маса тіла при народженні, рання поява ожиріння, наявність ІР і дісліпідемій. Хворі, що мають такі несприятливі фактори, повинні знаходитись під ретельним наглядом лікаря та проходити комплексне обстеження в спеціалізованих медичних закладах не рідше, ніж один раз на 6 місяців з метою призначення необхідної патогенетичної терапії за участю фахівців різних спеціальностей. Своєчасне лікування дозволить ефективно вирішувати проблему профілактики ускладненого перебігу ожиріння та попередження його негативних наслідків в подальшому житті хворих.

ЛІКУВАННЯ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ЕЗОФАГІТУ У ШКОЛЯРІВ

Няньковський С.Л., Городиловська М.І., Іванців В.А., Бойко О.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Еозинофільний езофагіт (ЕоЕ) – хронічне запальне захворювання стравоходу, яке все частіше діагностується в останні роки, що пов'язано як зі збільшенням захворюваності, так і з удосконаленням методів діагностики та ступеня інформованості лікарів щодо цієї патології. ЕоЕ – це хронічне імунно-антигеносередковане захворювання, що характеризується вираженою еозинофільною інфільтрацією слизової оболонки стравоходу та клінічно проявляється дисфункцією стравоходу

Мета роботи. Оцінити ефективність різних терапевтичних підходів у лікуванні еозинофільного езофагіту у дітей.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 40 дітей віком 6–17 років з морфологічно верифікованим діагнозом ЕоЕ, які лікувались у міській дитячій клінічній лікарні міста Львова. Основну групу склало 20 дітей, яким були призначені елімінаційна дієта, левоцетиризин у дозі 5 мг 1 раз/добу вранці натще, пробіотичні бактерії *L. reuteri* по 1 таблетці 1 раз на добу незалежно від прийому їжі. Контрольну групу склало 20 дітей, які отримували елімінаційну дієту та левоцетиризин у дозі 5 мг 1 раз на добу вранці натще. Курс лікування тривав 1 місяць, після чого проводилась повторна оцінка клінічної симптоматики, ендоскопічна фіброезофагогастро-дуоденоскопія з біопсією слизової оболонки стравоходу для визначення ефективності проведеного лікування.

Результати та їх обговорення. Після проведеного лікування ми отримали покращання ендоскопічних та морфологічних показників в обох групах (таблиця).

Ендоскопічні та морфологічні показники слизової оболонки стравоходу у дітей основної та контрольної груп

Ознаки	На початку дослідження		Після проведеного лікування	
	основна група	контрольна група	основна група	контрольна група
Ендоскопічні: множинні білуваті налети, %	100	100	25	45
Морфологічні: 1. еозинофільна інфільтрація, еоз. в п/з	18,400± 3,267	17,80± 2,19	4,70± 1,56*	9,95± 2,09*
2. еозинофільні мікроабсцеси, %	45	40	0	0
3. дегрануляція еозинофілів, %	25	30	0	0

*Достовірність відмінностей між показниками основної і контрольної групи при другому дослідженні ($p < 0,05$)

Висновки. Застосування антигістамінних середників та пробіотика на основі *L. reuteri* у віковому дозуванні на фоні елімінаційної дієти протягом одного місяця у дітей шкільного віку з верифікованим морфологічно діагнозом ЕоЕ значно покращує перебіг захворювання та сприяє покращенню ендоскопічних та морфологічних показників.

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ВІТАМІНОМ D, СТАН КАЛЬЦІЄВОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНІВ У ДІТЕЙ З СИСТЕМНИМИ ХВОРОБАМИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Омельченко Л.І., Муквіч О.М., Николаєнко В.Б., Дудка І.В., Полук Т. А., Людвіг Т.А.

ДУ "Інститут ПАГ НАМН України", м. Київ

Дані сучасних наукових досліджень свідчать, що недостатня забезпеченість вітаміном D₃ (VD₃), яка характерна для більшості населення України, є одним з важливих чинників ризику аутоімунних, онкологічних, серцево-судинних, інфекційних хвороб, діабету та ін. захворювань, що обумовлено наявністю рецепторів до VD₃ в багатьох органах і тканинах, в т.ч. в клітинах імунної системи та здатністю цього вітаміну контролювати всі види обміну речовин. В зв'язку з цим, перспективним є уточнення ролі VD₃ в патогенезі системних хвороб сполучної тканини (СХСТ) та визначення на цій основі нових підходів до лікування та вторинної профілактики цієї патології у дітей.

Проведено комплексне обстеження 35 дітей з СХСТ, з них хворих на ювенільний дерматоміозит (ЮДМ) – 21, системний червоний вовчак (СЧВ) – 10, ювенільну системну склеродермію (ЮССД) – 3 пацієнти, середнім віком (11,12±2,44) років та тривалістю захворювання (3,7±3,2) роки. Усі хворі знаходилися в активному періоді хвороби та одержували медикаментозну терапію, що включала базисні препарати (метотрексат, плаквеніл), 27 дітей отримували глюкокортикоїди (ГК) тривалістю в середньому (3,2±2,5) роки.

В анамнезі більшості дітей з СХСТ (85, %) виявлені фактори, що сприяли розвитку неадекватної забезпеченості VD₃: недостатнє його споживання з їжею, обмеження перебування в умовах сонячного опромінення, обумовлені системними ураженнями та/або викликані тривалою протизапальною терапією захворювання шлунково-кишкового тракту, печінки, нирок. У всіх цих хворих визначено клініко-лабораторні ознаки дефіциту VD₃: остеомаліяція, остеопенія, остеопороз, деформації скелета, підвищена ламкість кісток і карієс, м'язова слабкість, підвищена пітливість, нервозність, порушення сну, погіршення зору, зниження апетиту та втрата маси тіла.

Субоптимальний вміст VD₃ (нижче 75 нмоль/л) в сироватці крові виявлено у 82,9% пацієнтів з СХСТ, з них 40% мали виражений дефіцит (нижче 50 нмоль/л) і лише 8,6% - оптимальний вміст 25(OH)D в сироватці крові. Найбільш низькі концентрації VD₃ визначені у дітей з СЧВ, у 1/3 з них - виражений дефіцит. У хворих на ЮДМ зниження концентрації VD₃ виявлено у 60,7% дітей, з них у 14,3% - дефіцит VD₃ (48 - 24,9 нмоль/л). Найбільш суттєве зниження концентрації 25(OH)D в сироватці крові виявлено у тих хворих на СХСТ, які тривало отримували глюкокортикоїдну терапію. Порушення кальцієвого гомеостазу характеризувалось зниженням вмісту в сироватці крові загального, білокзв'язаного кальцію та підвищенням фракції ультрафільтруючого кальцію, що свідчить про напругу метаболічних кальційзалежних процесів та зменшення вмісту кальцію в депо. У дітей з дефіцитом 25(OH)D, які взагалі не отримували VD₃ виявлені зміни ліпідного спектру крові з підвищенням концентрації загальних ліпідів, холестерину, тригліцеридів.

Висновки. У більшості дітей, хворих на СХСТ, спостерігається дефіцит VD₃, порушення кальцій-фосфорного та ліпідного обміну, що потребує подальших всебічних досліджень для розробки диференційованих схем лікування з застосуванням препаратів вітаміну D₃ визначення методів та вторинної профілактики метаболічних змін у цієї категорії хворих.

АЛГОРИТМ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ З МЕТОЮ СВОЄЧАСНОГО НАДАННЯ КРИЗОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

**Омельченко Л.І., Пушкарьова Т.Н., Муквіч О.М., Петренко Л.Б.,
Омельченко О.С.**

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м. Київ

Перебування у надзвичайних ситуаціях може призводити до появи у дитини психологічної травми, що спричиняє гострий кризовий стан або гостру реакцію на стрес, адаптаційні реакції з подальшим розвитком психопатології. Стресові або розлади адаптації у дитини можуть проявлятися: зниженням настрою та депресивними проявами, емоційною лабільністю, дратівливістю, порушеннями сну, складнощами у школі, неспецифічними соматичними розладами – головними болями, абдомінальними болями, що носять функціо-

нальний характер, розладами вегетативної нервової системи. Найбільш часто зустрічаються безсоння, серцебиття, коливання настрою, поведінкові порушення, скарги на фізичні недомагання та підвищену втомлюваність, ознаки регресії в емоційному реагуванні і в поведінці: нічне нетримання сечі, порушення харчування, плаксивість, примхливість, не властиві дитині до дії стресової ситуації, прояви астенії, депресії, що призводить до психосоціальної дезадаптації.

На підставі проведеного дослідження розроблено алгоритм раннього виявлення порушень психіки дітей, постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій:

Першим етапом є первинна оцінка змін психологічного стану дітей за результатами спостережень батьків, оточуючих дорослих, педіатрів, психологів та педагогів безпосередньо в зоні надзвичайної ситуації та прилеглих навколишніх територій.

На другому етапі оцінка ступеню важкості психотравмуючої ситуації проводиться психологом після виведення дитини з вогнища дії надзвичайної ситуації. Вона включає:

- а) аналіз дій наявних у дитини стрес-факторів з урахуванням обтяжливих та пом'якшуючих стресових чинників;
- б) оцінку результатів впливу психотравмуючої ситуації на психофізичний стан дитини;
- в) виявлення ознак/ симптомів стресового/адаптаційного розладу за МКХ – 10;
- г) оцінку стратегії подолання стресового розладу (копінг- стратегій);
- д) аналіз індивідуальних та групових ресурсів адаптації та реабілітації психологічних наслідків стресу;
- е) персональні рекомендації з психо-соціального супроводу дитини.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

**Омельченко Л.І., Пушкарьова Т.Н., Муквіч О.М., Петренко Л.Б.,
Омельченко О.С.**

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м. Київ

В структурі симптомів адаптаційних розладів (АР) та посттравматичних стресових розладів (ПТСР) визначають клінічну варіативність, нерідко з переважанням соматизованих психопатологічних порушень, а також вегетосоматических дисфункцій. Лікарями загальної практики та педіатрами такі соматизовані варіанти реакції на психотравму у дітей та підлітків сприймаються як переважно соматичні розлади, а супутні психічні порушення - як закономірна реакція особистості на психотравмуючі події, які не потребують самостійної терапії. Як наслідок, хворі не отримують адекватної діагностичної оцінки і відповідного лікування. У зв'язку з цим, нагальну необхідність набувають дослідження, спрямовані на більш чітку клінічну диференціацію соматизованих варіантів реакцій на психотравму, на вивчення їх поширеності, психопатологічної структури та клінічної динаміки, факторів ризику їх виникнення та хронізації, результатів терапії.

Клінічна структура АР та ПТСР включає поєднання афективних (депресивних, тривожних), соматоформних та диссоціативно-конверсійних симптомів, а також елементи травматичного стресу та нейровегетативної дисфункції. Факторами ризику формування соматизованої реакції на психотравму є особистісно-психологічні особливості – алексітімія і афективна дисрегуляція з екстрапунітивною спрямованістю реагування та психопатологічно обтяженою спадковістю.

Згідно нашим спостереженням, мікросоціальні умови раннього розвитку дитини незалежно від клінічного варіанту соматоформних та тривожно-депресивних розладів з високою частотою характеризувалися як несприятливі з вихованням в неповній сім'ї, в умовах гіпо- або гіпер- опіки. Гіперопіка достовірно частіше зустрічалася у сім'ях пацієнтів з дістіміко-конверсійним варіантом соматоформного розладу.

Першою лінією лікування соматоформних розладів, пов'язаних з розладами адаптації та ПТСР є психотерапевтичні інтервенції, проте велика кількість соматичних симптомів або їх важкість (порушення сну, тривалий енурез, значні порушення вегетативної системи у вигляді запаморочення, головного болю, серцебиття) є показаннями для медикаментозної терапії. Можливі різні види втручань – травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФСВТ), управління стресом (SM); підтримуюча терапія, недирективне консультування, психодинамічна терапія, гіпнотерапія, групова когнітивно-поведінкова терапія (групова КПТ); десенсибілізація і опрацювання травми з допомогою руху очей (EMDR), підході тілесно-орієнтованого напрямку психотерапії. В загальному психотерапевтична робота з травмою направлена на відновлення здатності до саморегуляції.

Потребують уточнення принципи психофармако- та психотерапії, соціальної реабілітації пацієнтів, а також критерії прогнозу та заходів превенції даних станів. Необхідне також визначення клініко-психопатологічних і динамічних особливостей патологічних соматизованих реакцій на психотравму, а також індивідуально-особистісних і соціально-психологічних факторів ризику та факторів запобігання їх розвитку для вдосконалення терапії, реабілітації, превенції.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Осичнюк Л.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей являються розповсюдженою патологією, рівень захворюваності сягає майже 15%, за частотою поступають лише респіраторній патології. Тривалий перебіг хвороби може приводити до погіршення якості життя дитини, навіть при неважкому перебігу.

Метою нашої роботи було оцінити якість життя (ЯЖ) дітей, які мають хронічну патологію з боку шлунково-кишкового тракту.

Під нашим спостереженням знаходилось 106 дітей (дівчаток – 59, 55,7%, хлопчиків – 47, 44,3%) віком 6-15 років. На підставі клініко-лабораторно-інструментального дослідження, з урахуванням Протоколів діагностики і лікування захворювань органів травлення у дітей МОЗ України діагноз хронічного гастриту/гастроуденіту (ХГ/ХГД) встановлений у 54 (50,9%) пацієнтів, виразкової хвороби (ВХ) – у 4 (3,9%), гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) – у 5 (4,7%), функціональної диспепсії (ФД) – у 43 (40,5%). Якість життя пацієнтів ми визначали за допомогою опитувальника SF-36 по 8 шкалам, які групуються у два загальні показники «фізичний компонент здоров'я»: фізичне функціонування (PF), рольова діяльність (RP), тілесний біль (BP), загальне здоров'я (GH) і «психологічний компонент здоров'я»: життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційний стан (RE) і психічне здоров'я (MH). Також хворі порівнювали своє здоров'я з тим станом, який був рік тому.

Ми виявили зниження показників за всіма шкалами. Показник PF був найвищим у дітей, хворих на ФД, і дорівнював $83,2 \pm 6,1$, при інших захворюваннях він був значно зниженим: при ВХ – $58,4 \pm 4,3$, при ГЕРХ – $64,9 \pm 5,7$, при ХГ/ХГД – $65,4 \pm 5,4$. Показник RP, який характеризує можливість виконувати повсякденну роботу, у всіх хворих був досить високим і коливався у межах 80-85. Біль є характерною ознакою даної патології і, закономірно, показник BP був значно знижений у всіх дітей: при ВХ – $34,8 \pm 2,2$, при ГЕРХ – $44,5 \pm 3,5$, при ХГ/ХГД – $45,1 \pm 3,9$, при ФД – $47,6 \pm 3,6$. Загальний стан свого здоров'я (GH) хворі оцінили досить високо: при ФД – $65,8 \pm 5,2$, при ХГ/ХГД – $60,6 \pm 5,7$, при ГЕРХ – $54,8 \pm 4,2$, при ВХ – $51,6 \pm 4,1$. Фізичний компонент здоров'я був найнижчим у пацієнтів із ВХ ($56,7 \pm 3,5$), далі – хворі із ГЕРХ ($61,0 \pm 4,4$) та ХГ/ХГД ($63,3 \pm 5,0$) і найкращим, але зниженим, при ФД ($70,4 \pm 4,9$).

VT у всіх дітей був суттєво знижений: при ВХ – $43,7 \pm 3,6$, ГЕРХ – $45,7 \pm 3,4$, ХГ/ХГД – $50,4 \pm 4,9$, ФД – $52,7 \pm 5,1$. Показник SF був високим майже у всіх дітей: при ФД – $75,7 \pm 6,2$, ХГ/ХГД – $73,2 \pm 5,8$, ГЕРХ – $65,9 \pm 5,3$, ВХ – $64,7 \pm 4,6$. Показники RE і MH були наступні: при ВХ – $49,2 \pm 3,0$ і $57,9 \pm 4,7$, ГЕРХ – $50,1 \pm 4,5$ і $54,7 \pm 3,9$, ФД – $55,2 \pm 4,2$ і $51,8 \pm 4,1$, ХГ/ХГД – $60,4 \pm 4,9$ і $58,4 \pm 5,3$. Психологічний компонент здоров'я був приблизно однаковим у всіх хворих: при ГЕРХ – $53,3 \pm 4,2$, ВХ – $53,9 \pm 3,6$, ФД – $58,8 \pm 4,9$, ХГ/ХГД – $60,6 \pm 5,2$. Стан здоров'я в порівнянні з минулим роком – це суб'єктивна оцінка пацієнтом свого здоров'я в динаміці. Майже всі діти (84, 79,2%) відмічають, що відчують себе приблизно так же, як рік тому, покращився стан у 13 (12,3%) пацієнтів, погіршився – у 9 (8,5%).

Таким чином, якість життя дітей, які мають хронічну патологію шлунково-кишкового тракту, знижена, причому в більшому ступені страждає психологічний компонент, ніж фізичний. Це необхідно враховувати при призначенні комплексного лікування, використовувати не лише медикаментозні методи, а й психотерапевтичні.

ВИКОРИСТАННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ

Пархоменко Л.К., Страшок Л.А., Завеля Е.М., Ісакова М.Ю., Єщенко А.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Ожиріння є одним із найпоширеніших у світі хронічних захворювань. Згідно з даними міжнародної групи з ожиріння, близько 10% дітей у віці від 5 до 17 років мають надлишкову вагу тіла або ожиріння. У дітей ожиріння зазвичай дебютує в пубертатному періоді. Відомо, що майже 50% випадків ожиріння у дітей (а для підлітків цей показник збільшується до 80%) з віком не компенсується, а продовжує прогресувати та призводить до розвитку метаболічного синдрому (МС). Усі компоненти МС (абдомінальне ожиріння, порушення толерантності до глюкози, артеріальна гіпертензія і дисліпідемія) є незалежними факторами ризику серцево-судинних захворювань. При цьому, ключова ланка в порушенні ліпідного та вуглеводного обмінів належить печінці, яка, разом з тим, є і одним з головних органів-мішеней МС. Сукупність метаболічних змін у печінці проявляється у вигляді неалкогольної жирової хвороби печінки. На плі МС, стеатоз частіше прогресує до стеатогепатиту та фіброзу печінки.

Мета дослідження. На основі клініко-інструментального та біохімічного обстеження підлітків з ожирінням виявити маркери метаболічного синдрому та визначити вплив застосування есенціальних фосфоліпідів на метаболічні показники.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебував 31 хворий на ожиріння у віці 12-18 років (13 дівчат і 18 хлопців), які знаходились на стаціонарному лікуванні та обстежені у відділенні ендокринології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». Для верифікації патологічних змін у печінці проведено УЗД та біохімічне дослідження крові. Всім пацієнтам призначався препарат Енерлів (Berlin-Chemie, Німеччина) строком на 2 місяці.

Результати та їх обговорення. У всіх підлітків з ожирінням визначалися функціональні порушення біліарного тракту (гіпотонія жовчного міхура та сладж-синдром), симптоми хронічного холециститу. За даними УЗД у 30% хворих з ожирінням мали місце ознаки стеатогепатозу. При ожирінні у підлітків визначалися атерогенні зміни в ліпідному спектрі (підвищення рівня тригліцеридів і ХСЛДНЩ) та інтенсифікація вільнорадикального окислення (з підвищенням рівня кінцевого продукту перекисного окислення ліпідів – МДА). Відомо, що екзогенні есенціальні фосфоліпіди здійснюють позитивний вплив на метаболізм ліпідів і білків, дезінтоксикаційну функцію печінки, відновлення і підтримання клітинної структури гепатоцитів, пригнічують жирове переродження та утворення сполучної тканини в печінці. У обстежених підлітків терапія Енерлівом сприяла покращенню самопочуття, зменшенню астеничних та диспепсичних проявів. Спостерігалось позитивний вплив препарату на ліпідний обмін: достовірно зменшення кількості тригліцеридів крові ($p < 0,05$), зниження коефіцієнту атерогенності ($p < 0,05$) та зменшення інтенсивності оксидативного стресу, що визначалося тенденцією до зниження рівню МДА.

Висновки. У підлітків з ожирінням, коли ще збережені резервні можливості організму, відносно невеликим є стаж захворювання, у певній мірі компенсовані метаболічні порушення, вважаємо за доцільне включення до комплексної терапії препаратів есенціальних фосфоліпідів для корекції проявів метаболічного синдрому та функціонального стану гепатобіліарної системи.

ПЕРСПЕКТИВА РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ПІДЛІТКІВ 16-17 РОКІВ В УМОВАХ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Пацера М.В., Федченко А.В., Іванько О.Г.

ДЗ «Запорізький державний медичний університет МОЗ України», м. Запоріжжя

Проблеми профілактики та лікування первинної артеріальної гіпертензії (АГ) у підлітків займають одне з провідних місць в педіатрії. Пізній пубертатний період, а саме 16-17 років в житті молоді є найскладнішим з позицій психосоціального, фізичного і статевого розвитку, тому що цей етап співпадає з вибором майбутньої професії. Студенти медичного університету, які опановують складну програму, мають додаткові фізичні та психологічні навантаження, що інколи значно впливають на стан здоров'я. Тому під час профілактичних оглядів студентів важливо виявляти підвищений артеріальний тиск, який може бути компонентом синдрому дезадаптації. Насамперед, цільовою групою, на нашу думку, повинні стати особи з гіпертонічною хворобою (ГХ), тобто хронічним захворюванням, основним клінічним проявом якого є підвищення систолічного та/або діастолічного артеріального тиску (АТ). В останній час для вивчення етіології ГХ багато уваги приділяється значенню предикторів розвитку хвороби у підлітків. Саме молекулярно-генетичні дослідження допоможуть виявити експресію та поліморфізм генів ACE, PPARA, PPARB, NFATC4, які, можливо, спочатку викликають гіпертрофічну або ішемічну хворобу серця, ранній атеросклероз каротидних артерій, аритмії, ожиріння, і як наслідок хворі починають страждати на неконтрольовану ГХ. Сьогодні виникає необхідність розробки нових сучасних підходів до системи диспансеризації і реабілітації підлітків з АГ. Проведені нами дослідження показали, що ефективна диспансеризація хворих з АГ може бути здійснена в університеті з використанням значного матеріального, педагогічного і адміністративного потенціалів учбового закладу.

Метою дослідження цієї групи є удосконалення підходів до ранньої діагностики первинної АГ у студентів та впровадження своєчасних індивідуалізованих заходів лікування і реабілітації хворих для попередження розвитку ускладнень АГ у подальшому житті і підвищення його якості. Наукові дослідження мають базуватися, по-перше, на удосконаленні заходів первинного медичного скринінгу і поглибленого медичного дослідження абітурієнтів з використанням анкет щодо якості життя, інструментальних методів дослідження добового моніторингу артеріального тиску, варіабельності серцевого ритму, ознак гіпертрофічної кардіоміопатії, а також вивчення поліморфізму генів сімейства NFATC. По-друге, за допомогою вивчення характеристик клінічних кластерів первинної АГ впродовж тривалого шестирічного навчання студентів у вищому навчальному закладі планується розробити індивідуалізовані схеми лікування осіб з підвищеним артеріальним тиском та їх практичне використання. Важливим є також з'ясування необхідності і безпечності використання фізичних тренувань у молоді з метою фізичної реабілітації АГ у підлітковому віці.

Таким чином, в умовах реформування системи охорони здоров'я України раціональний алгоритм корекції підвищеного тиску у дітей та підлітків є необхідним з метою забезпечення достатнього комплаєнсу у відношенні підтримки необхідної рухової активності, використання способів психогієни разом з прийомом гіпотензивних препаратів. Розвиток запропонованої концепції забезпечить зниження захворюваності ГХ та її ускладнень серед дорослого населення у майбутньому.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

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

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Функціональна патологія органів травлення поширена серед дітей різного віку. Вважають, що в основі функціональних розладів біліарного тракту (ФРБТ) знаходяться різні моторно-тонічні зміни: дискоординація жовчного міхура, жовчних та панкреатичних протоків, системних сфінктерів, порушення діяльності дванадцятипалої кишки. Основними проявами функціональних розладів біліарного тракту у дітей є різного ступеня вираженості прояви диспептичного, больового, астено-вегетативного і холестатичного синдромів. Головними ознаками функціональних розладів жовчовивідної системи у дітей є: 1) абдомінальний біль без певної локалізації, що триває не менше 30 хвилин, посилюється при фізичній активності; 2) зниження апетиту; 3) тошнота і блювота. Згідно Римським критеріям функціональні порушення шлунково-кишкового тракту, розлади біліарної системи є діагнозом виключення. Але стандартизація симптомів ФРБТ в педіатрії є складною задачею, а їх інтерпретація неоднозначна.

Мета дослідження: вивчити особливості проявів функціональних розладів біліарного тракту у дітей різних вікових груп.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 85 дітей віком від 3 до 17 років (49 дівчаток і 36 хлопчиків) з підтвердженим діагнозом ФРБТ, жителів м. Запоріжжя. Обстеження хворих включало: анамнестичні дані з аналізом скарг з оцінкою вираженості симптомів за бальною шкалою (0-відсутність симптому, 1- слабкий ступінь, 2- помірний ступінь, 3-сильний ступінь вираженості); загально клінічне обстеження, лабораторне (клінічний аналіз крові та сечі, копрограма, копроовоскопічний аналіз для виявлення гельмінтозів, визначення активності трансаміназ, загального білірубину та його фракцій, лужної фосфатази); інструментальні дослідження: ультразвукове обстеження органів ГДС, ФЕГДС - за показаннями. Серед обстежених дітей 44 дитини були у віці від 3 до 6 років, 41 хворий – віком від 7 до 17 років.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами аналізу клінічних проявів виявлено, що абдомінальний больовий синдром спостерігався у дітей всіх вікових груп, але з різними клінічними варіантами. Так, у 84,3% дітей дошкільного віку переважали прояви гіпокінетичної форми ФРБТ, з постійним неінтенсивним болем в животі (оцінка 1-2 бали), з локалізацією в мезогастрії, зоні Шофара. Скарги на біль в правому підребер'ї у дітей молодшої групи були відсутні, а позитивні міхурові симптоми виявлялися під час глибокої пальпації. У дітей цієї групи переважали прояви диспептичного синдрому, частіше – зниження апетиту, нудота, схильність до закреплів.

Хворі шкільного віку визначали місце больових відчуттів в правому підребер'ї, аналізуючи ретроспективно в момент збору анамнезу. В кожному другому випадку у дітей при спазмі сфінктера Одді діагностувалось порушення відтоку панкреатичного секрету, але виявлені зміни підшлункової залози тільки у 34,8% дітей оцінювались, як функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді. Частіше виставлявся супутній діагноз – реактивний панкреатит.

Висновки. Терапевтичну корекцію функціональних розладів біліарного тракту у дітей треба проводити з урахуванням як причин, що викликали захворювання, так і вікових особливостей перебігу захворювання.

МЕТОД ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

М.М. Пеший, С.М. Танянська, В.П. Бойко, І.О. Коленко, Г.О. Курілко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Останніми роками спостерігається чітка тенденція до поширеності вегетативної дисфункції (ВД) у дітей та підлітків. Незважаючи на досить широкий спектр препаратів вегетативної дії, існує потреба в нових підходах щодо диференційної терапії даної патології. Нами оцінювались ефективність патогенетичного препарату ноотропкої і цереброваскулярної дії Цефавора в комплексному лікуванні дітей з ВД.

ЦЕФАВОРА - комплексний гомеопатичний препарат у вигляді прозорої рідини коричневого або жовтого кольору. Лікарська форма - краплі оральні. До складу лікарського засобу входять: гінкго білоба, омела біла, глід. 100 г (=98 мл) препарату містять: Ginkgo biloba 1,3г; Viscum album 2,7 г; Crataegus 7,5 г.

Лікувальний ефект цефавори обумовлений ретельно збалансованою комбінацією гомеопатичних розведень екстрактів трьох лікарських рослин: гінкго білоба (Ginkgo biloba), омела біла (Viscum album), глід (Crataegus).

З цієї метою обстежено 47 дітей з ВД віком від 7 до 14 років з різними рівнями артеріального тиску (гіпер- та гіпотонічний тип). Скарги хворих частіше мали церебрастенічний характер. При ЕКГ-дослідженні у 32 дітей спостерігалася синусова аритмія, у 4 - зареєстровано поодинокі екстрасистолі екстра-кардіального характеру, у 25 - підвищення амплітуди зубців Т у лівих грудних відведеннях, у 2 - міграція водія синусового ритму, що свідчило про переважання парасимпатичної нервової системи. При РЕГ-дослідженні судин головного мозку встановлено зміни як в артеріальному, так і в венозному руслі у вигляді вазоспазму, порушення венозного відтікання, асиметрії мозкового кровопритоку.

Під впливом комплексного лікування з включенням цефавори відмічено значне поліпшення загального стану хворих, зникнення кардіальних і церебрастенічних симптомів, нормалізація АТ. Аналіз показників інструментальних методів дослідження у хворих основної групи свідчив про позитивну динаміку параметрів біоелектричної активності міокарда та стану мозкового кровообігу ($p < 0,05$).

Цефавора є ефективним препаратом, який доцільно включати в комплексну терапію дітей та підлітків з вегетативною дисфункцією.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

М.М. Пеший, С.М. Таняньська, В.О. Кацюба, С.М. Ковалевська

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Артеріальна гіпертензія (АГ) досить поширена патологія у дітей та підлітків, яка виникаючи в дитячому віці, швидко призводить до розвитку багатьох ускладнень в подальшому. Зміни рівня артеріального тиску (АТ) є одним із частих проявів вегетативної дисфункції у дітей. Труднощі диференційної діагностики вегетативної дисфункції з підвищеним АТ і АГ можуть бути вирішені за допомогою добового моніторингу АГ (ДМАГ).

Метою даного дослідження була оцінка показників ДМАГ у дітей та підлітків, у яких при вимірюванні АТ за методом Короткова виявлено стійке підвищення АТ.

Під спостереженням знаходились діти віком 12-15 років (12 хлопчиків та 6 дівчаток). У 12 дітей (66,7%) були скарги на головний біль, значну слабкість, зниження працездатності та фізичної активності. Цим дітям проводили ДМАГ за допомогою апарату «Ритм-2000». При цьому оцінювали наступні параметри: середні показники систолічного АТ (САТ), діастолічного АТ (ДАТ) і середнього АТ (сер. АТ) за добу в денний та нічний час, які дають уявлення про рівень АТ. Показники оцінювалися по перцентильним таблицям в залежності від віку, зросту і статі дитини: <5 перцентиль – артеріальна гіпотензія, 90-95 перцентиль – «високий нормальний АТ», >95 перцентиль – високий АТ. Аналіз ступеня нічного зниження АТ проводили по добовому індексу (ДІ), який відображає відношення середньоденних показників до середньонічних. В нормі ДІ складає 10-20% dippers, недостатнє нічне зниження АТ (<10%) - non dippers; надмірне нічне зниження АТ – over peakers (>20%).

Аналіз отриманих результатів свідчить, що у 68,5% дітей середній показник добового АТ (як денного і нічного систолічного та діастолічного) не виходив за межі 90 перцентилів. У 11,6% обстежених за показниками середнього денного САТ і у 8% дітей по середньому ДАТ значення знаходились в межах «нормально високого».

У 10 % дітей по середньому нічному САТ і у 6,2% по середньому ДАТ також знаходились в межах 90-95 перцентилів. Показник АТ вище 95 перцентилів відмічений в денний час по середньому САТ та ДАТ у 4,3% обстежених. Аналіз ДІ свідчив, що у більшості дітей (85%) виявлені нормальні показники САТ і ДАТ, тобто спостерігався фізіологічний тип добового профіля АТ (dippers). Недостатнє зниження нічного САТ (тип non-dippers) відмічений у 9,6% дітей.

Таким чином, проведений нами добовий моніторинг АТ дозволив отримати інформацію про рівень та коливання АТ протягом доби і виявити у 75,5% дітей вегетативну дисфункцію, а у 24,5% – артеріальну гіпертензію та призначити своєчасне адекватне лікування обстежених дітей.

ВРОДЖЕНИЙ ГЕРПЕТИЧНИЙ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТ, УСКЛАДНЕНИЙ ДВОБІЧНИМ АБСЦЕСОМ МОЗКУ: КАТАМНЕСТИЧНЕ СПОТЕРЕЖЕННЯ ВПРОДОВЖ ДВОХ РОКІВ

Пилип'юк А.М., Ходан В.В., Марчук Л.І., Шлімкевич І.В., Волошинович В.М., Костирко Н.І., Тимощук О.В.

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

Загальна частота інфікованості новонароджених вірусом простого герпесу (ВПГ) становить від 1 на 3 000 до 1 на 20 000 новонароджених щорічно (Д. Клоерті, 2012). При лікуванні смертність сягає 15%. Приблизно у двох третин дітей, які виживають, розвиваються порушення неврологічного розвитку.

Метою роботи був аналіз лікувально-діагностичного алгоритму при вродженій нейроінфекції у новонародженого і катамнестичне спостереження за дитиною.

Матеріал і методи дослідження: Проведений аналіз первинної документації (медична карта стаціонарного хворого, історія розвитку дитини).

Під спостереженням в неонатальному центрі ОДКЛ м. Івано-Франківська знаходився хлопчик, народжений при терміні гестації 37 тижнів з ознаками асиметричного варіанту синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку. Вагітність III-я, перебігала на тлі ГРЗ за місяць до пологів, гострого пієлонефриту за 5 днів до пологів, мама отримувала антибіотикотерапію. З народження стан дитини важкий, зумовлений неврологічними, дихальними розладами, інфекційним токсикозом. Шість днів хлопчик знаходився на апаратній ШВЛ. На 2-ій добі життя за даними НСГ і МРТ головного мозку виявлені об'ємні утвори в обох лобно-тім'яних ділянках головного мозку (справа розміром 49x29x34 мм, зліва – 22x14x18 мм). При обстеженні на TORCH-патогени в крові і в лікворі дитини виявлена позитивна ПЛР до вірусу простого герпесу. За клініко-параклінічними даними діагностований вроджений герпетичний менінгоенцефаліт, ускладнений двобічними абсцесами мозку. В плані лікування проведені пункція і дренування абсцесу справа, виділений гнійний вміст. Хлопчик отримав антибіотикотерапію (меронем), противірусне (ацикловір) та імунозамісне лікування (стандартний доведений імуноглобулін), заходи нейрореабілітації. В процесі лікуванні при проведенні контрольної МРТ головного мозку відмічене значне зменшення об'ємних утворів в обох гемісферах. Хлопчик одужав, виписаний зі стаціонару через місяць. Знаходиться під спостереженням впродовж двох років життя. В першому півріччі відмічені затримка фізичного та психомоторного розвитку. Грубого неврологічного дефіциту, порушень пізнавальних функцій немає. На другому році життя наявні ознаки синдрому гіперактивності. Таким чином, своєчасна діагностика вродженої герпетичної інфекції дозволяє вчасно провести специфічне противірусне лікування і попередити смерть новонародженого або важку інвалідність.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВИХОВАНЦІВ ШКОЛИ-ІНТЕРНАТУ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Піпа Л.В., Лисиця Ю. М., Філик А.В.

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

Емоції, як складові, що супроводжують всі психічні процеси, є універсальним індикатором змін внутрішнього світу дитини. Будь-яка депривація порушує внутрішню гармонію особистості, необхідну для соціалізації, перешкоджає успішному входженню дитини в соціум і провокує додатковий поштовх до відчуття нестабільності, незахищеності перед складностями оточуючого світу, афективно насичено неадекватними уявленнями про вплив захворювань на життя і майбутнє.

Переживання емоційного дискомфорту, розходження між рівнем самооцінки і реаліями формують тривожність, як емоційний стан або стійку рису особистості, що особливо актуально в умовах сімейної депривації.

Метою роботи було дослідити психоемоційний стан вихованців Вовковинецької школи-інтернату шляхом дослідження їх тривожності за допомогою тесту Спілбергера.

Опитувальник Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала "Як ви себе почуваєте в даний момент?") та 21-40 - для визначення особистісної тривожності (шкала "Як Ви себе почуваєте звичайно?"). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності.

При дослідженні ситуативної та реактивної тривожності тестом Спілбергера, в інтерпретації показників використовувалась орієнтовна оцінка: до 30 балів – тривожність низька, 31 – 44 бали - помірна; 45 і більше балів - висока. В табл. 1 відображено рівні тривожності у дітей – вихованців школи-інтернату.

Таблиця 1

Рівні реактивної та особистісної тривожності підлітків школи-інтернат.

Реактивна тривожність		Особистісна тривожність	
Середнє значення	50,2	Середнє значення	48,6
Стандартне відхилення	4,09	Стандартне відхилення	6,7
Мінімум	41	Мінімум	34
Максимум	59	Максимум	58
Рівень значимості	0,05	Рівень значимості	0,05

Дані таблиці свідчать, що у дітей спостерігались високі рівні як реактивної, так і особистісної тривожності.

Висновки: Дослідження груп підлітків з сімейною депривацією, які навчаються в школі-інтернат, виявило у них виражену ситуативну та реактивну тривожність. Діти з сімейною депривацією потребують психологічної корекції, а при неефективності – фармакологічної терапії.

ПОКАЗНИКИ ПСИХІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ПРОЦЕСІВ ВИСНАЖЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ З СІМЕЙНОЮ ДЕПРИВАЦІЄЮ

Пілюйко Н.В., Мургіна М.М., Лисиця Ю.М., Заморока В.М.

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

Прояви тривожності виявляються в неадекватностях поведінки, часто з афективними спалахами, деструктивною поведінкою та різноманітними вегетативними порушеннями. Поширеність феноменів тривожності в дитячій популяції, її негативна роль в розвитку є темою чисельних робіт психологів, клінічних психологів, педагогів, лікарів. Інтерес до даної проблеми з боку представників різних областей практики обумовлений впливом тривоги на багато аспектів розвитку дитини: фізичне і психічне здоров'я, розвиток емоційної сфери і спілкування, учбову діяльність.

Мета: дослідити за методикою Шульте показники ефективності роботи, ступінь впрацьованості та психічної стійкості вихованців Вовковинецької школи-інтернату та процесів виснажливості нервової системи.

За методикою «Таблиці Шульте» визначали особливості стійкості уваги, динаміки працездатності, ефективності роботи, ступіню впрацьованості, тобто відслідковували особливості процесів виснажливості нервової системи. Дітям по черзі пропонується п'ять таблиць, на яких в довільному порядку розташовано числа від 1 до 25. Досліджуваний відшукує, показує і називає числа в порядку їх зростання. Проба повторюється з п'ятьма різними таблицями. Основний показник - час виконання і кількість помилок окремо по кожній таблиці. За допомогою цього тесту можна обчислити ще і такі показники, як: ефективність роботи (ЕР), ступінь впрацьованості (СВ) та психічна стійкість (ПС) (витривалість).

В табл. 1 і 2 відображено показники ефективності роботи, ступінь впрацьованості, психічної стійкості та ефективності роботи.

Таблиця 1

Показники ефективності, впрацьованості та психічної стійкості у дітей

Активність півкуль	ЕР	СВ	ПС	Кількість помилок
Право/ліва	46	0,906	1,04	14
Ліва	58	0,94	0,96	16
Права	62	0,94	1,03	16

Таблиця 2

Ефективність роботи (за методикою таблиці Шульте) у дітей

Ефективність роботи	Середнє	58,3
	Стандартна помилка (середнього)	4,65
	Мінімум	38
	Максимум	116,4
	Рівень значущості	0,05
Ер (ЛП)	Середнє	60,68
	Стандартна помилка (середнього)	5,01
	Мінімум	38,4
	Максимум	130,2
Ер (ПП)	Середнє	62,6
	Стандартна помилка (середнього)	5,50
	Мінімум	40,8
	Максимум	141,8
	Рівень значущості	0,05

За середніми показниками у дітей спостерігались порушення концентрації уваги, зменшення ефективності роботи, зміни в психічній стійкості, ступеню впрацьованості, мала місце півкульова асиметрія при незначній перевазі роботи лівої півкулі.

Висновки. Дослідження груп підлітків з сімейною депривацією, які навчаються в школі-інтернат, виявило у них виражену тривожність, виснажливість психічних процесів. Дані відхилення можуть стати в подальшому причиною психосоматичних розладів, тому діти потребують вчасної психокорекції.

МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФОРІЄНТАЦІЇ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

Пономарьова Л.І.^{1,2}, Даниленко Г.М.¹, Швець А.М.²

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

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

Наявність у людини високих професійних якостей, багатосторонніх трудових навичок і умінь збільшує її можливості на ринку праці, робить конкурентоспроможною і адаптивною до динамічних умов ринкового середовища. Однак, при виборі майбутньої професії учні, як правило, не враховують своїх можливостей, зокрема, відповідності рівня фізичного розвитку, стану здоров'я, індивідуальних психофізіологічних і особливостей особистості вимогам обраної діяльності.

Необґрунтований вибір майбутньої професії учнями призводять до труднощів освоєння професії, утруднення професійної адаптації, зниженню продуктивної діяльності за обраним фахом, невдоволенню отриманими результатами діяльності, погіршенню стану здоров'я підлітків ще на етапі освоєння обраної професії, розчаруванню в зробленому виборі, у власних можливостях і в житті взагалі та ін.

Саме тому добре організована та змістовна система професійної орієнтації молоді є одним з найважливіших і соціально значущих напрямів профілактики загальної і професійної захворюваності населення.

За даними комплексних медичних оглядів встановлено високу розповсюдженість захворювань серед учнів професійно-технічних навчальних закладів (ПТНЗ). Загальна патологічна ураженість в цілому у досліджуваних складала 2103,7%. Найбільш поширеними серед учнів ПТНЗ були захворювання нервової системи (448,2%), патологія ока та придаткового апарату (391,3%), ендокринопатії (344,5%), хвороби системи кровообігу (294,3%), хвороби органів дихання (257,5%). Причому здоров'я дівчат відрізнялося більш негативними характеристиками, ніж хлопців. При аналізі фізичного розвитку учнів ПТНЗ встановлено, що половина обстежуваних підлітків (56,1%) мали гармонійний розвиток. Дисгармонійність розвитку учнів відбувалась, в основному, за рахунок відхилень маси тіла. Ожиріння виявлено у 12,8% підлітків, надлишок маси тіла – у 12,0%, дефіцит маси тіла – у 9,6%.

За даними анкетування визначена самооцінка власного стану здоров'я учнями. Аналіз відповідей учнівської молоді показав, що тільки 16,8% респондентів вважали стан свого здоров'я «відмінним», 37,7% – «добрим», 39,5% – «нормальним», 5,8% – «поганим» і 0,3% – «дуже поганим». В процесі анкетування встановлено, що тільки половина (51,1%) респондентів була повністю обізнана щодо власних медичних показань і протипоказань при виборі професійної діяльності. На запитання «Чи проходили Ви консультування з професійної орієнтації у спеціаліста?», лише 19,4% учнівської молоді відповіли позитивно. Стосовно спеціальностей фахівців, які надавали консультацію підліткам, з'ясовано: 36,6% учням консультування надає «фахівцем з профорієнтації», 32,5% - психологом, 20,3% - вчителем, 10,9% - медичними фахівцями (лікар або медична сестра) та ін.

Отже, встановлено низький рівень стану здоров'я учнівської молоді за даними медичних оглядів та самооцінки, низьку поінформованість щодо власних медичних показань і протипоказань при виборі професії та недостатність організації консультування підлітків з професійної орієнтації у спеціалістів. Для запобігання помилок у виборі професії необхідна психологічно і педагогічно доцільна, систематична робота з профорієнтації учнівської молоді як в школі, так і вдома з обов'язковим медичним супроводом і широким залученням медичних працівників.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШКОЛЯРІВ, НАРОДЖЕНИХ ДО СТРОКУ

Попов С.В., Бокова С.І.

Сумський державний університет, м. Суми

Рівень передчасного народження в Україні, як і в усьому світі, поступово зростає і становить за різними даними від 5 до 12%. Більшу частину недоношених новонароджених, близько 70-80%, складають немовлята, народжені до строку в термін від 34 до 36 тижнів вагітності, так звані "late – preterm". В США їх кількість за останні 15 років зросла на 25%. Зазвичай, за відсутності патології та потреби у медичній допомозі, ці малюки підлягають фізіологічному догляду.

Як відомо, передчасне народження впливає на подальше зростання та розвиток дитини і вносить свої корективи у функціонування цілісного організму. Процес адаптації до змін навколишнього середовища протікає на тлі функціональної незрілості органів та систем дитини, що може сприяти розвитку патологічних наслідків, діагностувати які можливо не тільки в ранньому періоді, але й у більш віддалений термін. Найбільш дослідженими проблемами у цій площині є зміни з боку центральної нервової та серцево-судинної систем. Діти, що народились у "late – preterm" терміні, частіше страждають на дитячий церебральний параліч, сліпоту, глухоту, порушення ментального розвитку та мають вроджені вади розвитку серцево-судинної системи і/або малі аномалії розвитку серця. Зважаючи на дані вітчизняних авторів, що свідчать про погіршення показників стану здоров'я школярів в Україні протягом останніх років є актуальним дослідження клінічних та анамнестичних особливостей стану здоров'я дітей шкільного віку, що народилися до строку.

Нами вивчено клінічні та анамнестичні дані 93 школярів 10-12 річного віку, які народилися в терміні гестації 34-36 тижнів. Контрольну групу склали 42 їх однолітки народжені в строк. Всі діти перебували на фізіологічному догляді і не мали ускладнень в неонатальному періоді.

Основну групу було розподілено на 2 підгрупи. За критерій взято показники при народженні, оцінені за шкалою Балларда, яка використовується для визначення відповідності параметрів фізичного розвитку недоношеного новонародженого до гестаційного віку. До групи 1a увійшло 58 школярів, до групи 1b - 35. Всі показники відповідали гестаційному віку. Єдиною відмінністю між групами було значення по перцентилі маси, середні значення якої в групі 1a перебували на рівні 50, в групі 1b - 25. Статистичний аналіз проводився із визначенням середнього значення та його похибки, розрахунку достовірності відмінностей з використанням коефіцієнта (z) з поправкою Йейтса.

Отримані результати дослідження вказали як на спільні характеристики в групах, так і на деякі відмінності між ними. Так, антропометричні дані у всіх школярів були приблизно однакові і знаходились в межах вікових норм, як і статевий розвиток. Показники маси тіла також суттєво не відрізнялись, але мали тенденцію до зниження у дітей, що народилися до строку. Переважна більшість дітей мала нормостенічний тип конституції. Дані ЕКГ вказали на схильність школярів 1 групи до синусової тахікардії. Всі діти були щеплені за діючим календарем профілактичних щеплень. Встановлено, що показник частоти випадків захворюваності на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) більше 5 разів на рік вищий в основній групі і становить $37,93 \pm 6,37\%$ та $54,29 \pm 8,42\%$ відповідно до груп 1a і 1b. В контрольній групі - $28,57 \pm 6,97\%$. Бронхіти та пневмонії також частіше зустрічалися в анамнезі народжених до строку: в групі 1a - $62,07 \pm 6,37\%$ і $15,52 \pm 4,75\%$, в групі 1b - $80,00 \pm 6,76\%$ та $17,14 \pm 6,37\%$ випадків відповідно. У дітей контрольної групи вони виявлялися в $47,62 \pm 7,71\%$ і $14,29 \pm 5,40\%$ випадків. Це може вказувати на недосконалість імунної системи у школярів, що народилися до строку. Характеризуючи загальну активність, слід зауважити, що діти основної групи більше часу проводять за комп'ютером та телевізором і менше приділяють увагу фізичному розвитку, заняттям у спортивних секціях чи інших гуртках на відміну від своїх однолітків.

Таким чином, діти, що народилися у терміні 34-36 тижнів гестації частіше хворіють на ГРЗ, більш схильні до розвитку бронхітів, пневмоній та гіподинамії на відміну від своїх однолітків, що народилися вчасно. Враховуючи дані авторів стосовно погіршення стану здоров'я школярів в Україні та отримані в ході дослідження результати необхідно подальше більш ґрунтовне вивчення цього питання.

НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ОБМІН ЖИРНИХ КИСЛОТ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

¹ Починок Т.В., ² Павленко О.В., ² Веселова Т.В., ² Мельничук В.В., ² Чернишова О.В.

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

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

Дослідженнями Починок Т.В. та співавт., 2012 доведено, що у дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ) віком 7 – 12 років виявляється зниження концентрації ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) в сироватці венозної крові у порівнянні з дітьми без НДСТ та підвищення концентрації ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності (ЛПНЩ, ЛПДНЩ) на тлі відсутності різниці показників загального холестерину і тригліцеридів (ТГ), що свідчать про порушення ліпідного обміну у дітей з НДСТ. Проте поглиблених досліджень стосовно порушень обміну ліпідів у дітей з НДСТ у віковому аспекті не проводилося.

Мета роботи – дослідити склад жирних кислот (ЖК) у сироватці крові дітей з НДСТ підліткового віку. Було обстежено 63 дитини віком 11-18 років, серед яких 33 дитини з НДСТ - основна група (13 дівчаток та 20 хлопчиків), 30 дітей (15 дівчаток та 20 хлопчиків) без НДСТ – контрольна. Використовували клініко-інструментальні, біохімічні та статистичні методи дослідження. У дітей з НДСТ виявлено вірогідне зменшення Σ нас ЖК у порівнянні з дітьми без НДСТ ($42,5 \pm 1,0\%$ та $50,7 \pm 0,7\%$ та $57,0 \pm 1,3\%$ відповідно, $p < 0,05$). Зниження Σ нас ЖК у дітей з НДСТ відбувалося за рахунок зниження пальмітинової (ПЖК) та стеаринової ЖК, $p < 0,05$. Разом з тим, у дітей з НДСТ та у дітей без НДСТ спостерігалось вірогідне підвищення суми ненасичених жирних кислот ($p < 0,05$), причому у дітей з НДСТ у сироватці венозної крові сума ненасичених ЖК була підвищена більше ніж у дітей без НДСТ ($56,5 \pm 1,4\%$ та $49,3 \pm 0,4\%$ відповідно, $p < 0,05$). Значне підвищення у сироватці венозної крові дітей з НДСТ спостерігалось сумарної кількості ПНЖК порівнюючи ці показники з дітьми без диспластичних змін ($p < 0,05$). Збільшення кількості ПНЖК відбувалося за рахунок достовірного зростання концентрації у сироватці венозної крові дітей з НДСТ та без диспластичних змін лінолевої ($27,7 \pm 1,4\%$ та $21,9 \pm 0,3\%$ відповідно проти контрольних показників $16,0,0 \pm 1,0\%$, $p < 0,05$) та арахідонової ($18,2 \pm 1,3\%$ та $13,4 \pm 0,6\%$ відповідно проти контрольних показників $2,8 \pm 0,3\%$, $p < 0,05$) ЖК.

Таким чином, у дітей з НДСТ пубертатного віку виявляються зміни жирнокислотного складу сироватки венозної крові у вигляді зниження концентрації насичених ЖК (пальмітинової - ПЖК та стеаринової - СЖК) та підвищення рівня ПНЖК (лінолевої та арахідонової). Враховуючи зниження ПЖК у дітей з НДСТ можна припустити, що у них спостерігається, з одного боку, порушення ферментативних систем, що приймають участь у ліполізі ТГ, а, з другого, – недостатнє надходження ПЖК з їжею в наслідок незбалансованого харчування по основним інгредієнтам з недостатнім надходженням жирів, зокрема, ЖК. Синтез в організмі людини СЖК відбувається шляхом елонгації пальмітинової кислоти, тому зниження концентрації ПЖК сприяє відповідно зниженню рівня СЖК, що і спостерігалось у досліджуваній групі дітей з НДСТ. Збільшення концентрації ПНЖК в організмі дітей з НДСТ на тлі підвищення концентрації ЛПНЩ, ЛПДНЩ та зниження ЛПВЩ може бути компенсаторною реакцією організму дитини на активацію процесів пероксидації ліпідів. Тим більше, що у судинну стінку інфільтруються ліпопротеїди, які підлягають перекисному окисленню, тим самим сприяють розвитку атеросклеротичного процесу у судинах організму.

КАЛЬЦІЙ – ФОСФОРНИЙ ОБМІН У ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

¹ Починок Т.В., ² Павленко О.В., ² Мельничук В.В., ² Мельничук В.А.

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

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

В останнє десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення захворюваності на недиференційовану дисплазію сполучної тканини (НДСТ) у дітей. При цих станах у патологічний процес перш за все втягується кісткова система, що призводить до порушень росту, різноманітних деформацій скелету, формуванню карієсу зубів та порушень функції органів та систем організму. В літературі відсутні відомості про стан кальцій-фосфорного обміну у дітей з НДСТ.

Тому метою дослідження було вивчити стан фосфорно - кальцієвого обміну у пацієнтів з НДСТ та розробити методи корекції визначених порушень.

Обстежено 61 дитина віком від 14 до 18 років, серед яких 31 - з НДСТ – основна група, 30 - без НДСТ – контрольна. У дітей з НДСТ вміст загального кальцію ($2,1 \pm 0,02$ ммоль/л) та неорганічного фосфору ($1,44 \pm 0,03$ ммоль/л) був зниженим у порівнянні з контролем (Ca - $2,59 \pm 0,02$ ммоль/л; Pn - $1,62 \pm 0,01$ ммоль/л) ($P < 0,05$). У дітей з НДСТ відмічалось підвищення активності лужної фосфатази у порівнянні з показниками у дітей без НДСТ ($142,4 \pm 4,34$ ОД проти $135 \pm 0,03$ ОД відповідно, ($P < 0,05$)). Маркерами порушеного метаболізму СТ є підвищення виділення з сечею оксипроліну (ОП) та глікозаміногліканів (ГАГ), які визначають у добовій порції сечі. У пацієнтів з НДСТ виявлено підвищену, порівняно з пацієнтами без НДСТ, екскрецію ОП та ГАГ із сечею. Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити наявність вірогідного зворотного зв'язку між рівнем екскреції ОП у добовій порції сечі пацієнтів з НДСТ з одного боку та рівнем загального кальцію ($r = -0,669$) та неорганічного фосфору ($r = -0,679$) у венозній крові, з іншого. Це дозволяє, в певній мірі, говорити про причинний взаємозв'язок між порушеннями кальцій – фосфорного обміну та рівнем екскреції ОП у пацієнтів з НДСТ. Тобто, можна припустити, що порушений метаболізм СТ сприяє зниженню концентрації загального кальцію та неорганічного фосфору в сироватці венозної крові та є підставою для розвитку карієсу зубів та остеопорозу у дітей з НДСТ і свідчить про доцільність з профілактичною та лікувальною метою цієї категорії дітей застосовувати препарати, які, з одного боку покращують кальцій - фосфорний метаболізм, а, з другого покращують метаболізм сполучної тканини.

Виходячи з вищевикладеного, з метою корекції порушення кальцій – фосфорного обміну у дітей з НДСТ застосовували Кальцемін R (комплексний препарат кальцію, вітаміну D₃ та мінералів – цинк, марганець, мідь, бор) по 1 табл. 2 рази на добу продовж 1 місяця, з повторенням курсів 2-3 рази на рік. Через 2 тижні після місячного курсу лікування вміст загального кальцію ($2,56 \pm 0,02$ ммоль/л), неорганічного фосфору ($1,59 \pm 0,03$ ммоль/л) та активність лужної фосфатази ($145 \pm 4,1$ од/л) у сироватці венозної крові практично не відрізнялися від контрольних показників здорових дітей цього віку. Терапію проводили на фоні раціонального режиму доби та харчування, лікувальної фізкультури, курсу загального масажу тіла №10.

Таким чином, застосування реабілітаційного комплексу сприяло покращанню стану здоров'я, зменшенню проявів хронічної неспецифічної інтоксикації, нормалізації гомеостазу кальцію та фосфору.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ШЛУНКУ ТА КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ

Пошехонова Ю.В., Махмутов Р.Ф.

Національний медичний університет імені М. Горького, м. Донецьк

Актуальність. Усі органи травної системи взаємопов'язані як в анатомічному, так і у функціональному відношеннях, тому, захворювання різних відділів шлунково-кишкового тракту часто поєднуються між собою. Тим часом, особливості клініки та діагностики поєднаної функціональної патології шлунка і кишечника у дітей вивчені недостатньо.

Мета. Вивчити клініко-лабораторно-інструментальні особливості функціональної диспепсії, що поєднується з синдромом подразненого кишечника, у дітей різного віку.

Матеріали та методи. Обстежено 83 дитини з функціональною диспепсією у віці від 5 до 15 років, у тому числі 52 дитини з ізольованою функціональною диспепсією, 31 дитина з функціональною диспепсією і синдромом подразненого кишечника. Діагностика функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника проводилася відповідно до Римських критеріїв II і III, що адаптовані до дитячого віку. Контрольну групу склали 30 здорових дітей - однолітків. Усім дітям проведено фіброезофагогастроуденоскопія з уреазним тестом, рН-метрія, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, ректороманоскопія і колоноскопія, дослідження рівнів серотоніну і гістаміну в крові за методом Л.Я. Прошиної (1981 р).

Результати. Наявність синдрому подразненого кишечника мало впливало на частоту ендоскопічних змін слизової оболонки шлунка: при ізольованій функціональній диспепсії майже в 2 рази частіше, ніж у дітей з функціональною диспепсією і синдромом подразненого кишечника спостерігалася нормальна слизова (відповідно, 31,5% і 16,1%, $p \leq 0,05$). «Плямиста» гіперемія слизової шлунка була майже у кожної третьої дитини з функціональною диспепсією і синдромом подразненого кишечника (38,7%, $p \leq 0,05$). *Helicobacter pylori* виявлявся з однаковою частотою при ізольованій функціональній диспепсії (42,0%) і функціональною диспепсією з синдромом подразненого кишечника (36,1%). Поєднання функціональних розладів шлунку і кишечника достовірно не впливало на частоту виявлення осередкової гіперемії слизової шлунка, ступінь секреторних порушень шлунка і забрудненість слизової *Helicobacter pylori*. Зміни рівнів гістаміну і серотоніну при функціональній диспепсії і функціональній диспепсії з синдромом подразненого кишечника відрізнялися. Якщо при функціональній диспепсії було виявлено достовірне їх підвищення у крові (відповідно $0,08 \pm 0,01$, $0,107 \pm 0,01$ мкл/мл, при показниках в контрольній групі відповідно $0,072 \pm 0,01$ та $0,066 \pm 0,01$ мкл/мл, $p \leq 0,02$), то у хворих з функціональною диспепсією з синдромом подразненого кишечника, констатувалося зниження гістаміну ($0,053 \pm 0,01$ мкл/мл, $p \leq 0,1$), при підвищенні серотоніну ($0,086 \pm 0,01$ мкл/мл, $p \leq 0,1$), що може свідчити про значенні гіпергістамінемії у патогенезі з ізольованою функціональною диспепсією.

Висновки. Таким чином, секреторні і моторні порушення у дітей з функціональною диспепсією і функціональною диспепсією з синдромом подразненого кишечника обумовлені у першому випадку гіпергістамінемією та гіперсеротонінемією, а в другому – гіпогістамінемією на тлі гіперсеротонінемії.

ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ, ВИКЛИКАНОГО ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Прохорова М.П.

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

Питання ведення пацієнтів з atopічним дерматитом регламентовані в Україні відповідною клінічною настановою, яка ґрунтується на даних світової доказової медицини, в тому числі PRACTALL Consensus report (2006), Management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years (NICE 2007), Guidelines on the management of atopic eczema, British Association of dermatologists (2006) тощо. Безперечно, найефективнішою є етіотропна терапія, спрямована на усунення контакту з факторами, які спричиняють загострення захворювання. Атопічний дерматит лише у 30 - 40% дітей пов'язаний тільки з харчовою алергією. Дедалі частіше звучать підтвердження зростання ролі герпетичної інфекції у виникненні цієї патології.

Під нашим спостереженням було 32 дитини з дерматореспіраторним синдромом (ДРС), 35 обстежених з atopічним дерматитом (АД), у віці від 3 до 14 років. Контрольну групу склали 30 здорових дітей того ж віку. Загальноклінічні методи дослідження включали анамнез хвороби, алергологічний анамнез, дані клінічного огляду, рівень антитіл імуноглобулінів класу G, M до вірусу простого герпесу (HS1/2) та визначення показників клітинної та гуморальної ланки імунітету CD3+, CD4+, CD8+, CD4+/CD8+, CD16+, CD22+, Ig G, IgA, IgM методом непрямой імунофлюоресцентної реакції з моноклональними антитілами виробництва ЗАТ «Сорбент-сервіс» (м. Москва). При обстеженні хворих з АД і ДРС до лікування було виявлено вірогідне зниження показників клітинної ланки порівняно з контролем ($p < 0,001$). Проліферативна активність Т-лімфоцитів та фагоцитарна активність нейтрофілів в обох групах була знижена у 86,4% та 95,7% ($p < 0,01$), що вказує на напруження неспецифічного протиінфекційного захисту та достовірне підвищення в обох групах рівня антитіл IgG, IgM до HS1/2. Концентрація сироваткових імуноглобулінів IgG в обох групах була нижча за дані контрольної групи у 87,4%, IgM у 91% хворих, IgA 92,3%, що свідчить про зниження гуморального імунітету. Кишковий дисбіоз спостерігався у більшості дітей з АД 91,3% порівняно з обстеженими ДРС 86,4% випадків відповідно. Усі обстежені діти на фоні базисної терапії, яка включала дієтотерапію, ферменти (креон), гепатопротектори (галстена, холівер, хофітол), зовнішню терапію (герпевір мазь), отримували пробіотик „Ацидолак юніор» по 1 табл. 2 рази на добу на протязі місяця, Ацикловір 200 мг 1 табл. 3 рази на добу на протязі 2 тижнів, Флавозид по схемі на протязі 1 місяця. Після проведеного лікування спостерігалась позитивна динаміка клінічних проявів на шкірі (зникнення пухирцевих висипань, зуду). До лікування ураження шкіри по шкалі SCORAD оцінювалось у 3 бала у 28,5% хворих з АД і 26,9% з ДРС, в 2 бала – у 58,5% обстежених з АД та 52,4% з ДРС, в 1 бал – у 13% дітей з АД і 20,7% з ДРС. Після курсу лікування шкіряний симптом в 0 балів було виявлено у 78,6% дітей з АД та 82,4% з ДРС, 1 бал – у 21,4% хворих з АД і 17,6% з ДРС. При порівнянні результатів імунологічних досліджень сироватки крові до і після лікування була виявлена позитивна динаміка впливу комплексного лікування на показники клітинної і гуморальної ланки імунітету та рівень антитіл IgG, IgM до HS1/2. Після застосування мультипробіотика „Ацидолак” у всіх дітей були виявлені біфідумбактерії і лактобактерії, що виражалось у кількісному зростанні показників контамінації кишечника цими видами нормальної мікрофлори – біфідумбактерії -Ig 11,2 КУО/г, лактобацили - Ig 9,1 КУО/г.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ І ВЕГЕТАТИВНА РЕАКТИВНІСТЬ СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ОБСЯГУ ЇХ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ

Рак Л.І., Кашіна-Ярмак В.Л., Бессонова І.М., Костенко Т.О.

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

В останні роки значна увага приділяється розширенню охоплення підростаючого покоління спортивно-оздоровчими заходами, залученню дітей до занять спортом. Враховуючи несприятливі тенденції в стані здоров'я підлітків, слід очікувати, що до спортивних секцій будуть потрапляти не тільки здорові діти, але й ті, що страждають на різноманітну соматичну патологію або мають так звані «граничні стани». У зв'язку з цим метою дослідження стало вивчення особливостей адаптаційних реакцій у дітей з незапальною патологією серцево-судинної системи, які мають різні рівні фізичної активності.

Обстежено 50 підлітків 11-17 років, які знаходилися в клініці інституту з приводу вторинних кардіоміопатій, відхилень артеріального тиску або проходили плановий огляд як ті, що займаються в спортивних секціях. Проведено загальноклінічне, електрокардіографічне, доплер-ехокардіоскопічне обстеження, проби з дозованим фізичним навантаженням. Пацієнти були розділені на дві групи: першу склали юнаки, рівень фізичних навантажень яких обмежувався лише заняттями фізичного виховання в школі (38,6%), у другу ввійшли підлітки, які відвідували спортивні секції (61,4%). Середній вік пацієнтів, незалежно від групи, складав $15,1 \pm 0,3$ років, індекс маси тіла – $20,3 \pm 0,5$ кг/м². Майже всі обстежені мали пролабування мітрального клапана 1 ступеня ($92,0 \pm 9,1\%$ та $76,9 \pm 12,2\%$ відповідно по групах) та аберантні хорди в лівому шлуночку (ЛШ), в поодиноких випадках виявлено пролапс трикуспідального клапана, розширення кореня аорти. Ознак ремоделювання серця не виявлено, за винятком одного спортсмена, у якого зафіксовано збільшення розміру ЛШ. Фракція викиду ЛШ складала $63,6 \pm 0,5\%$ і адекватно збільшувалась у всіх підлітків у середньому на $16,9 \pm 1,5\%$ після фізичного навантаження.

Оцінюючи дані проби Руф'є, слід зазначити, що результати вище задовільного відмічалися лише у чверті підлітків як першої, так і другої груп. При цьому зареєстровано лише один випадок відмінної реакції у юнака, який більше десяти років займається футболом. Значення, що відповідають задовільному рівню, реєструвалися у 37,5% пацієнтів першої групи та у половини (51,9%) – другої групи. Лише в підлітків першої групи виявлено випадки незадовільної реактивності (12,5%).

За результатами кліно-ортостатичної проби (КОП) встановлено, що нормальна реакція відзначалася у половини пацієнтів обох груп (50,0% і 54,2% відповідно). Серед патологічних варіантів КОП найчастіше зустрічалось недостатнє включення симпатико-адреналової системи: асимпатикотонічний варіант зареєстровано у чверті підлітків першої та 37,5% другої груп. Частота гіпердіастолічного варіанту, як найбільш дезадаптивного, була вірогідно вищою серед пацієнтів першої групи (25,0% проти 4,1%, $p < 0,05$). Гіперсимпатикотонічна відповідь на КОП визначалася лише в одного спортсмена-футболіста. Достатньо висока частота асимпатикотонічного варіанту КОП у дітей-спортсменів може свідчити про деяке виснаження резервів адаптації. Визначення толерантності до фізичних навантажень потрібно розглядати як початковий обов'язковий етап при проведенні медичного спостереження лікарем-педіатром або спортивним лікарем.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Редько І.І., Чакмазова О.М.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя

Актуальність проблеми респіраторних захворювань вірусної етіології визначається їх розповсюдженістю, некерованістю, високою контагіозністю, алергізацією та розвитком ускладнень. В Україні грипом та іншими респіраторними вірусними інфекціями (РВІ) щорічно хворіють від 10 до 25% населення. Найбільш високі показники у дітей раннього віку, а у школярів доля РВІ складає 60-80% від втрат робочого часу. Накопичено дані про потенційну безпеку вірусів грипу, аденовірусів, РС-вірусів та ентеровірусів щодо розвитку ускладнень у вигляді уражень дихальної, серцево-судинної систем, ЦНС та шлунково-кишкового тракту, що призводить до підвищення смертності, особливо в групі ризику, як у дітей, так і у дорослих. Розширення можливостей в лікуванні та профілактиці РВІ із застосуванням противірусних препаратів, імуномодуляторів та вакцин з різним механізмом дії потребує швидкої та точної лабораторної діагностики. Існуючі до теперішнього часу класичні методи виділення респіраторних вірусів (люмінесцентна мікроскопія (ПІФ), імуноферментний аналіз, полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)) не завжди допомагають встановити діагноз «біля ліжка» хворого, так як потребують певного часу для отримання результатів (від 2-3 діб до 2-3 тижнів), наявність коштовних реактивів та обладнання в умовах вірусологічних лабораторій, у зв'язку з чим обгрунтованим є впровадження нових підходів до вірусологічної ідентифікації респіраторних вірусів, які дозволяють проводити експрес-діагностику та слідкувати за їх циркуляцією.

Мета дослідження – апробувати методи імунохроматографічного аналізу (ІХА) та модифікованої реакції зв'язування комплексу (м-РЗК) для експрес-діагностики респіраторних вірусних інфекцій, включаючи ентеровіруси, та порівняти їх ефективність з класичними методами діагностики (ПІФ, ПЛР, культуральний).

Обстежено 100 дітей у віці 1-12 років з клінічними проявами РВІ легкого та середнього ступеня важкості, серед яких 50% мали інтестинальний синдром. Для верифікації вірусів грипу А і В, аденовірусів, РС-вірусів застосовували методи ІХА, ПІФ, ПЛР. Для верифікації ентеровірусної інфекції застосовували культуральний метод з використанням курячих ембріонів (HEL) та м-РЗК із застосуванням полі- та моновалентних ентеровірусних діагностичних сироваток на імуноферментному аналізаторі. Матеріалом для обстеження були змиви та зіскоби з носоглотки; на ентеровіруси – кров, фекалії. За результатами проведених досліджень РВІ верифіковано у 63 (63%) дітей, у т.ч. грип А – у 10 (10%), грип А+В – у 4 (4%), АД-інфекція – у 8 (8%), РС-інфекція – у 18 (18%), ентеровірусна – у 15 (15%), серед них серотипи ентеро 68-71 – у 7, ЕСНО – у 5, Коксакі В – у 3, мікст-РВ-інфекція – у 8 (8%), асоціація грипу А з аденовірусом – у 3 та грипу А з РС-вірусом – у 5. Доведено, що поряд з класичними методами діагностики (ПІФ, ПЛР, культуральний) доцільно застосовувати в практичній діяльності нові експрес-методи для діагностики РВІ, про що свідчить отримання високого відсотку співпадання етіологічного діагнозу (85% в порівнянні з ПЛР та культуральним та 95% в порівнянні з ПІФ). Головною перевагою методу ІХА є постановка діагностичної проби без транспортування, «біла ліжка» хворого, швидкий результат (5-10 хвилин). Метод м-РЗК дозволяє верифікувати діагноз на ранній стадії захворювання (1-3 доби) на відміну від культурального (28 діб) і дає можливість виявити не тільки антиген ентеровірусу, але і його серотип.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ

¹ Резніченко Ю.Г., ¹ Лебединець О.М., ² Хацко О.С., ² Кириченко О.І., ² Летошко Л.В.

¹ Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

² КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» Запорізької обласної ради, м. Запоріжжя

Враховуючи зростання поширеності патології серцево-судинної системи у дітей та дорослих, визначення факторів ризику її формування є актуальним. Одночасно залишається високою частота інфікування вагітних агентами групи TORCH-інфекцій. Це обумовлює необхідність вивчення особливостей стану серцево-судинної системи у дітей із внутрішньоутробними інфекціями.

Метою дослідження було охарактеризувати стан серцево-судинної системи у дітей першого року життя з вродженим токсоплазмозом. Під наглядом перебувало 113 дітей першого року життя: 20 дітей із вродженим токсоплазмозом без вроджених вад серця, кардитів, 45 дітей, хворих на кардити на фоні вродженого токсоплазмозу, 20 дітей, хворих на кардити на фоні інфекцій вірусно-бактеріальної етіології без клініко-лабораторних проявів інфекцій TORCH-групи (контрольна група порівняння) 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.

У дітей із вродженим токсоплазмозом без вроджених вад серця, кардитів, виявлено порушення ритму, провідності й реполяризації міокарда, активацію симпатоадреналової системи а також морфологічні зміни з ремоделюванням міокарда лівого шлуночка серця за концентричним типом. У дітей, хворих на кардити, як на фоні вродженого токсоплазмозу, так і на фоні вірусно-бактеріальних інфекцій, в періоді маніфестації захворювання виявлялись однотипні, без достовірної різниці відносно етіології інфекції, на фоні якої розвинувся кардит, морфофункціональні зміни серцево-судинної системи. Через 12 місяців від початку лікування у дітей, хворих на кардити на фоні вродженого токсоплазмозу, на відміну від дітей, хворих на кардити без проявів інфекцій TORCH-групи, у яких ехокардіографічні показники, за винятком достовірного збільшення відносної товщини стінок лівого шлуночка серця, наближались до показників здорових дітей, характерним було збереження ремоделювання міокарда лівого шлуночка за концентричним типом у 76,7% дітей зі збільшенням відносної товщини стінок ($0,51 \pm 0,02$ у.о.), маси ($28,42 \pm 1,76$ г) та індексу маси ($70,59 \pm 4,34$ г/м²) міокарда лівого шлуночка, підвищення депонування катехоламінів та інсуліну в еритроцитах. Порушення ритму серця, провідності та реполяризації, підвищення симпатичних впливів на ритм серця виявлялись через 12 місяців в обох групах дітей, хворих на кардити (підвищення стрес-індексу, індексів централізації та вагосимпатичної взаємодії), але були достовірно більш виражені при кардитах на фоні вродженого токсоплазмозу.

Отримані дані свідчать про особливості морфогенезу міокарда та його провідної системи у дітей на фоні вродженого токсоплазмозу та збереження морфофункціональних змін серцево-судинної системи на тлі неадекватних компенсаторних процесів протягом тривалого часу від початку лікування у дітей з кардитами на фоні вродженого токсоплазмозу, що є обґрунтуванням необхідності проведення довготривалої терапії серцево-судинних порушень при вродженому токсоплазмозі. Сформовані внаслідок вродженого токсоплазмозу морфофункціональні зміни являють собою несприятливий фон для формування серцево-судинної патології в дитячому віці та в подальшому житті.

ПОМИЛКИ ВИКОРИСТАННЯ ДОЗОВАНИХ АЕРОЗОЛЬНИХ ІНГАЛЯТОРІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

Речкіна О.О., Дорошенкова А.С.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Бронхіальна астма (БА) є одним із найбільш поширених хронічних захворювань, що створює значну медико-соціальну проблему як для дітей, так і дорослих. Не зважаючи на існуючі вітчизняні та міжнародні стандарти і протоколи діагностики й терапії бронхіальної астми, які уніфікують підхід до оцінки та ведення пацієнтів, не завжди вдається контролювати клінічні прояви хвороби.

Згідно сучасних алгоритмів терапії нападу БА та проведення її підтримуючої терапії препарати рекомендуються вводити інгаляційно. Такий спосіб доставки сприяє утворенню високої концентрації препарату в дихальних шляхах, зменшує його системні ефекти та знижує загальну дозу препарату. Технічно неправильно виконана інгаляція не тільки суттєво знижує терапевтичну ефективність препарату, але й обумовлює розвиток небажаних явищ.

Проаналізована техніка інгаляції з використанням дозованого інгаляційного інгалятора (ДАІ) у 50 дітей з БА віком від 3 до 17 років.

При оцінці техніки інгаляції виявлені наступні основні помилки. Тільки 40% пацієнтів струшують балончик перед використанням, правильного положення голови дотримуються 10% хворих, лише 44% роблять адекватний глибокий вдих, синхронного глибокого вдиху з розпиленням препарату дотримуються лише 30% пацієнтів, 26% хворих роблять двократний натиск на балончик під час одного вдиху (при призначенні препарату по два вдихи пацієнти вважають, що їх необхідно робити одразу за один вдих), лише 30% затримують дихання на висоті вдиху на 10 секунд, роблять видих через ніс після 10 секунд затримки вдиху тільки 30% пацієнтів, дотримання видиху після виймання балончика з ротової порожнини є лише у 46% хворих; використання спейсера - у 14%. Враховуючи отримані дані 92% пацієнтів мали декілька порушень техніки інгаляції або загалом техніка використання була неправильна.

Виявлено, що більшість хворих навчається інгаляції самостійно, читаючи інструкцію до препарату. Лише 26,7% хворим техніку інгаляції показував лікар, що призначив препарат. Отримані дані також свідчать про необхідність контролю над технікою інгаляції у дітей, яким вона була показана раніше, оскільки з часом вони втрачають пильність і не слідкують за правильністю використання ДАІ. Це також пов'язано з відсутністю контролю з боку батьків, особливо у підлітків, які інгаляцію роблять самостійно.

Встановлено, що часті технічні помилки при використанні ДАІ значно знижують ефективність терапії та сприяють розвитку неконтрольованої БА. Тобто, однією із значущих причин не контролюваності БА у дітей є помилки техніки інгаляції препаратів підтримуючої та невідкладної терапії. Все це обумовлює лікаря обов'язково пояснювати та показувати техніку інгаляції пацієнту та його батькам і перевіряти її правильність проведення на кожному повторному візиті пацієнта.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВЕБ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Савво В.М., Слоєва З.В., Дробова Н.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Герпесвірусні інфекції займають одне з провідних місць в етіологічній структурі інфекційних захворювань у дітей і дорослих. Так, вірус Епштейн-Барра (ВЕБ), що відноситься до сімейства *Gammapherpesviridae*, виявляється у 80% дітей у віці від 5 до 10 років і персистує більш ніж у 90% пацієнтів до 20 років життя.

Мета. Виявити особливості перебігу ВЕБ-інфекції у дітей.

Матеріали та методи. Обстежено 32 дитини у віці від 1 до 16 років, які надійшли до інфекційного відділення ЛМБДЛ №2 з попереднім діагнозом ВЕБ-інфекція, та на момент госпіталізації мали синдром змішаної інтоксикації, лімфопроліферативний, ринофарингеальні синдроми. Контрольну групу склали 15 здорових дітей відповідного віку. Діагноз ВЕБ-інфекції встановлювався на підставі визначення специфічних антитіл до ВЕБ (імуноглобулінів класів М і G до раннього антигену (ЕА), капсидного антигену (VCA) і ядерного антигену (ЕВНА)) методом імуноферментного аналізу (ІФА) в сироватці крові; проведення молекулярно-генетичного обстеження (ПЛР).

Результати дослідження. На підставі результатів ІФА, у більшості пацієнтів була виявлена хронічна форма ВЕБ-інфекції (66%). У хворих с гострою формою методом ІФА IgM (VCA) виявився у 100% випадків, IgG (ЕА) – 72%, IgG (ЕВНА) – 5%. Титри АТ-маркерів гострої фази дуже високі 1:1600, а титри IgG (ЕВНА) 1:100-1:200. При хронічній формі навпаки IgG (ЕВНА) 1:3200, а маркери гострої фази 1:100-1:200. При гострій формі ВЕБ-інфекції ПЛР слини позитивна у 100% випадків, при хронічній – 5%. Контрольна група IgG (ЕВНА) 1:100-1:200, ПЛР слини негативна. При гострій формі ВЕБ-інфекції (34%) основні симптоми захворювання наступні: підвищення температури тіла до фебрильних цифр тривалістю 8,8 днів; виражені катаральні явища, запаль-

ні зміни зі сторони піднебінних мигдаликів у вигляді масивних нальотів сірого кольору, які легко знімалися шпателем у 12,4%; регіонарна лімфаденопатія 68%; гепатомегалія у 72,8% випадків, спленомегалія – 36,4%; висипка плямисто-папульозна, яскраво-рожевого кольору, яка не схильна до злиття – 3%; у загальному аналізі крові моноцитоз (36,4% випадків), лімфоцитоз (27,3% випадків), АМ майже були не характерні (18,2% випадків) <10%; нейтрофіліоз (18,2% випадків). Для хронічної форми ВЕБ-інфекції (66%) основні симптоми захворювання наступні: підвищення температури тіла до субфебрильних цифр тривалістю 11 днів; генералізована лімфаденопатія – 95%; гепатоспленомегалія – 85,5%; у загальному аналізі крові прискорене ШОЕ (85,7% випадків), лімфоцитоз (76,2% випадків), моноцитоз (14,3% випадків), нейтрофіліоз (9,5% випадків), АМ не виявлені. Контрольна група – особливостей не виявлено ($p < 0,05$).

Висновки. Більше ніж у половини дітей з ознаками ВЕБ-інфекції діагностується хронічна персистенція вірусу. У хворих з гострою формою ВЕБ-інфекції відмічається більш агресивний перебіг захворювання, ніж у хворих з хронічною формою. Усі діти з підозрою на ВЕБ-інфекцію мають бути комплексно обстежені задля своєчасного призначення адекватної противірусної терапії з метою попередження тривалих персистуючих форм захворювання.

СТАН МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКА, СЕКРЕТОРНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ А І ЛІЗОЦИМУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА РЕАКТИВНІ АРТРИТИ

Савво В.М., Твердохліб Т.О., Хижняк В.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м Харків

Метою дослідження було вивчення стану мікрофлори кишечника, вміст секреторного імуноглобуліну А в слині і лізоциму в сироватці крові у дітей з реактивними артритом (РеА).

Матеріали та методи. Обстежено 32 дитини з РеА в гострому періоді до початку базисної терапії. У віці від 2 до 6 років-14 дітей (43,7%), від 7 до 14 років -16 дітей (50,0%), від 15 до 17 років -2 дитини (6,3%). Хлопчиків 14 (43,7%), дівчаток 18 (56,3%). Діагноз був верифікований на підставі анамнестичних, клінічних, лабораторних, інструментальних методів обстеження. Стан мікрофлори кишечника було вивчено бактеріологічним методом, а ступінь дисбіозу кишечника встановлювався згідно класифікації дисбактеріозу товстої кишки по І.Б. Куваєвої, К.С. Ладодо (1991 р). Вміст секреторного імуноглобуліну А (sIgA) в слині визначався методом твердофазного імуноферментного аналізу за допомогою комерційних тест-наборів для in-vitro діагностики виробництва ТОВ «ХЕМА». Зміст лізоциму в сироватці крові визначали за допомогою імуноферментного набору Lysozym ELISA Kit Immundiagnostik AG з використанням методики «сендвіч» ІФА з двома специфічними антитілами до лізоциму людини.

Моноартрит був встановлений у 20 дітей (62,5%), олігоартрит у 9 дітей (28,1%), поліартрит у 3 (9,4%) дітей.

Групу контролю склали 23 практично здорові дитини. Основна і контрольна групи були порівняні за статтю та віком.

У хворих з РеА 1 ступінь дисбактеріозу товстої кишки виявлена у 37%, 2 ступінь у 60% і третя ступінь у 3%.

У 76% порушення відзначалися у вигляді зниження біфідобактерій і лактобацил, знижено загальна кількість кишкової палички - 23%, підвищена кількість кишкової палички зі слабо вираженими ферментативними властивостями у 24%, у 18% виявлена гемолізуюча кишкова паличка, гемолізуючи стафілококи по відношенню до всіх коків відзначалися у 17%, гриби роду Candida були у 17%, 12% мали золотистий стафілокок.

У контрольній групі у 83% порушень в мікрофлорі кишечника не було виявлено, у 17% дисбактеріоз кишечника відповідав 1 ступеню у вигляді зниження лактобацил.

У хворих на РеА до початку базисної терапії рівень sIgA в слині був достовірно вище, ніж у дітей контрольної групи і відповідно склав 291,1 мкг/мл, у контрольній групі - 104,5 мкг/мл ($p < 0,05$). Встановлено статистично достовірне зниження рівня лізоциму у дітей з РеА в гострому періоді в порівнянні з контрольною групою 229,5 нг/мл і 1250 нг/мл відповідно ($p < 0,001$).

Таким чином, у дітей з реактивними артритом в гострому періоді до початку базисної терапії виявлений дисбактеріоз кишечника у вигляді зниження лактобацил, біфідобактерій, підвищення ступеня умовно-патогенної флори і на цьому тлі відзначається дисбаланс між показниками факторів захисту у вигляді підвищення рівня sIgA в слині і зниженням сироваткового лізоциму, що можна розглядати одним з пускових механізмів розвитку РеА.

ВПЛИВ КЛІМАТО-ГЕОГРАФІЧНОГО РАЙОНУ ПРОЖИВАННЯ НА СТУПІНЬ ПРОЯВІВ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ

Сем'янчук В.Б., Бобрикович О.С., Гаріджук Л.І.

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

Наявність проявів синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) пов'язують, з одного боку, зі спадково детермінованими пошкодженнями сполучної тканини, з іншого - несприятливим внутрішньоутробним впливом на плід різноманітних чинників (гестози, стресові ситуації, погане харчування, вживання мамою медикаментів, гострі та хронічні захворювання матері, шкідливі екологічні впливи та ін.).

Мета роботи: з'ясувати поширеність проявів НДСТ та вплив на останні клімато-географічного регіону Прикарпаття у дітей, хворих на бронхіальну астму.

Було обстежено 93 дитини з проявами НДСТ, хворих на бронхіальну астму, віком від 6 до 14 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська. Оскільки на Прикарпатті розрізняють декілька географічно-кліматичних зон, дітей було умовно розподілено на тих, що проживають у рівнинній, передгірській та гірській місцевостях. Окрім того, враховували особливості впливу розміщення великих промислових підприємств поруч їх домівок. Клінічне дослідження дітей в клініці поєднувало, як детальне вивчення скарг і об'єктивне обстеження з оцінкою тяжкості стану, так і наявність ознак дисплазії сполучної тканини за результатами клініко-інструментальних даних. Для визначення наявності проявів синдрому НДСТ використовували антропометричні і антропоскопічні параметри (за даними В.А. Таболіна, Н.П. Шабалова, 1984; Т. Мілковської та співавт., 1986).

У обстежених дітей нами виявлено легкий ступінь дисплазії (наявність 2 головних ознак) у 14,0% випадків серед пацієнтів, середній (3 головних та 2-3 другорядних або 4 головних та 1-2 другорядних ознак) – у 41,9%, тяжкий (5 головних та 3 другорядних фенотипових ознак) – у 44,1% випадків. Основними зовнішніми фенотиповими ознаками НДСТ були: астенічна тілобудова у 87,1% та понижене відживлення у 73,1%; деформація хребта (сколіоз, гіперлордоз, гіперкифоз, „пряма спина“) у 58,1%; зміни форми грудної клітки (воронкоподібна, кілеподібна, асиметрична) у 41,9%; виражена підшкірна венозна сітка у 68,8%; гіпертрихоз у 52,7%; локальна гіпермобільність суглобів за шкалою Бейтона у 46,2% випадків. У переважній частині пацієнтів (93,5%) діагностовано дисфункцію біліарного тракту, нерідко у них виявляли осад в жовчному або в сечовому міхурі ($p < 0,001$). Порушень скоротливої діяльності серцевого м'язу та зниження фракції викиду нами не спостерігалось. Частіше виявляли: малі аномалії розвитку серця (пролапс мітрального клапана у 48,4%, аберантні хорди - у 66,7%), порушення провідності і ритму серця - у 94,6%, вегетосудинну дистонію - у 61,3% випадків.

Аналізуючи вплив клімато-географічного району проживання на ступінь проявів НДСТ, нами відмічено більшу поширеність останніх у рівнинних та гірських регіонах (35% та 34% випадків відповідно) у порівнянні з передгірською місцевістю (24% обстежених, $p < 0,05$). Висока частота проявів НДСТ у гірських районах, незважаючи на теоретично кращу екологічну ситуацію, скоріш за все, зумовлена розміщенням у деяких з них (Долинській, Надвірнянській райони) великих промислових підприємств та дефіцитом мікроелементів (магнію та цинку), які сприяють розвитку НДСТ у дитячому віці.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЕМОЛЬЄНТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У НЕМОВЛЯТ

**¹ Сем'янчук В.Б., ¹ Синовська О.Б., ¹ Цимбаліста О.Л., ¹ Вовк З.В.,
² Парандій І.Б., ² Пастух О.В., ² Лупуляк Л.В.**

¹ ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

² Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Протягом останніх років у більшості країн світу спостерігається зростання захворюваності на atopічний дерматит (АД). На жаль, у Івано-Франківській області також реєструється дана тенденція. Особливу увагу привертає рання діагностика та лікування дітей перших місяців життя, оскільки у даному віці є досить обмежене застосування лікарських засобів. Також часто діагноз АД маскується під назвами: дитяча екзема, алергічний дерматит та сприймається батьками, а іноді і педіатрами, як транзиторний стан, який не потребує лікування. Це сприяє погіршенню перебігу захворювання та диктує необхідність застосування агресивніших методів лікування.

Серйозною проблемою АД є формування atopічного маршу з подальшою трансформацією у бронхіальну астму та поліноз. Діти з проявами АД, окрім медикаментозного лікування, потребують щоденного догляду за шкірою, тобто використання емольтентів. Останні створюють захисний бар'єр на поверхні шкіри, попереджують подразнення та утримують вологу.

Під нашим спостереженням перебувало 74 дитини, яким вперше діагностували АД, віком 3-9 міс, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні алергології ОДКЛ. У немовлят оцінювали площу та локалізацію висипань, інтенсивність морфологічних елементів (еритема, папула, ексорації, ліхеніфікація) та вираховували індекс EASI. Серед обстежених у 56 дітей (75,7%) діагностовано загострення АД середньої тяжкості (індекс EASI від 24 до 48 балів); у 18 (24,3% випадків) – тяжке (індекс EASI більше 48 балів). Пацієнти I групи отримували базову терапію лікування АД (26 із середньо-тяжким перебігом та 9 із тяжким), II групи – окрім базової терапії, у якості емольтента, використовували топікрем АД (30 із середньо-тяжким перебігом та 9 із тяжким). У процесі лікування гострого періоду нами не відмічено суттєвої різниці у динаміці шкірних проявів між групами ($p < 0,05$). Зменшення інтенсивності висипань у I та II групах відмічалось переважно на 5-6 добу при середньо-тяжкому перебігу та на 7-8 добу при тяжкому перебігу АД. Більшість дітей обох груп (83,8%) були виписані із стаціонару на 11-14 добу із суттєвим покращенням стану (індекс EASI менше 24 балів). У 10,8% випадків пацієнтів не спостерігалось проявів АД на момент виписки і тільки у 5,4% - залишались зміни характерні для середньо-тяжкого перебігу. Спостерігаючи за дітьми, нами відмічено, що протягом двох місяців після виписки із стаціонару, батьки пацієнтів I групи із середньо-тяжким перебігом повторно звертались за консультативною допомогою частіше (у 57,7% проти 26,7% випадків серед дітей II групи, $p < 0,05$). Частота звернень у дітей з тяжким перебігом АД суттєво не відрізнялась між групами (55,5% та 44,4% випадків у I та II групах відповідно, $p < 0,05$). Окрім того, у I групі були повторно госпіталізовані шестеро дітей (17,1%), а у II групі – троє (7,7%, $p < 0,05$).

Топікрем АД, окрім властивостей, що характерні для більшості емольтентів, володіє ліпідно-відновлюваною дією завдяки вмісту масла льону та бджолиного воску. Дане поєднання забезпечує додаткове надходження поліненасичених жирних кислот (омега 3 та 6) потрібних для синтезу ліпідів. Присутність у складі крему алантоїну, гліцерину та масла ши сприяє ремоделюванню гідро-ліпідної плівки, створює оптимальні умови для швидкого загоєння мікротріщин, зменшує прояви запального процесу. Отже, попереджує розвиток подразнень та може бути рекомендований у якості профілактики загострень АД.

ВАРІАНТИ УРАЖЕННЯ МІОКАРДА У НОВОНАРОДЖЕНИХ В РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

**Сенаторова Г.С., Гончарь М.О., Бойченко А.Д., Кондратова І.Ю.,
Сенаторова А.В., Подгала Є.В., Зозуля О.В.**

Харківський національний медичний університет, м. Харків
Регіональний перинатальний центр, м. Харків

Питання ранньої діагностики патології міокарду у новонароджених залишаються актуальними та широко дискутуються в сучасній літературі.

Мета: вдосконалення ранньої діагностики кардіоміопатій у новонароджених у ранньому неонатальному періоді.

Протягом 2013-2014 рр. скринінгове доплерокардіографічне дослідження з оцінкою морфології серця, стану систолічної та діастолічної функції серця проведено 1601 новонародженим 1-7 доби життя в умовах КЗОЗ ОКЛ «ЦЕМД та МК» Регіональний перинатальний центр м. Харкова на апараті MyLab25Gold (Італія). Критеріями виключення з дослідження була наявність вродженої вади серця та судин (Q 20-28).

Результати дослідження: ознаки гіпертрофії міокарда виявлено у 59 (3,7%) пацієнтів в ранньому неонатальному періоді, з них хлопчиків 27 (45,8%) та дівчаток 32 (54,2%). До складу контрольної групи увійшли 140 новонароджених без гіпертрофії міокарда. З метою уточнення діагнозу за МКБ-10 та верифікації генеза кардіоміопатії проведено дообстеження: визначення рівню тропоніну I в сироватці крові, КФК-МВ, АСТ, АЛТ, ЛДГ, глюкоза крові, обстеження на TORCH-інфекції; ЕКГ, рентгенограма органів грудної клітини за показаннями.

Встановлено значний поліморфізм походження кардіоміопатій. Так, у 49 (83,1%) пацієнтів від матерів з цукровим діабетом діагностовано вторинну метаболічну (діабетичну) кардіоміопатію, морфологічними ознаками якої була локальна гіпертрофія апікальної частини міжшлуночкової перетинки ($6,2 \pm 1,3$ мм). Виявлено відмінності показників кінцево-діастолічного розміру ЛШ ($p < 0,01$), товщини міжшлуночкової перетинки ($p < 0,01$), градиенту у вихідному тракті ЛШ (ВТЛШ) понад 10 мм. рт. ст. Асинергія скорочень міокарду діагностована у 18,4%, діастолічна дисфункція ЛШ за типом уповільненого розслаблення – у 73,5% ($p < 0,05$).

З 40 новонароджених, що перенесли асфіксію під час пологів, помірна гіпертрофія міокарда (переважно МШП) виявлена на 5-7 добу життя тільки у 6 (15,0%) пацієнтів з важкою асфіксією в анамнезі. Ці діти мали ST-T зміни на ЕКГ; після дообстеження було встановлено діагноз транзиторної постгіпоксичної ішемії міокарда (ТПІМ). Для пацієнтів з ТПІМ було характерним порушення діастолічної функції ЛШ (у 50%), транзиторна транстристулкова регургітація (у 50%).

В окрему групу увійшли 4 (6,8%) дітей з гіпертрофічною кардіоміопатією (ГКМП), в тому числі 2 – з обструкцією ВТЛШ. Перебіг захворювання був прогредієнтним та закінчився летально у 2 пацієнтів. У 1 дитини встановлено ГКМП на тлі порушення обміну карнітіна; вихід – летальний. У 1 дитини зі значною гіпертрофією стінок ЛШ ($11,0 \pm 0,6$ мм, $p < 0,05$) та обструкцією ВТЛШ (градієнт тиску між лівим шлуночком та аортою – 67 мм. рт. мт.) встановлено цитомегаловірусний генез вродженого кардита, отримано позитивний ефект від етіотропної терапії з нормалізацією морфології серця.

Висновки: за даними скринінгового доплерокардіографічного обстеження гіпертрофія міокарда встановлена у 3,7% новонароджених. Поліетіологічність неонатальних кардіоміопатій потребує дообстеження з метою верифікації діагнозу та визначення прогнозу.

ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧУЩА ВІДКРИТА АРТЕРІАЛЬНА ПРОТОКА У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ. ПРОБЛЕМА ЧИ НІ?

**Сенаторова Г.С., Бойченко А.Д., Гончарь М.О., Кондратова І.Ю.,
Сенаторова А.В., Левінська О.О., Комова В.О.**

Національний медичний університет, Регіональний перинатальний центр, м. Харків

Гемодинамічно значуща відкрита артеріальна протока (ГЗВАП) – особливий патофізіологічний стан, що може розвинути у недоношених новонароджених та призвести до порушень центральної та регіональної гемодинаміки.

Мета: удосконалення ранньої діагностики ГЗВАП у недоношених новонароджених у неонатальному періоді шляхом визначення об'єктивних клінічних та доплерокардіографічних (ДЕХОКГ) критеріїв. Обстежено 93 новонароджених (хлопчики – 51,6%, дівчатка – 49,4%) 24-35 тижнів гестації. ДЕХОКГ проводилося у першу добу життя, далі щоденно. Новонароджені розподілені: I група ($n=26$) – з екстремально низькою масою тіла (m народж. $779,5 \pm 63,4$ г) строк гестації 24-29 тижнів, II група ($n=29$) – з дуже низькою масою тіла ($1297,1 \pm 112,6$ г) 30-34 тижнів гестації, III група ($n=38$) – з низькою масою тіла ($1859,1 \pm 118,1$ г) 32-35 тижнів гестації.

Результати дослідження. 82,8% ($p \leq 0,05$) матерів мали ускладнений перебіг вагітності: загроза передчасних пологів у 64,5% ($p \leq 0,05$), преєклампсія і гестоз вагітності у 39,7%, відшарування плаценти у 31,2%. Антенатальний дистрес плода зареєстрований у 39,7%; асфіксія новонароджених – у 31,2% недоношених. За даними ДЕХОКГ у 13 (14,0%) ($p < 0,05$) дітей I групи встановлено ГЗВАП у відповідності до критеріїв: діаметр протоки більше 1,5 мм у новонароджених з вагою < 1500 г, співвідношення розміру лівого передсердя до кореня аорти (ЛП/Ао) $> 1,4$, індекс судинної резистентності (IR) в передній мозковій артерії та/або середній мозковій артерії $> 0,8$, синдром «діастолічного обкрадання» у нирковій і/або мезентеріальних артеріях, або реверсний кровоток у черевній аорті, збільшення лінійного розміру лівого шлуночка (ЛШ) на 10% і більше від первісного розміру, кардіоторакальний індекс $> 60\%$. Для недоношених з ГЗВАП були характерні дилатація ЛШ з гіпертрофією стінки та міжшлуночкової перетинки у 77,4% ($p_{1\backslash 2; 1/3} < 0,05$), дилатація порожнини ПШ у 82,8% ($p_{1\backslash 2; 1/3} < 0,05$), дилатація ЛП у 100% ($p_{1\backslash 2; 1/3} < 0,05$), регургітація I-II ст. на трикуспідальному та пульмональному клапанах у 65,6% ($p_{1\backslash 2; 1/3} < 0,05$), підвищення середнього тиску в ЛА у 78,5% ($p_{1\backslash 2; 1/3} < 0,05$), у 100% ($p_{1\backslash 2; 1/3} < 0,05$) дітей – порушення діастолічної функції шлуночків серця за типом уповільненої релаксації. Діаметр ВАП (по потоку в стовбурі ЛА) у I групі – $2,5 \pm 0,8$ мм, у другій – $2,4 \pm 0,6$ мм, у III групі – $2,2 \pm 0,4$ мм. Є необхідним орієнтуватися на морфологічні зміни камер серця, клінічний стан пацієнта та киснезалежність. Ми спостерігали ранні ускладнення ГЗВАП: збільшення тяжкості РДС у 8 (42,3%) недоношених, внутрішньошлуночковий крововилив I-II ст. у 8 (30,8%), у 6 (23,1%) – геморагічне виділення з трахео-бронхіального дерева, погане засвоєння ентерального харчування у 14 (53,8%), у 8 (30,8%) обстежених – нестійкі показники насичення крові киснем. Хірургічне лікування ГЗВАП проведено 8 новонародженим з 7 по 19 добу життя, у 5 пацієнтів сталася спонтанна облітерація протоки.

Висновки. Морфологічні зміни камер серця та клінічне погіршення стану новонародженого свідчить про необхідність рішення питання хірургічної корекції ГЗВАП, що повинно прийматися індивідуально.

МІСЦЕ ПСИХОГІГІЄНИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СТРУКТУРІ СУЧАСНОЇ ШКІЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

**¹ Сергета І.В., ² Тимошук О.В., ¹ Панчук О.Ю., ¹ Мостова О.П., ¹ Дреженкова І.Л.,
¹ Стоян Н.В., ¹ Теклюк Р.В., ¹ Лукіна Н.Ю., ¹ Макаров С.Ю.**

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

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

До числа основних завдань сучасної шкільної медицини слід віднести як клінічно- так і профілактично-значущі завдання, що передусім, полягають у визначенні чинників індивідуального і сімейного медико-соціального ризику формування захворювань

серед дітей, запровадженні міжсекторальних за формою та комплексних за змістом підходів до діагностики порушень у стані соматичного і психічного здоров'я на підставі отримання адекватної інформації про дитину медичного, соціального, психологічного і педагогічного характеру, розроблення та запровадження профілактичних заходів клінічного і психогігієнічного супроводу дітей з порушеннями у стані здоров'я та диференційованих згідно із особливостями умов перебування профілактичних програм з оптимізації навчального і позанавчального середовища, створення передумов до формування здорового способу життя та позитивної соціальної і професійної орієнтації учнів шкільного віку, здійснення активного моніторингу стану соматичного і психічного здоров'я школярів. Саме тому профілактична робота у навчальному закладі має становити комплексну систему заходів медичного, психолого-педагогічного, соціального, правового, інформаційно-освітнього та організаційного характеру, спрямовану на формування здоров'я та розвиток навичок здорового способу життя учнів як під час навчання у школі, так і впродовж подальшого періоду здобуття освіти у стінах закладів вищої освіти. І, отже, невід'ємним її компонентом є застосування психогігієнічних технологій.

В ході проведених досліджень розроблені наукові основи адаптаційно-орієнтованого психогігієнічного підходу до здійснення комплексної оцінки психічного здоров'я учнів шкільного віку та визначення донологічних зрушень у його стані. На підставі використання сучасних методів багатовимірного статистичного аналізу визначені особливості взаємозв'язків характеристик функціонального стану організму, рівня розвитку психофізіологічних функцій і особливостей особистості та характеристик адаптаційних ресурсів організму, що дозволило виявити провідні фактори ризику щодо порушень перебігу процесів психічної, психофізіологічної і соціально-психологічної адаптації та встановити основні напрямки, методи і засоби їх корекції. Одержані дані надали можливість науково обґрунтувати діагностично-профілактичні програми психогігієнічної корекції порушень психофізіологічної і психічної адаптації та зрушень у стані здоров'я учнів шкільного віку, розробити науково-методологічні основи здійснення прогностичної оцінки особливостей перебігу адаптаційних процесів, властивих для організму дівчат і юнаків, які перебувають в умовах сучасних навчальних закладів.

СИНДРОМ CINCA/NOMID В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА

Синоверська О.Б., Вовк З.В., Кічула (Попель) Ю.І.

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

Автозапальні синдроми є рідкісними вродженими захворюваннями, що характеризуються рецидивною гарячкою та системними запальними змінами з пошкодженням серозних оболонок, шкіри та суглобів. Клінічна картина вказаних синдромів нагадує ревматичні захворювання, що пояснює особливий інтерес до цих хвороб дитячих ревматологів. Автозапальні синдроми об'єднують захворювання з вродженими запальними реакціями, без синтезу аутоантитіл і без виявлення антигенспецифічних Т-лімфоцитів. Патогенез даних синдромів зумовлений хронічним запаленням, спричиненим змінами у вродженому імунітеті.

Кріопірин-асоційовані періодичні синдроми об'єднують CINCA-синдром, сімейну холодкову кропив'янку та синдром Макл-Уелса. Дослідження імунологічних змін у хворих на кріопірин-асоційовані синдроми дає можливість вивчати системне запалення, яке відіграє головну патогенетичну роль у пацієнтів із різними ревматологічними захворюваннями.

Синдром CINCA/NOMID – хронічний дитячий шкірно-артикулярно-неврологічний синдром із паралельним ураженням органів чуттів. Тип успадкування – аутосомно-домінантний (або поява мутації de novo). Генетична основа – мутація гена CIAS1, розташованого на довгому плечі 1-ї хромосоми (1q44), що кодує білок кріопірин. Даний білок являється основою супрамолекулярного комплексу в клітині, що називається інфламмасомою та виконує функцію претворення про-ІЛ-1 β (одного із основних прозапальних цитокінів) в активну форму, а також приймає участь у виконанні програми апоптозу.

Для синдрому CINCA/NOMID характерним є ранній початок, в частині випадків – від народження дитини. Клініка представлена тривалими епізодами лихоманки, затримкою фізичного та розумового розвитку, персистуючим уртикарним висипом, симетричною артропатією, переважно великих суглобів із розвитком контрактур. Характерним є ураження очей у вигляді переднього і/або заднього увеїту, в зв'язку із чим виникає прогресуюче зниження гостроти зору. Відмічається нейросенсорна глухота, часто розвивається гідроцефалія. Типовими є високі значення лабораторних показників активності запалення.

За захворювання характеризуються серйозним прогнозом із інвалідизацією. Традиційне лікування включає симптоматичну терапію, що характеризується незначною ефективністю. Проте в останні роки з'явилися численні публікації щодо ефективності біологічної терапії.

ГЕНОТИПОВО-ФЕНОТИПОВІ ПАРАЛЕЛІ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ

¹ Сінчук Н.І., ² Маланіна Т.Л., ² Кондратюк Л.Н.

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

² Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Лактазна недостатність (ЛН) - порушення обміну дисахаридів в зв'язку з неможливістю розщеплення дисахариду лактози. ЛН має важливе значення в патології дітей раннього віку, так як у складі грудного молока на долю лактози припадає 80-85%. Цей стан пов'язаний з вродженим (вроджена ЛН) або набутиим (вторинна ЛН) дефектом фермента лактози.

В наказі МОЗ України від 29.01.2013 р. "Про затвердження Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюванням органів травлення" відсутні рекомендації щодо проведення генетичних досліджень для уточнення діагнозу ЛН. Вказані дослідження, такі як, провокаційний тест, визначення глікемічної кривої при навантаженні лактозою значно погіршують стан дітей. А гістохімічне дослідження біоптату тонкого кишківника проблематичне у дітей раннього віку. Тому визначення генотипу хворих з ЛН є актуальним.

Метою роботи було вивчення відповідності генотипу фенотипу ЛН у дітей.

Нами було обстежено 17 дітей з ЛН у відділенні педіатрії №2 ВОДКЛ. Алгоритм постановки діагнозу включав: типову клінічну картину, загальноклінічні обстеження, копрограму, генетичне дослідження ЛН (гена лактази LCT). Цей ген кодує амінокислотну послідовність ферменту лактази. Проводився аналіз екстенсивних показників: розподіл за масою тіла, зростом, статтю, генотипом, фенотипом пацієнтів з ЛН.

Результати та їх обговорення. В процесі дослідження встановлено, що 59% (10дітей) обстежених були дівчатка. Вік встановлення діагнозу первинної ЛН коливався в межах 9міс.- 1р.9міс., вторинної ЛН - 2р.6міс.- 5р.8міс. Гомозиготне носійство С/С спостерігалось у 12 хворих (71%), гетерозиготне С/Т- у 5(29%). Клінічна картина ЛН у хворих з генотипом С/Т перебігала на фоні атипової целіакії, ексудативної ентеропатії. Пацієнти з генотипом С/С мали клінічні прояви ЛН з народження у вигляді рідкого, пінистого, частого стільця, метеоризму, відставання у фізичному розвитку. 90% дітей з первинною ЛН мали недостатню вагу, а у 55% констатовано дисгармонійний фізичний розвиток. 95% дітей з вторинною ЛН мали затримку росту і недостатню масу тіла. Привертає увагу пізня діагностика ЛН. 64% дітей з первинною ЛН отримували фермент лактазу. У цих пацієнтів покращення загального стану відмічалось з 3-5 доби застосування, катамнестичні дані свідчили про стабільне покращення.

Висновки: ЛН є частою патологією у дітей раннього віку. Клінічна картина первинної ЛН недооцінюється, про що свідчать пізні терміни встановлення діагнозу. Гомозиготне носійство С/С характерно для вродженої ЛН, гетерозиготне С/Т – для вторинної ЛН. Дослідження поліморфізму гена лактази (LCT) покращить ранню діагностику ЛН, а визначення генотипів (С/С та С/Т) дозволить провести диференційовану діагностику між вродженою і набутою ЛН і призначити своєчасно адекватне лікування.

О НЕОБХОДИМОСТИ РЕГИСТРАЦИИ ДИАРЕИ, НАЧАВШЕЙСЯ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Скрипникова Я.С., Иванько О.Г.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Профилактика и лечение внутрибольничных диарей остается недостаточно изученной и организационно нерешенной проблемой отечественной педиатрии, так как нет рекомендаций по регистрации заболеваемости. По нашему мнению внутрибольничной диарей следует называть диарею, развившуюся после госпитализации больного в стационар, при отсутствии эпидемиологических признаков инфекционной диареи с выделением классических вирусных, бактериальных и паразитарных возбудителей. В современных условиях все большую распространенность приобретает антибиотико-ассоциированная диарея (ААД- А04.7, МКБ10), которую можно отнести к внутрибольничным диарейам. Минимальными клиническими признаками ААД считают учащение стула до трех и более раз в сутки, изменение его характера (водянистый) с учетом факта приема любых антибиотиков внутрь и/или парентерально при отсутствии других значимых причин диареи. Крайним выражением антибиотико-ассоциированной диареи может быть псевдомембранозный колит, представляющий реальную опасность для жизни больного. По нашим наблюдениям, независимо от тяжести, примерно у 80% больных с ААД из стула выделяют энтеропатогенный (холероподобный) и энтеронекротический токсины бактерий *Clostridium difficile*. Микроорганизмы *Clostridium difficile* могут быть естественными симбионтами толстого кишечника человека и распространяться посредством спорообразования, приобретая свойства патогенности.

Частота развития ААД у детей с ожоговой травмой, получающих антибактериальную терапию, варьирует. По нашим данным антибактериальная терапия у детей с ожогами осложняется ААД в 22% случаев без профилактического приема пробиотических

штаммов-антагонистів *Clostridium difficile* і в 8,6 % випадках у дітей, которым назначається профілактичний прийом пробіотику на основі *Lactobacillus acidophilus* R0052 і *Lactobacillus rhamnosus* R0011. Профілактичне призначення пробіотических штаммов не тільки знижує частоту розвитку ААД, як ускладнення антибактеріальної терапії, но і облегчає її течення. Наші спостереження показали, що ні у одного дитини, отримавши пробіотический препарат, псевдомембранозний коліт в його манифестній формі не розвивався. К сожалению, в повсякденній медичній практиці в Україні немає можливості дослідження дітей на токсини *Clostridium difficile* в стільці, тому лікування ААД проводиться емпіричним призначенням метронідазолу, рідше ванкомицину *per os* в якості етіотропної терапії при важкому і середньоважкому її теченні. При легкому теченні ААД добре зарекомендувало себе використання пробіотического препарату на основі *Saccharomyces boulardii*. Важливо підкреслити, що особливістю лікування ААД у опікованих дітей є неможливість скасування антибактеріальної терапії, без якої лікування опікової травми і її бактеріальних ускладнень неможливо.

Нам представляється важливим, щоб в умовах реформування українського здоров'я питання дослідження внутрішньочеревних діарей було б приділено достаточну увагу. Їх рішення може суттєво впливати на розуміння сутності діарейних розладів у дітей в сучасних умовах і значно покращити їх профілактику і лікування.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ ДІАФРАГМАЛЬНОЇ ГРИЖІ У ДІТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Слепов О.К., Пономаренко О.П., Курінний С.І., Гладішко О.П., Сичова І.С.

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

Природжена діафрагмальна грижа (ПДГ) є однією з найтяжчих за клінічним перебігом та глибиною морфологічних змін вадою розвитку, яка у 25-50% випадків поєднується з іншими аномаліями. Не дивлячись на значний розвиток неонатальної інтенсивної допомоги та прогрес пренатальної медицини, ПДГ дотепер представляє великі труднощі при її лікуванні. При появі симптомів ПДГ в перші години після народження дитини частота смертності складає 60-80%.

Мета дослідження: розробити тактику і стратегію лікування природженої діафрагмальної грижі у новонароджених дітей.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз історій хвороб новонароджених дітей, з вродженою діафрагмальною грижею, які знаходилися в клініках ДУ "ІПАГ НАМН України" протягом останніх 30 років. До 2005 року включно, лікувальна тактика полягала в терміновій хірургічній корекції ПДГ одразу після встановлення діагнозу, причому, чим раніше – тим краще. За такої тактики післяопераційна летальність склала 44,4% (оперовано 27 новонароджених, померло – 12). З 2006 року в клініці хірургічної корекції вроджених вад розвитку у дітей спостерігали 43 новонароджених дітей з ПДГ, які проліковані за опрацьованою нами новою лікувальною тактикою та стратегією. Її сутність полягає у відтермінованій хірургічній корекції ПДГ після стабілізації стану пацієнта. В ході дослідження застосовували такі методи діагностики: пренатальна ультразвукова діагностика, загальноклінічний, рентгенологічний, ультразвуковий (дослідження органів грудної клітки, черевної порожнини та позачеревного простору; ехокардіографія, нейросонографія), неінвазивне визначення предуктальної та постдуктальної SaO_2 , моніторинг систолічного, діастолічного та середнього артеріального тиску, визначення газів крові та кислотно-основного стану; анатомічний, морфометричний та статистичний аналіз.

Критеріями готовності новонароджених з ПДГ до радикальної корекції вади є стабілізація респіраторного (корекція ацидозу та гіпоксії) та гемодинамічного статусу (зниження тиску в легеневої артерії, відсутність право-лівого шунтування крові через відкриту артеріальну протоку, стабілізація центральної та периферичної гемодинаміки). Терміном готовності до операції є стабільність зазначених показників респіраторного та гемодинамічного статусу протягом не менше 1 доби.

Результати. Хірургічну корекцію ПДГ проведено у 33 новонароджених дітей. З них 28 (84,8%) вижили та виписані з клініки в задовільному стані. 10 пацієнтів, не дивлячись на проведення їм інтенсивної терапії, мали виражену гіпоксію, високу легеневу гіпертензію, з відновленням фетального кровообігу і шунтуванням крові справа наліво і/або порушення гемодинаміки, – не могли бути стабілізовані і отримати хірургічне лікування.

Висновки. Запропонована тактика відтермінованої хірургічної корекції ПДГ дала можливість покращити результати лікування і знизити післяопераційну летальність при цій ваді за останні 8 років з 44,6% до 15,2%. Така стратегія дозволяє виявити групу найбільш "важких" – критичних пацієнтів з ПДГ з вкрай тяжкою гіпоплазією легень і легеневою гіпертензією і/або складними, не сумісними із життям асоційованими вадами розвитку, які не піддаються стабілізації і інтенсивній терапії, є неоперабельними і мають дуже малі шанси на виживання.

СУЧАСНА ТАКТИКА НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ ДІТЯМ З ПРИРОДЖЕНОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Слепов О.К., Сорока В.П., Мигур М.Ю., Голопапа Г.В., Маркевич О.В.

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

Природжена непрохідність дванадцятипалої кишки (ДПК) є вадою розвитку, котра потребує проведення оперативного лікування за життєвими показаннями в перші дні життя дитини. Її частота складає від 1:10000 до 1:40000 новонароджених і на неї припадає близько 40 % від усіх випадків атрезії кишечника. Дуоденальна обструкція може бути повною або частковою, зовнішньою або внутрішньою, а також комбінованою. Атрезія та стеноз ДПК вважаються «внутрішніми» обструкціями, в той час як кільцевидна підшлункова залоза та обструкції через порушення ротації кишечника вважаються «зовнішніми» обструкціями.

Мета дослідження: оптимізувати хірургічне лікування природженої непрохідності дванадцятипалої кишки у новонароджених дітей.

Матеріали та методи дослідження. У відділенні хірургічної корекції природжених вад розвитку у дітей ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України" в період з 1988 року по 2015 рік були проліковані 42 новонароджені дитини з природженою високою кишковою непрохідністю. Серед анатомічних варіантів вади зустрічались наступні: повна атрезія дванадцятипалої кишки - 23,8% (n=10), мембранозна форма непрохідності дванадцятипалої кишки - 35,7% (n=15), кільцеподібна підшлункова залоза - 16,7% (n=7), мальротация кишечника - 26,2% (n=11), а також комбіновані варіанти вади при наявності внутрішньої та зовнішньої обструкції ДПК - 7,1% (n=3). Множинні природжені вади розвитку установлені в 38% (n=16) випадків природжених обструкцій ДПК. Серед супутніх вад розвитку діагностовано наступні: муковісцидоз - 2,4% (n=1), полікістоз нирок - 2,4% (n=1), аномалії верхніх та нижніх кінцівок - 4,8% (n=2), спинномозкова кила - 2,4% (n=1), гемодинамічно значимі природжені вади серця - 4,8% (n=2), дивертикул Меккеля - 2,4% (n=1), синдром Дауна - 9,5% (n=4), мальформації жовчовивідних шляхів - 4,8% (n=2), атрезія стравоходу - 4,8% (n=2), хвороба Гіршпрунга - 4,8% (n=2), ектопія ануса - 2,4% (n=1), омфалоцеле - 2,4% (n=1) та правобічна діафрагмальна грижа - 2,4% (n=1).

Починаючи з 2000 року, в інституті було широко впроваджено пренатальну діагностику ПВР і нову лікувальну тактику та стратегію лікування новонароджених з природженою кишковою непрохідністю. Вона включає в себе: транспортування плода з ПВР в утробі матері, госпіталізацію вагітної в акушерські клініки інституту, проведення пологів в умовах перинатального центру в присутності хірурга, надання спеціалізованої допомоги з перших секунд життя дитини, внутрішньогоспітальне транспортування дитини в умовах транспортного кювезу до хірургічного відділення для наступного обстеження, проведення передопераційної стабілізації, включаючи корекцію метаболічних розладів та порушень гомеостазу, оперативне лікування новонародженого.

Результати. Така лікувальна тактика допомогла істотно зменшити летальність серед новонароджених з природженою кишковою непрохідністю. Так, серед пацієнтів пролікованих в період з 1988 року по 2000 рік (n=13), пренатальний діагноз було встановлено лише в 2 (15,3%) випадках і смертність серед цих пацієнтів складала 38,4%. Серед пацієнтів, котрі отримували лікування в період з 2001 року по 2015 рік (n=29) пренатальний діагноз було встановлено в 25 (86,2%) випадках, а смертність серед пацієнтів цієї групи знизилась до 13,8%.

Висновки. Рівень захворюваності та смертності пацієнтів з природженою непрохідністю ДПК, за нашими даними, і досі залишаються значними. Необхідно вживати заходи спрямовані на покращення результатів лікування, серед яких пренатальна діагностика та диспансеризація плода, госпіталізація вагітної в акушерські клініки інституту, родорозршення в присутності дитячого хірурга і анестезіолога, надання допомоги новонародженому з перших секунд життя, внутрішньогоспітальне транспортування дитини у відділення реанімації, стабілізація пацієнта з паралельним постнатальним обстеженням, хірургічна корекція вади.

ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОШИЗИСУ

Слепов О.К., Сорока В.П., Пономаренко О.П., Ермолова Г.С., Джам О.П., Мигур М.Ю.

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

Гастрошизис (ГШ) – представляє собою внутрішньоутробну евентрацію органів черевної порожнини за межі передньої черевної стінки в амніотичну рідину через наскрізний дефект. ГШ одна з найтяжчих і високо летальних вад розвитку у новонароджених дітей. Смертність при хірургічному лікуванні ГШ в усьому світі залишається дотепер на високих цифрах і коливається в межах 4% - 100% в залежності від світового регіону. В країнах Об'єднаної Європи, США, Японії рівень смертності при ГШ складає від 4% до 17%. В країнах

Східної Європи летальність при цій ваді коливається в межах 6,7% - 50,0%. Найвищою смертністю при ГШ залишається в країнах Африки і сягає 57% - 100%. Мертвонароджуваність при ГШ сягає рівня 10%.

Проведено аналіз історій хвороб і протоколів аутопсій 87 новонароджених дітей із ГШ за період з 1987 по 2013 рр., із них 43 померли: без операції – 4 пацієнти, після неї – 39 хворих.

У основній групі післяопераційна летальність становила 20,0%. У I групі порівняння післяопераційна летальність була 62,9%. У II групі порівняння госпітальна летальність становила 66,7%, а післяопераційна – 61,5%. В основній групі у дітей не було жодного випадку гіпотермії. В I групі порівняння гіпотермію виявлено у 13 пацієнтів, зокрема у тих, яких транспортовано в ДУ «ІПАГ НАМН України» з інших пологових будинків. Із них 9 померли і 4 вижили. У II групі порівняння переохолодження діагностовано у 12 новонароджених, усі вони померли. У дослідній групі хірургічну корекцію ГШ проведено після народження через 10 — 25 хв, у середньому – через $(16,9 \pm 1,3)$ хв. («хірургія перших хвилин»). У I і II групах порівняння проводили відтерміновану хірургічну корекцію вади після народження: у I групі — через 1,5 - 48 год, у середньому $(13,9 \pm 2,1)$ год, у II групі — через 1 - 64 год, у середньому $(9,7 \pm 2,5)$ год.

Частота післяопераційної летальності новонароджених із ГШ була достовірно меншою в основній групі, ніж у I і II групах порівняння ($p < 0,05$; $p < 0,05$ відповідно). Основними причинами післяопераційної летальності новонароджених із ГШ основної групи ($n = 6$) були: сепсис і поліорганна недостатність – 4 випадки, компартмент-синдром із гострою серцево-судинною недостатністю – 2 випадки. У дітей I групи порівняння причинами післяопераційної смертності ($n = 17$) були: сепсис і поліорганна недостатність – 8 випадків, гостра серцево-легенева недостатність – 6, компартмент синдром і гостра серцево-легенева недостатність – 2, а також геморагічні ускладнення – 1. У II групі порівняння природна смертність ($n = 4$) зумовлена гострою серцево-судинною і дихальною недостатністю на тлі некрозу евентрованого кишечника – у 3 пацієнтів, поліорганною недостатністю – в 1 хворого. Причиною післяопераційної летальності ($n = 16$) були: сепсис і поліорганна недостатність – 8 випадків, гостра серцево-легенева недостатність – 6, компартмент-синдром і гостра серцево-судинна недостатність – 2.

Таким чином, гіпотермія і збільшення тривалості передопераційного періоду в новонароджених із ГШ негативно впливають на виживання цих критичних хворих.

ОСОБЛИВОСТІ СКЛАДУ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ В ДІТЕЙ З МОНО-ВАРІАНТОМ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Сміян-Горбунова К.О.

Сумський державний університет, м. Суми

Згідно даних ВООЗ щорічно в світі реєструється до 125 млн випадків ротавірусної інфекції (РВІ). Летальність складає 600 – 900 тис., що становить близько чверті всіх хворих на діарею. За даними експертів, майже кожна дитина впродовж перших п'яти років життя хворіє на ротавірусний гастроентерит. Пік захворюваності на ротавірусні гастроентерити припадає на вік від 6 до 24 місяців. В останні роки привертає до себе увагу проблема порушення мікробіоценозу. Порушення балансу кишкової мікробіоти може слугувати одним із причинних факторів розвитку інфекційних захворювань, а саме ротавірусної інфекції.

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей складу кишкової мікрофлори у дітей з моно-варіантами ротавірусної інфекції.

Дослідження проводилось на базі Сумської міської дитячої клінічної лікарні Святої Зінаїди. Під спостереженням знаходилось 42 дитини віком від 1 місяця до 5 років з моно-варіантом ротавірусної інфекції, що були госпіталізовані у гострий період захворювання. Групу контролю склали 21 практично здорових дітей. Дослідження стану кишкової мікрофлори було проведено із визначенням видового та популяційного складу мікрофлори у випорожненнях (Р.Б. Епштейн-Литвак, 1977). Показник інтенсивності колонізації мікробами (мікробне число) визначали шляхом підрахунку колоній (колонієутворюючі одиниці – КУО). Для зручності розрахунку інтенсивність колонізації виражали у вигляді десяткового логарифму – 1-12 Іг КУО/г.

Серед обстежених дітей 47% було дівчаток та 53% – хлопчиків. Достовірної відмінності за статевою ознакою виявлено не було. Середній вік становив $19,40 \pm 1,36$ місяців. Гострий період моно-варіанту РВІ характеризувався зниженням біфідобактерій, що становили $(7,82 \pm 0,17)$ Іг КУО/г у порівнянні з показниками здорових дітей $(8,85 \pm 0,16)$ Іг КУО/г ($p < 0,001$). Рівень лактобацил склав $(6,45 \pm 0,17)$ Іг КУО/г та був нижчий за показник осіб групи контролю $(7,27 \pm 0,14)$ Іг КУО/г ($p < 0,001$). Разом із тим у дітей з моно-РВІ відбувалось зниження загальної кількості *E.coli* до $(7,43 \pm 0,13)$ Іг КУО/г на противагу аналогічному показнику дітей групи контролю $(8,06 \pm 0,14)$ Іг КУО/г ($p < 0,01$). Між тим показники умовно-патогенної мікрофлори досліджуваних дітей склали $(4,65 \pm 0,15)$ Іг КУО/г, що вище за показники контрольної групи $(2,86 \pm 0,30)$ Іг КУО/г ($p < 0,001$). Рівень патогенних стафілококів у дітей з моно-варіантом РВІ був значно вищим $(3,23 \pm 0,13)$ Іг КУО/г, ніж у дітей контрольної групи $(1,03 \pm 0,23)$ Іг КУО/г ($p < 0,001$). Гриби роду *Candida* становили $(4,08 \pm 0,14)$ Іг КУО/г та майже в 2 рази перевищували показник дітей контрольної групи $(2,54 \pm 0,31)$ Іг КУО/г ($p < 0,001$).

Таким чином, гострий перебіг захворювань на гострі кишкові інфекції ротавірусної етіології у дітей характеризувався зниженням кількості біфідо- та лактобактерій, загальної кількості ешерихій та збільшенням числа дріжджеподібних грибів, стафілококів та інших представників умовно-патогенної флори кишківника.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ АДЕНОЇДНИХ ВЕГЕТАЦІЙ У ДІТЕЙ

Сміян О.І., Бинда Т.П., Дмитрова Є.В.

Сумський державний університет, м. Суми

У структурі захворювань вуха, горла та носу у дітей дошкільного віку аденоїдні вегетації складають близько 50%. Гіпертрофію глоткового мигдалика вважають компенсаторною реакцією на проникнення інфекційних агентів. Проте, формування здоров'я дитини починається з антенатального періоду. Впливаючи на перебіг вагітності та пологів, постнатальний період та годування новонародженого, патологічні фактори впливають і на формування імунної системи дитини.

Мета роботи: вивчити фактори ризику розвитку аденоїдних вегетацій у дітей дошкільного віку.

Методи та матеріали дослідження: вивчення факторів ризику проводилося на базі КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди». Проаналізовано 98 історій розвитку дитини, віком від 3 до 7 років, у яких було діагностовано аденоїдні вегетації або хронічний аденоїдит. Дітей було розділено на три групи. I групу склали 33 здорових дитини, II групу – 33 дітей з аденоїдними вегетаціями, III групу – 32 дитини з хронічним аденоїдитом.

Результати дослідження. Із анамнезу життя з'ясовано, що ускладнений перебіг вагітності відмічався найчастіше серед жінок III групи (84,38±6,52)%, порівняно з вагітними I груп ((24,24±7,58)% $p<0,001$) і II груп ((48,48±8,83)% $p<0,01$). Анемія під час вагітності діагностувалася достовірно частіше у вагітних III групи (63,64±8,50)%, ніж серед жінок I групи ((12,12±5,77)% $p<0,001$) і II групи ((36,36±8,50)% $p<0,05$). Прояви раннього токсикозу достовірно частіше виявлялися у вагітних жінок III групи (75±7,78)%, ніж у жінок з I групи ((9,09±5,08) % $p<0,001$) і II групи ((39,39±8,64)% $p<0,01$). Прояви пізнього токсикозу, також, домінували у вагітних жінок III групи (71,88±8,08)%, порівняно з вагітними I групи ((15,15±6,34)% $p<0,001$) і II групи ((39,39±8,64)% $p<0,01$). Розродження шляхом кесаревого розтину зустрічалося однаково у породіль II групи ((24,24±7,58)% $p<0,05$) і III групи ((25±7,78)% $p<0,05$), порівняно з I групою ((6,06±4,22)%). На грудному вигодовуванні знаходилась 61 (62,24%) дитина, більшість з них представники I групи ((84,85±6,34)% $p<0,05$), а на штучному вигодовуванні – 37 (37,75%) пацієнтів. Більшість на штучному вигодовуванні були представники II групи ((42,42±8,74)% $p<0,05$) та III групи ((56,25±8,91)% $p<0,05$) відповідно. З пренатальним ураженням ЦНС достовірно частіше складали представники III групи (75±7,78)%, порівняно з пацієнтами I групи ((24,24±7,58)% $p<0,05$) і II групи ((48,48±8,83)% $p<0,001$).

Висновки. Таким чином, патологічний стан під час вагітності (анемія вагітної, ранній та пізній токсикоз), перебіг пологів (кесарів розтин, перинатальне ураження ЦНС) та штучне вигодовування можуть впливати на формування аденоїдних вегетацій у дітей.

РОЗВИТОК ЦИНК-ДЕФІЦИТНОГО СТАНУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Сміян О.І., Горбась В.А., Курганська В.О., Бинда Т.П., Січенко П.І.

Сумський державний університет, м. Суми

Останніми роками авторами багатьох досліджень доведено біологічну роль цинку (Zn), яка полягає в регуляції багатьох життєво важливих процесів і біохімічних реакцій в організмі людини, оскільки він в якості невід'ємного компонента входить до структури більшості ферментів. Незважаючи на чисельні дослідження, значення даного мікроелементу в організмі хворих дітей вивчено ще не повністю.

Метою роботи було дослідження вмісту цинку сироватки крові дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА).

Обстежено 128 дітей віком від 12 до 18 років, хворих на БА. За ступенем тяжкості БА обстежені діти розподілені наступним чином: інтермітуюча астма (ступінь I) була виявлена у 43 хворих, що склало (33,6±4,19)% дітей; легка персистуюча БА (ступінь II) мала місце у 52 (40,6±4,36)% пацієнтів; середньотяжка персистуюча астма (ступінь III) діагностувалась у 33 дітей (25,8±3,88)%.

При аналізі середнього рівня Zn у сироватці крові дітей нами було виявлено, що його концентрація у період загострення хвороби була суттєво знижена порівняно з аналогічним показником дітей контрольної групи незалежно від ступеня тяжкості захворювання ($p<0,001$). Рівень Zn у сироватці крові при середньотяжкій персистуючій астмі зменшувався на 41%, тоді як при інтермітуючому перебігу – на 39% від показника практично здорових дітей. Більш значний дефіцит Zn був встановлений у дітей III групи, концентрація якого була достовірно нижчою порівняно з його рівнем у дітей з I та II ступенями захворювання ($p<0,001$) та становила (8,54±0,20) мкмоль/л. Після проведеного стандартного лікування вміст Zn у всіх обстежених дітей мав тенденцію до збільшення ($p>0,05$), досягаючи (10,81±0,27) мкмоль/л у хворих на інтермітуючу астму, (9,85±0,18) мкмоль/л – у дітей з легкою персистуючою БА та (8,66±0,19) мкмоль/л у пацієнтів із середньотяжкою персистуючою БА, але не досягав показників здорових дітей.

Отже, у дітей з бронхіальною астмою був виявлений дефіцит Zn, який прямо залежав від ступеня тяжкості захворювання. Таке зниження рівня Zn може свідчити про значні порушення обміну даного мікроелементу в організмі хворої дитини та наявність його дефіциту, що можливо, є одним із факторів зниження формування адекватної відповіді організму на дію алергенів.

СТАН МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Сміян О.І., Плахута В.А.

Сумський державний університет, м. Суми

У структурі дитячої захворюваності України патологія респіраторного тракту займає перше місце, при цьому частка дітей, хворих на гострий бронхіт значно зросла впродовж останніх років та складає 50-90%. У кожній 4 дитини з гострим бронхітом діагностується гострий обструктивний бронхіт (ГОБ), що значно частіше, ніж серед дорослого населення. Імунна система, як основний інтегруючий показник, приймає активну участь у патогенезі розвитку інфекційного процесу. Саме тому патологія основного імунного органу дитячого віку – тимусу – привертає значну увагу клініцистів впродовж уже більш як 400 років. Поряд із тим, дисбаланс МЕ призводить до зниження імунологічної та загальної резистентності та розвитку хронічних хвороб.

Саме тому метою нашої роботи було дослідження мікроелементного складу крові у дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт з супутньою тимомегалією.

Під спостереженням знаходилося 56 дітей, які, залежно від наявності супутньої ТМ, були розділені на 2 основні групи: I група – 28 хворих на ГОБ без ТМ та II групу склали 28 пацієнтів з ГОБ та ТМ. Для дослідження мікроелементної забезпеченості дітей, хворих на ГОБ нами було визначено вміст цинку та міді в гострому періоді (1–2 день хвороби) та на етапі видужання (11–14 день).

У результаті нами було встановлено, що на початку захворювання вміст цинку в хворих I групи достовірно знижувався до $(6,74 \pm 0,71)$ мкмоль/л, тоді як концентрація досліджуваного мікроелементу в II групі склала $(5,22 \pm 0,58)$ мкмоль/л, що вірогідно нижче за дані контрольної та I груп ($p < 0,001$).

При порівнянні динаміки рівня цинку в дітей, хворих на ГОБ було встановлено, що у пацієнтів з супутньою тимомегалією концентрація МЕ була достовірно нижча за відповідний показник I групи.

Порівняння концентрації міді при госпіталізації у всіх групах показало її збільшення у дітей I групи до $(20,68 \pm 0,91)$ мкмоль/л ($p < 0,001$) та у пацієнтів II групи до значень $(22,65 \pm 1,09)$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Вміст міді в гострому періоді ГОБ у хворих з супутньою тимомегалією достовірно перевищував відповідне значення хворих без супутньої патології ($p < 0,05$).

Після отриманого протокольного лікування рівень міді у дітей обох груп мав тенденцію до зниження. Проте вміст даного МЕ у хворих II групи перевищував рівень дітей I групи та не досягав значення пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$).

Отже, аналіз складу мікроелементів сироватки крові у хворих на ГОБ показав наявність вираженого дизелементозу. При чому в пацієнтів з супутньою ТМ спостерігається вірогідне зниження концентрації цинку та підвищення рівня міді порівняно з I групою, що скоріш за все пов'язано з комплексними змінами в гомеостазі дітей та може бути причиною функціональних порушень загрудинної залози.

Показники концентрацій мікроелементного складу крові не нормалізувалися в періоді ранньої реконвалесценції після проведеного стандартного лікування і не досягли показників відносно здорових дітей, що, можливо, пояснюється наявністю фонового дефіцитного стану та потребує пошуку нових схем терапії даного захворювання.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

Сорокман Т.В., Слободян І.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

З генетичної точки зору уроджені вади серця (УВС) – гетерогенна група аномалій серця. Вади зустрічаються як ізольовано, так і в асоціації з хромосомними аномаліями та часто є частиною синдрому полісистемних вад розвитку.

Здоров'я дитини формується під комплексним впливом спадкової схильності та зовнішніх факторів, що постійно діють як фактори ризику і фактори захисту. Під впливом комплексу факторів навколишнього середовища відбуваються патологічні зміни в різних органах і системах, функціональні, морфологічні і генетичні зсуви в організмі. За даними ВООЗ до 50% природженої патології є наслідком тератогенезу.

Мета дослідження – оцінити взаємозв'язки між окремими спадковими факторами та уродженими вадами серця у дітей.

Ретроспективно в роботі використані дані офіційної медичної статистики за 5 років (щорічні статистичні збірники 2003 – 2013 рр.). Проаналізовано протоколи секційних розтинів та інших архівних матеріалів (всього 2350). Проведено проспективне клінічно-епідеміологічне дослідження УВС дітей методом випадок-контроль. Реєстрація УВС проводилася в перші години або добу після народження на підставі клінічних даних лікарем акушер-гінекологом та/або неонатологом.

Від першої вагітності в основній групі народилося $21,5 \pm 3,4\%$ дітей, у контрольній – $48,5 \pm 6,2\%$, $p < 0,05$; від другої – $45,1 \pm 4,1\%$ і $22,7 \pm 5,2\%$, відповідно ($p < 0,01$); від третьої – $11,8 \pm 2,7\%$ і $18,2 \pm 4,7\%$ при $p > 0,1$; від четвертої і більше – $21,5 \pm 3,4\%$ і $10,6 \pm 3,8\%$, $p < 0,01$.

При вивченні акушерського анамнезу виявлено, що $34,0 \pm 3,9\%$ жінок, що народили дітей із УВС, мали штучне переривання попередніх вагітностей: одне – $23,6 \pm 3,5\%$ жінок, два – $8,3 \pm 2,3\%$, три та більше – $5,6 \pm 1,9\%$ жінок. У групі порівняння – $16,7 \pm 4,6$, $p < 0,05$. Перша вагітність закінчилася абортom у $10,4 \pm 2,5\%$ жінок-матерів дітей із УВС, що достовірно вище, ніж у жінок контрольної групи ($1,5 \pm 1,5\%$, $p < 0,05$).

При аналізі перебігу даної вагітності виявлено, що гестоз першої половини вагітності в основній групі відзначався у $52,8 \pm 4,2\%$ жінок, у контрольній групі – у $27,3 \pm 5,5\%$, $p < 0,05$. Загроза переривання в II триместрі спостерігалася у $61,1 \pm 4,1\%$ жінок основної та $15,1 \pm 4,4\%$ контрольної групи ($p < 0,05$), хронічна фетоплацентарна недостатність (ХФПН) була у $43,1 \pm 4,1\%$ жінок, які народили дітей з УВС, у групі контролю – у $12,1 \pm 4,0\%$, $p < 0,05$. Практично у всіх жінок під час вагітності була анемія різного ступеня ($91,7 \pm 2,3\%$ в основній та $87,9 \pm 4,0\%$ у контрольній групах).

У групі факторів, що визначають стан здоров'я батьків та особливості акушерського анамнезу, вірогідними є такі фактори, як кількість попередніх вагітностей та пологів ($r = +0,83$ та $r = +0,86$ відповідно, $p < 0,05$), наявність попередніх абортів ($r = +0,76$, $p < 0,05$), штучне переривання першої вагітності ($r = +0,81$, $p < 0,05$), великий проміжок між вагітностями ($r = +0,55$, $p < 0,05$), наявність попередніх викиднів та померлих дітей ($r = +0,72$ та $r = +0,62$ відповідно, $p < 0,05$), стресів під час вагітності ($r = +0,89$, $p < 0,05$), ХФПН ($r = +0,84$, $p < 0,05$), загрози переривання вагітності ($r = +0,48$, $p < 0,05$), прийом гормональних контрацептивів до зачаття ($r = +0,67$, $p < 0,05$) та діагностоване порушення репродуктивної функції у матері ($r = +0,65$, $p < 0,05$).

У жодній групі факторів не визначається одного або двох домінуючих факторів, їх більше 4-5, за величиною вони різні. Це свідчить про поліетіологічність уроджених вад серця.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА 4A/4B VNTR ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ NO-СИНТАЗИ У ДІТЕЙ-МЕШКАНЦІВ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ

**Степанова Є.І., Кондрашова В.Г., Вдовенко В.Ю., Колпаков І.Є.,
Скварська О.О., Леонович О.С.**

ДУ „Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України”, м. Київ

Алельний поліморфізм гена ендотеліальної NO-синтази (eNOS), за даними багатьох досліджень має велике значення у формуванні спадкової схильності до атеросклерозу, ішемічної хвороби серця (ІХС), артеріальної гіпертензії тощо. Частота різних варіантів поліморфізму гена eNOS в українській популяції дітей-мешканців радіоактивно забруднених територій раніше не досліджувалася.

Мета. Оцінити функціональний стан серцево-судинної системи, спадковий анамнез щодо патології серцево-судинної системи та поліморфізм 4-го інтрону гена eNOS у дітей-мешканців радіоактивно забруднених територій.

Матеріали і методи. Згідно з принципами мінімального ризику обстежено 101 дитину та підлітків у віці 7 – 18 років, які народилися та постійно проживають на радіоактивно забруднених територіях та 49 осіб контрольної групи. Програма дослідження включала визначення спадкового анамнезу щодо патології серцево-судинної системи, клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Полімеразна ланцюгова реакція проводилася за стандартним протоколом. Електрокардіографія, ехокардіографія та кардіоінтервалографія проводилися за загальноприйнятими методиками.

Результати. Отримано дані про розподіл алельних варіантів 4-го інтрону гена ендотеліальної NO-синтази у дітей-мешканців радіоактивно забруднених територій. Встановлено, що він відповідає розподілу в європейській популяції: генотип 4a/4b реєструвався у 37% дітей основної та 24,5% дітей контрольної групи ($p > 0,05$); генотип 4b/4b, відповідно, у 66,3 та у 69,4%. Генотип 4a/4a зустрівся зрідка – тільки у 6,1% дітей контрольної групи. Частота алелів 4a та 4b в основній та контрольній групах також не відрізнялася та дорівнювала, відповідно, 16,8 і 18,4% ($p > 0,05$) та 83,2 і 81,6% ($p > 0,05$). Відмічено, що високий ступінь індексу обтяженості спадкового анамнезу ($> 0,80$) реєструвався в основній групі як у дітей з генотипом 4b/4b (17,75%), так і з генотипом 4b/4a (15,16%). Показники електрофізіологічного дослідження серця за даними ЕКГ та морфометричні показники у гомозигот 4b/4b майже ідентичні порівняно із гетерозиготами 4b/4a, як у дітей основної, так і контрольної груп. Не встановлено відмінностей показників вегетативної регуляції серцевого ритму в стані відносного фізіологічного спокою в залежності від поліморфізму 4-го інтрону гена eNOS. У дітей основної групи при генотипі 4a/4b гена eNOS достовірно частіше виявляється недостатнє підключення (швидке виснаження) симпатoadреналової системи за результатами активної кліно-ортостатичної проби ніж у дітей з генотипом 4b/4b.

Висновки. У дітей, які народилися та постійно мешкають на радіоактивно забруднених територіях встановлено взаємозв'язок генотипу 4a/4b гена eNOS з реакцією вегетативної нервової системи у вигляді недостатнього підключення (швидкого виснаження) симпатoadреналової системи за результатами активної кліно-ортостатичної проби.

СТАН ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ СЕРЦЯ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ВІД БАТЬКІВ, ОПРОМІНЕНИХ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ В РЕЗУЛЬТАТІ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Степанова Є.І., Кондрашова В.Г., Вдовенко В.Ю., Боярський В.Г., Гриценко Т.В., Леонович О.С., Алексейчук Т.В., Шепелюк Т.В.

ДУ „Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України”, м. Київ

В структурі захворюваності дітей, які постраждали в результаті аварії на Чорнобильській АЕС, патологія органів травлення займає одне з чільних місць і спостерігається виражена тенденція до її щорічного зростання. В останні десятиріччя особливий інтерес дослідників спрямований на вивчення ролі дисплазії сполучної тканини в формуванні та перебігу патології шлунково-кишкового тракту.

Мета. Проаналізувати стан гепатобіліарної системи та підшлункової залози у дітей із синдромом дисплазії сполучної тканини серця (СДСТС), які народилися від батьків, опромінені в дитячому віці в результаті аварії на ЧАЕС.

Матеріал і методи. Обстежено 195 дітей, які народилися від батьків, опромінені в дитячому віці, з них 120 – із СДСТС (I група) та 75 пацієнтів без його ознак (II група). Наявність СДСТС визначали за допомогою ехокардіографії та оцінки фенотипу (карта реєстрації малих аномалій розвитку, згрупованих за принципом анатомічної локалізації, розроблена у відділі радіаційної педіатрії, вродженої та спадкової патології Інституту клінічної радіології ДУ «ННЦРМ НАМН України»). Структура паренхіматозних органів черевної порожнини оцінювалася за допомогою ультрасонографічного дослідження.

Результати. Оцінка даних поглибленого обстеження дітей показала, що в структурі захворювань превалювала хронічна патологія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. На 2-му місці знаходилися функціональні порушення підшлункової залози (диспанкреатизм) у 56,6% дітей I групи та у 52,0% дітей II групи; 3-му функціональна патологія біліарного тракту (дискінезія жовчовивідних шляхів), відповідно у 53,33 та 48,0% дітей. Функціональні розлади гепатобіліарної системи маніфестували в дошкільному віці (в період адаптації до нових мікро-соціальних умов) та їх тривалість, за даними анамнезу, коливалася понад 5 років у більшості дітей I групи (63,33%). В II групі у 73,33% дітей їх маніфестація спостерігалася в молодшому шкільному віці. Аналіз ехографічних параметрів, що характеризують морфоструктуру гепатобіліарної системи у дітей груп спостереження показав, що найбільший відсоток змін зафіксовано з боку жовчного міхура (різноманітні деформації). У дітей I групи їх частота була достовірно вищою, ніж у дітей II групи, відповідно 65,83 та 40,0%, $p < 0,001$. Це стосувалося й множинних деформацій жовчного міхура: у дітей із СДСТС – 15,83%, а в II групі – 6,67%, $p < 0,01$. Високу частоту мали дискінетичні прояви за гіпотонічним типом, відповідно в I групі у 53,33% дітей, в II – у 48,0%. Ехографічні еквіваленти холециститу виявлялися у незначній кількості дітей, а саме, у 5,83% в I-й та у 10,67% в II-й групах. При оцінці ехоструктурних особливостей підшлункової залози встановлено превалювання ознак, що характеризують функціональні порушення, а саме, збільшення її розмірів, при нормальній ехогенності та ехоструктурі (в I групі – у 64,17% і в II – 62,67% дітей).

Висновки. Таким чином, дисплазія сполучної тканини може бути підґрунтям більш виразних змін гепатобіліарної системи, а саме більшої частоти деформацій жовчного міхура, в тому числі й множинних та тривалості функціональних змін. Вірогідних відмінностей частоти ехосимптомів дистонічних і дискінетичних розладів біліарного тракту та ехоструктурних особливостей підшлункової залози у дітей груп спостереження не встановлено.

РЕАБИЛИТАЦІЯ ДІТЕЙ С БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ НА КУРОРТЕ

Танага В.А., Гостищева Е.В., Черняева Е.С., Пашенко И.В.

Медицинская академия им.С.И. Георгиевского, г. Симферополь,
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Одним из новых немедикаментозных методов лечения БА является дыхательная гимнастика с использованием дыхательных тренажеров. Тренажеры типа «PARI PEP 2» могут с успехом использоваться на этапе санаторно-курортного лечения.

Целью нашего исследования было оценить влияние дыхательной гимнастики с помощью дыхательного тренажера «PARI PEP 2» на функцию внешнего дыхания у детей с бронхиальной астмой на курорте.

Материалы и методы. Было обследовано 104 ребенка в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст $13,5 \pm 0,3$) с интермиттирующей и персистирующей бронхиальной астмой в периоде клинико-лабораторной ремиссии. Из них мальчиков было 75(72,1%), девочек – 29(27,9%). Длительность основного заболевания от 1 до 13 лет. Обследование проводилось на базе школы-интерната санаторного типа, пульмонологического профиля. В 1-ю группу вошли 53 ребенка с БА, получивших, кроме базисной терапии 10 дневный курс дыхательной гимнастики с использованием дыхательного тренажера «PARI PEP 2». Нами была использована техника дыхания, при

котрою сечення сопроотивлення було максимальним 5,0 мм, и ребенок мог удерживать давление при выдохе от 10-20 мбар в течение нескольких секунд. Курс дыхательной гимнастики составил 10 занятий, 1 раз в день 4-5 минут. Во 2-ю группу вошёл 51 ребенок с БА, которые получали базисную терапию. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось на аппарате «Спироком-ХАИ» (Украина) с определением основных показателей: ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ПОС, МОС 25-75.

Полученные результаты. Достоверных различий между показателями спирограммы в исследуемых группах до проведения курса дыхательной гимнастики выявлено не было. После проведенной 2-х недельной терапии с помощью тренажера «PARI PEP2» в основной группе отмечалось достоверное улучшение как объемных ЖЕЛ- $101,7 \pm 3,43$ ($p < 0,05$), ФЖЕЛ- $100,2 \pm 2,07$ ($p < 0,001$) и ОФВ1- $95,58 \pm 1,8$ ($p < 0,001$), так и скоростных ПОС- $90,88 \pm 2,36$ ($p < 0,05$), МОС25- $85,66 \pm 2,79$ ($p < 0,01$), МОС50- $81,88 \pm 2,89$ ($p < 0,01$), МОС75- $91,06 \pm 3,67$ ($p < 0,05$) показателей ФВД. В группе сравнения так же наметилась положительная динамика показателей ФВД, однако достоверное улучшение отмечалось только показателя ОФВ1- $95,3 \pm 1,99$ ($p < 0,05$). Через 6 месяцев отмечается положительная динамика показателей функции внешнего дыхания в обеих группах. После проведенного лечения с помощью тренажера «PARI PEP 2» мы отмечаем уменьшение бронхоспазма, который имелся у детей с БА даже в периоде ремиссии, это подтверждалось увеличением таких показателей как: ОФВ1, МОС 75. Однако, через 6 месяцев наблюдается снижение показателей ФВД по сравнению с их значениями сразу после проведенного курса, что говорит о необходимости проведения повторных курсов дыхательной гимнастики в течение года.

Выводы. Применение дыхательной гимнастики с помощью дыхательного тренажера у детей с БА дает положительный клинический эффект не только на самочувствие больного, но и на объективные показатели ФВД (в особенности на ОФВ1 и МОС 75). Это позволяет рекомендовать включать дыхательную гимнастику с использованием тренажера «PARI PEP 2» в комплекс реабилитационных мероприятий у детей с БА, находящихся в периоде ремиссии БА на этапе реабилитации, курсами не менее 2 раз в год.

ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Терлецький Р.В., Мітюряєва І.О., Гнилокурченко А.В., Демчук С.М., Степанова О.О., Гарбуз Д.В.

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

Актуальність. Проблема артеріальної гіпертензії (АГ) у дітей та підлітків являє собою актуальний напрямок дитячої кардіології, а тривалий перебіг та прогресування її призводить до ураження органів-мішеней, таких як, серце, нирки, головний мозок, сітківка ока, периферичні артерії. Прогресування та розвиток ускладнень артеріальної гіпертензії багато в чому залежить від реалізації генетичної схильності.

Мета роботи. Сформувані групи ризику та розробити прогностичні критерії ураження органів-мішеней у дітей, хворих на первинну АГ за результатами кластерного аналізу найбільш значущих показників проведених досліджень.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 186 дітей у віці від 9 до 17 років, з яких 145 дітей, хворих на первинну АГ, які увійшли в основну групу та 41 дитина контрольної групи. Всім дітям було проведено добове моніторування артеріального тиску, за результатами якого середньодобовий систолічний АТ (срСАТ) у дітей з САГ (79 дітей) був достовірно вищий, ніж у дітей з ЛАГ (66 дітей), в свою чергу обидва були достовірно вище, ніж в контролі: $133,1 \pm 7,8$ мм рт. ст. проти $122,3 \pm 4,1$ мм рт. ст., та $115,9 \pm 5,1$ мм рт. ст., $p < 0,001$. Суттєві відмінності в досліджуваних групах відзначалися за показниками денного індексу часу САТ (ісСАТд, час навантаження тиском): в групі з САГ - $68,5 \pm 11,6\%$, в групі з ЛАГ - $31,4 \pm 4,7\%$, в групі контролю - $15,7 \pm 6,7\%$, $p < 0,001$.

Для оцінки схильності до первинної АГ у дітей ми проаналізували 14 однонуклеотидні поліморфізми (ОНП) генів, що мають місце в патогенезі захворювання та визначили модель двох найбільш значущих провісників: NOS3 (Glu298→Asp) і ММП-9 (C-1562→T). З метою оцінки стану органів-мішеней у хворих на АГ в порівнянні з групою контролю, дітям проводилася динамічна реносцинтиграфія, доплерографія судин шиї, визначалися рівні ангіотензину-І, альдостерону в крові та рівні β2-мікроглобуліну в крові та сечі хворих.

Результати. Результати кластерного аналізу показали, що пацієнти з ЛАГ мають низький ризик ураження органів-мішеней, який встановлюють дітям, у яких визначається генотип Glu/Asp 7 екзону NOS3 (Glu298→Asp), товщина комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії за даними доплерографії становить менше 0,55 мм, визначається відсутність зниження функції нирок та нормальний тип ренографічної кривої з нормальними показниками ангіотензину, альдостерону та β2-мікроглобуліну крові та сечі.

Середній ризик ураження органів-мішеней у хворих на первинну артеріальну гіпертензію встановлюють дітям, у яких товщина комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії за даними доплерографії становить від 0,55 до 0,65 мм, визначається помірне зниження екскреторної функції нирок та паренхіматозний тип ренографічної кривої, з показниками ангіотензину, альдостерону та β2-мікроглобуліну крові та сечі на верхній межі норми.

Високий ризик ураження органів-мішеней при первинній артеріальній гіпертензії у дітей встановлюється, якщо визначається генотип Glu/Glu 7 екзону NOS3 (Glu298→Asp), товщина комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії за даними доплерографії перевищує 0,65 мм, та виявляється значне зниження екскреторної та фільтраційної функції нирок з можливим рефлюксним типом ренографічної кривої та показниками ангіотензину, альдостерону та β 2-мікроглобуліну крові та сечі вище норми.

Висновки. Деталізований ієрархічний кластерний аналіз дозволив обґрунтувати розподілення пацієнтів з різними формами артеріальної гіпертензії за ступенем ризику ураження органів-мішеней.

МЕСТО АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Уманец Т.Р.

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

Лейкотриены - это биологически активные жирные кислоты, источником которых является арахидоновая кислота. Доказана роль лейкотриенов в развитии аллергического ринита (АР), крапивницы, бронхиальной астмы (БА), атопического дерматита, анафилаксии.

Лейкотриены оказывают значительный бронхоконстрикторный эффект, повышают чувствительность бронхов к действию триггеров, увеличивают проницаемость сосудов и отек слизистой оболочки, синтез эпителиальных и гладкомышечных клеток, стимулируют адгезию нейтрофилов и эозинофилов.

Полученные доказательства поддерживают использование антагонистов рецепторов лейкотриенов (АРЛ) в качестве альтернативной начальной контролирующей терапии при легкой БА у детей. Младший возраст (<10 лет) и повышенный уровень лейкотриенов в моче предполагают хороший ответ на АЛР. Международные руководства и национальные протоколы по лечению бронхиальной астмы рекомендуют использовать АРЛ у больных, которые не могут или не хотят принимать ИГКС, могут использоваться в сочетании с ИГКС, так как механизмы их действия отличаются и дополняют друг друга.

Доказана эффективность монтелукаста в профилактике обострений БА в сезон ОРВИ.

Монтелукаст улучшает аспирииндуцированную астму. Обосновано применение препаратов монтелукаста у пациентов с сочетанием БА и АР.

Учитывая достаточный выбор аналогов монтелукаста в Украине, задача врача - выбрать для пациента оптимальный с клинических и экономических позиций препарат. Важными критериями выбора среди генерических препаратов являются доказательства биоэквивалентности и GMP-сертификация производств.

БЕЗСИМПТОМНА НАБУТА МЕТГЕМОГЛОБІНЕМІЯ У ДІТЕЙ: ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ І ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ

Федоренко В.І., Кіцула Л.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Забруднення довкілля, харчових продуктів шкідливими хімічними речовинами може призвести до виникнення екологічно зумовлених та екологічно залежних захворювань, знижувати адаптаційні можливості організму, ускладнювати перебіг різних захворювань тощо. Безсимптомна набута метгемоглобінемія у дітей виникає за умов підвищення концентрації метгемоглобіну в крові до 15% від загального гемоглобіну, що може призвести до гемічної та гістотоксичної гіпоксії і зумовити небезпеку для здоров'я дитини. Передусім, метгемоглобінемію у дітей пов'язують з надходженням до організму нітратів і нітритів з водою та харчовими продуктами. Проте, метгемоглобінемії у дітей можуть виникати при дії не лише прямих, а й непрямих метгемоглобіноутворювачів (важкі метали, лікарські препарати тощо), а також при захворюваннях дихальних шляхів, гастроентеритах, вірусних і бактеріальних захворюваннях тощо.

У наших дослідженнях при обстеженні групи дітей дошкільного віку у 18,7% з них виявлено концентрацію метгемоглобіну у крові до 14,9%. При вивченні надходження до організму дітей з добовим раціоном харчування нітратів і свинцю виявлено перевищення допустимої добової дози нітратів у 1,5-2,2 рази, а свинцю у 5-6 разів. Проте не всі діти мали високу концентрацію нітратів у сечі, і не у всіх дітей, у яких концентрація нітратів перевищувала 30 мг/л сечі, був підвищений метгемоглобін. Отже, однозначно пов'язувати метгемоглобінемію з надходженням нітратів з раціоном харчування не можна. Поряд з цим, на фоні зниження гемоглобіну, зменшення кількості еритроцитів у крові дітей, у сироватці крові виявлено підвищену концентрацію

заліза, що характерно для токсичної дії свинцю. Це підтверджується підвищеною екскрецією δ -АЛК з сечею. До того ж свинець стимулює утворення нітрозильних комплексів, процеси перикисного окислення ліпідів, пригнічує активність антиоксидантних ферментів, активність метгемоглобінредуктаз і тим самим може стимулювати утворення метгемоглобіну. Тому факторами ризику безсимптомної метгемоглобінемії можуть бути не лише надходження нітратів з харчовим раціоном, але й свинцю, а також комбінована дія нітратів, нітритів і свинцю (що підтверджено нами в експериментальних дослідженнях), незбалансоване харчування, індивідуальний стан здоров'я дітей.

Пропонується система профілактичних заходів виникнення набутих метгемоглобінемій, яка передбачає наступне: 1) санітарно-гігієнічні заходи (моніторинг нітратів, нітритів, свинцю у харчових продуктах, воді та добових раціонах харчування дітей з урахуванням окремої чи комбінованої дії ксенобіотиків, контроль за дотриманням правил зберігання та використання мінеральних добрив, зменшити удвічі допустиму добову дозу для нітрату та нітриту натрію); 2) проведення клінічного обстеження дітей: під час поглиблених медичних оглядів і стаціонарного лікування поряд з визначенням вмісту гемоглобіну та еритроцитів у крові визначати концентрацію заліза у сироватці крові, вміст нітратів та δ -АЛК у сечі; 3) проведення біологічної профілактики, спрямованої на підвищення адаптаційно-резервних можливостей організму дітей (пектинопрофілактика, вітамінопрофілактика, раціональне харчування).

ФЕНОТИПОВІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ, ЩО МЕШКАЮТЬ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО МІСТА

Фіалковська А.О., Ільченко С.І., Дука К.Д., Іванусь С.Г., Донець М.М.

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

Бронхіальна астма залишається однією з найбільш актуальних проблем дитячої пульмонології та алергології. Згідно з існуючими літературними даними у теперішній час бронхіальна астма розглядається як гетерогенне захворювання з існуванням різних клінічних фенотипів, що зумовлює індивідуальний підхід як в діагностиці, так і в лікуванні захворювання.

Мета. Дослідити фенотипові особливості бронхіальної астми у дітей, що мешкають в умовах сучасного промислового міста.

Матеріали. Нами було обстежено 50 дітей, хворих на бронхіальну астму, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні КЗ «ДДМКЛ №2 «ДОР» м. Дніпропетровська в 2014-2015рр. Середній вік дітей склав $11,4 \pm 0,8$ років.

Результати. Згідно наших даних, отриманих при обстеженні дітей з бронхіальною астмою, які регулярно проходили лікування у відділенні пульмонології, у 76% дітей був діагностований atopічний фенотип бронхіальної астми, у 8% дітей – неatopічний фенотип бронхіальної астми та у 16% - змішаний фенотип. В групі дітей з atopічною бронхіальною астмою переважали хлопчики – 84,2% над дівчатами 15,8%; в групі дітей з неatopічною бронхіальною астмою – хлопчиків і дівчат було порівну (50% на 50%) та змішана бронхіальна астма зустрічалася переважно у хлопчиків. У дітей з atopічним та змішаним фенотипом в 38,9% та 75,0% випадків відповідно захворювання маніфестувало в перші три роки життя, проте як у дітей з неatopічним фенотипом захворювання маніфестувало після 6 років. Серед тригерних чинників, які зумовлювали розвиток захворювання у дітей з atopічною астмою, були: аероалергени (41%), побутові алергени (18%), епідермальні алергени (22%) та харчові алергени (19%); у дітей з неatopічною астмою переважали фізичне та психоемоційне навантаження. У дітей з atopічним фенотипом бронхіальної астми в 73,7% випадків захворювання мало інтермітуючий перебіг, у 15,8% - легкий персистуючий та в 10,5% - персистуючий перебіг середнього ступеня важкості. Неatopічний фенотип бронхіальної астми характеризувався переважно інтермітуючим перебігом, у дітей зі змішаним фенотипом в 75% випадків захворювання мало інтермітуючий перебіг та у 25% легкий персистуючий перебіг. Серед усіх фенотипів бронхіальної астми в жодному випадку не було зареєстровано персистуючої астми важкого перебігу.

Таким чином, проведений аналіз дозволяє зробити висновки, що на сьогоднішній день серед дітей сучасного промислового міста домінуючим фенотипом бронхіальної астми є atopічний, друге та третє місце посідають змішаний та неatopічний фенотипи захворювання. Atopічний та змішаний фенотипи бронхіальної астми характеризуються раннім початком захворювання, переважанням неінфекційних тригерних чинників, неatopічний фенотип – пізнім початком захворювання та пов'язаний переважно з фізичним та психоемоційним навантаженням.

Отримані дані під час проведених досліджень допоможуть розробити індивідуальні підходи в лікуванні та реабілітації дітей з бронхіальною астмою.

ВИПАДКИ МУКОПОЛІСАХАРИДОЗУ У ПРИКАРПАТТІ

¹ **Фоменко Н.М.,¹ Синоверська О.Б.,¹ Березна Т.Г.,
² Масленнікова О.В.,² Ганущак Г.О.,² Марусик Б.Д.,² Коновалова М.Т.**

¹ ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ

² ОДКЛ, м. Івано-Франківськ

Мукополісахаридоз (МПС) – спадкове порушення обміну речовин, при якому у лізосомах клітин неконтрольовано накопичуються кислі глікозаминоглікани (ГАГ), внаслідок порушення їх розпаду (деградації). На сьогодні відомо 7 типів та 14 підтипів даного захворювання. МПС супроводжуються системними ураженнями, оскільки нагромадження ГАГ, які є складовою частиною сполучної тканини, відбувається в усіх органах та системах. При більшості типів МПС розвивається глибока розумова відсталість, тяжка інвалідизація, рання смертність за винятком I типу, підтипу S (Шайє), IV та VI типів. За 25 років в обласному МГЦ були діагностовані різні типи МПС: МПС I типу - 5 випадків, МПС II типу - 4; МПС III типу - 2; МПС IV типу - 3; неідентифіковані типи МПС – 7 випадків. Наводимо випадок складної діагностики синдрому Шайє у хворого. Пробанд, хлопчик 15 років поступив на планове лікування в ОДКЛ із скаргами на деформації, скутість та обмеження рухів, болі в суглобах китиць, ліктьових, колінних суглобах, поперековому відділі хребта. Генеалогічний анамнез не обтяжений, але батьки вихідці з одного села. Народився від першої вагітності, перших пологів. У психомоторному розвитку не відставав. Хворіє з п'яти років, коли появились зміни з боку суглобів: збільшення в об'ємі, скутість, обмеження рухів, болі, які в динаміці збільшувались. У віці семи років в ОДКЛ встановлено діагноз ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА), але ефекту від терапії не спостерігалось. Після огляду генетика запідозрено мукополісахаридоз у зв'язку з особливостями фенотипу: знижений ріст, наявні лицеві дизморфії - крупна голова, грубуваті риси обличчя, помірна пастозність лица, *asnae vulgaris*, вузькі очні щілини, незначний ціаноз та набряклість губ та язика, шия короткувата, ключиці деформовані, наявна деформація грудної клітки, згинальні контрактури у великих та дрібних суглобах, особливо виражені у міжфалангових суглобах кистей з деформацією їх по типу «кігистої лапи» та стоп з переважанням згинальних контрактур та різкими функціональними їх обмеженнями. Тони серця дещо ослаблені, прослуховується систолічний шум на основі серця. Живіт помірно збільшений в об'ємі, наявна пупкова кила. Печінка +1см, селезінка +0,5см. В біохімічному аналізі крові підвищення активності АЛТ-1.17; АСТ-0.73; тимолова проба – 8,73(N 0-4), ензимодіагностика в умовах Київського Центру метаболічних захворювань: активність α -L-ідурунідази - 0,95 нмоль/год/мг білку (N-39,7 \pm 13,8). Дитині проведені також ЕХО-КС, рентгенографія ліктьових суглобів, променево-зап'ясних та суглобів кистей. В результаті проведеного обстеження встановлено клінічний діагноз: Лізосомна хвороба накопичення, мукополісахаридоз I-S типу (синдром Шайє); контрактури ліктьових, променево-зап'ясних, міжфалангових суглобів кистей і стоп з порушенням їх функцій; мікроаномалії серця: міксоматоз стулок мітрального і аортального клапанів; кондуктивна приглухуватість на праве вухо; складний гіперметропічний астигматизм обох очей. 3 лютого 2015 року дитині розпочата замісна терапія рекомбінантним препаратом дефіцитного ферменту - альдуразимом: щотижнево дитині вводиться 6000 одиниць даного препарату. На даний час проведено 11 інфузій, специфічних побічних ефектів не спостерігалось, відмічається покращення загального стану хворого, зменшення деформацій кистей та покращення їх функціонального стану, зменшення розмірів печінки та селезінки.

ОСОБЛИВОСТІ МІНЕРАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ДІТЕЙ З РІЗНИМ ВИДОМ ВИГОДОВУВАННЯ

Фролова Т.В., Охупкіна О.В., Амаш А.Г.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

«Грудне вигодовування (ГВ) – «золотий стандарт» харчування дітей першого року життя та єдиний спосіб вигодовування дітей, що не можна порівняти ні з чим», ВООЗ, 2000. Однією з умов успішної адаптації та підтримки високих функціональних ресурсів організму дитини є адекватне надходження в організм макро- та мікроелементів (МЕ) та їх засвоєння, що безсумнівно залежить від виду вигодовування.

Мета дослідження. Встановити особливості мінерального профілю дітей в залежності від виду вигодовування.

Комплексно обстежено 50 дітей (23 хлопчика та 27 дівчат) у віці 5 місяців, тобто до початку прикорму. З них 20 дітей знаходились на ГВ та склали першу групу дослідження, 15 дітей знаходились на змішаному вигодовуванні (ЗВ) та склали другу групу і 15 дітей, які отримували виключно молочну суміш, тобто знаходились на штучному вигодовуванні (ШВ) й увійшли в третю групу. Методом спектрометрії було досліджено мінеральний склад волосся.

Визначено, що діти, які отримували ГВ мають однакові середні показники МЕ профілю з дітьми, які знаходились на ЗВ та ШВ за показниками Mg – 0,032 - 0,034%, Cr – 0,714 - 0,791%, Sr – 0 - 0,005%, Ti – 0,1 - 0,065%, Ni – 0 - 0,003%, Br – 0 - 0,009%, Cl – 0,08 - 0,92%. Для дітей, які отримували ГВ притаманні наступні середні показники МЕ профілю: Na – 0,038%, P – 0,01%, S – 0,449%, Fe – 0,766%, Cu – 0,395%, Zn – 0,414%, K – 48,69%, Ca – 48,375%, Pb – 0,028%. Для дітей, які знаходились на ЗВ характерним виявились наступні показники мікро- та мікроелементів: Na – 0,035%, P – 0,039%, S – 0,901%, Fe – 0,646%, Cu – 0,265%, Zn – 0,905%, K – від 31,497 до 95,694%, Ca – від 49,179 - 64,6%, Pb – 0,008%. Діти, які отримували виключно молочну суміш за показниками Na – 0,019%, P – 0,36%, S – 0,943%, Fe – 0,884%, Cu – 0,068%, Zn – 0,357%, K – від 25,686 до 47,54%, Ca – від 37,547 - 69,9%, Pb – 0% мали певні відмінності від дітей 1 та 2 груп.

Узагальнюючи результати дослідження можна зазначити, що у дітей, які знаходяться на ГВ та ЗВ показники МЕ профілю за рівнем Na не мають достовірних відмінностей. У дітей, які знаходяться на ЗВ та ШВ однакові показники за рівнем P, S, Pb. У всіх трьох групах з боку співвідношення Fe, Cu, Zn, K, Ca встановлено достовірну відмінність ($p < 0,05$).

Таким чином, різні види вигодовування суттєво впливають на стан МЕ профілю дітей раннього віку та відповідно відіграють певну роль у формуванні загального стану здоров'я підростаючого покоління, що ще раз повинно звернути на себе увагу неонатологів, лікарів-педіатрів та сімейних лікарів.

ВПЛИВ ЕЛЕКТРОННИХ ПРИСТРОЇВ НА НЕРВОВО-ПСИХІЧНИЙ СТАН СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ

Фролова Т.В., Атаманова О.В., Охалкіна О.В., Шкільнюк М.С.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Погроза надмірного використання електронних розваг (ЕР) дітьми шкільного віку в останні роки здобуває велику актуальність. Візуально-інформативне оточення сучасного школяра за останні роки потерпає істотних змін. Це пов'язане з «інформаційною революцією», що відбувається з появою нових електронних пристроїв і їх популярністю серед дітей та підлітків. За даними статистики, на тепер сучасними гаджетами користується близько 94% дітей у віці 5-18 років. Актуальною для нашого суспільства є проблема девіантної поведінки учнів під впливом ЕР та зниження комунікативних навичок, а також негативний вплив ЕР на розвиток творчих здібностей школярів.

Мета. Оцінити вплив застосування електронних пристроїв на нервово-психічний стан організму школярів.

Комплексно обстежено 80 учнів Харківського ліцею №89 віком 9-13 років (40 дівчат та 40 хлопців). Опитування проводили за допомогою спеціально розробленої анкети.

За даними анкет, електронні гаджети мають 91% школярів, у середньому від 1 до 3 сучасних пристроїв: мобільні телефони, планшети та ноутбуки. Крім дзвінків та смс (75%), діти користуються Інтернетом (57%), іграми (89%), використовують калькулятор (40%), диктофон (4%), фотографують (85%), слухають музику (5%). Існують певні гендерні особливості використання електронних розваг: хлопчики частіше грають, користуються Інтернетом. Дівчатка частіше дзвонять, відправляють смс, роблять фото ($p < 0,001$). З'ясовано, що 86% опитуваних вважають використання сучасних електронних пристроїв надмірним. Аналіз медичних аспектів використання ЕР показав, що у 90% школярів з'являється занепокоєння, якщо поруч немає мобільного телефону, 50% відчувають дратівливість, якщо їм заважають грати або відправляти смс, 40% скаржаться на часті головні болі і 26% - на порушення сну. Сухість і свербіж очей від частого використання ЕР відзначають 24% школярів. Періодичні проблеми з пам'яттю відмічають 65% дітей. Звертає на себе увагу, що школярі які користуються електронними пристроями більш ніж 6 годин на добу, під час фото стимуляції на енцефалографії реєструється значне збільшення хвиль тета-діапазону та дифузна пароксизмальна активність без чіткої локалізації. Окрім того, у цієї групи школярів у 80% випадків відмічається суттєве зменшення зональних відмінностей, що свідчить на користь дисбалансу електричної активності головного мозку та може стати підґрунтям щодо формування нейроциркуляторних порушень.

Таким чином, сучасні школярі використовують електронні розваги щоденно і вони є обов'язковим компонентом повсякденного життя. ЕР є одним із впливових джерел формування агресії, порушення функціонального стану організму дитини та її індивідуальних здібностей, що знижує морально-етичний рівень особистості, приводить до втрати фізичної (психічної) рівноваги. Усе вищезазначене стає підґрунтям щодо необхідності вдосконалення профілактичної роботи медичних працівників, педагогів та дитячих психологів серед дітей шкільного віку з метою роз'яснення правил використання електронних пристроїв та інформування про їх вплив на стан здоров'я.

СТАН АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗМУ СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ

Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Сіняєва І.Р., Терещенкова І.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Діти - привілейована частина суспільства, а стан їхнього здоров'я визначає перспективи розвитку держави. Рівень функціонування головних систем організму - критерій, який відображає рівень здоров'я дітей та підлітків з позицій морфо-функціональної зрілості дитячого організму з урахуванням вікових особливостей.

Мета дослідження. Визначення рівню соматичного здоров'я та ступені адаптаційних можливостей організму школярів на сучасному етапі розвитку суспільства.

Комплексно обстежено 1200 школярів віком 8-17 років, з них 530 дітей препубертатного (хлопчики 8-13 років – 257 (21,42%), дівчатка 8-12 років 273 - (22,75%)) та 670 дітей пубертатного віку (хлопчики 14-17 років – 314 (26,17%), дівчатка 13-17 років – 356 (29,67%)). Експрес-оцінку соматичного здоров'я школярів проводили за допомогою оцінки комплексу морфологічних та функціональних показників (індекс Робінсона (ІР), адаптаційний потенціал (АП)). Статистичний аналіз проведено на підставі параметричних, непараметричних критеріїв, імовірнісного розподілу ознак і кореляційного аналізу. Дослідження виконані з урахуванням міжнародних біотичних стандартів.

Аналіз результатів дослідження показав, що тільки 10,92% дітей умовно здорові, 89,18% школярів мають ту чи іншу хронічну патологію і/або функціональні розлади органів та систем.

Аналіз дослідження адаптаційних можливостей організму школярів показав, що 10,8% дітей мають середні показники ІР, що відображає задовільний стан резерву серцево-судинної системи та, відповідно, і рівень соматичного здоров'я. При цьому серед хлопчиків препубертатного віку тільки 5,1% мали середні значення даного показника, що достовірно нижче у порівнянні з дівчатками тієї ж вікової групи (19,8%, $p < 0,05$). При аналізі ІР у дітей пубертатного віку достовірних гендерних особливостей встановлено не було, а задовільні функціональні резерви серцево-судинної системи мали 10,5% хлопчиків та 11,2% дівчаток. Аналіз рівню адаптаційних можливостей дітей та підлітків показав, що 31,4% дітей мають задовільну адаптацію ($АП = 1,93 \pm 0,12$), 41,8% - напруження адаптаційних механізмів ($АП = 2,12 \pm 0,35$), а 26,8% дітей – незадовільну адаптацію ($АП = 3,53 \pm 0,35$). Слід зазначити, незадовільний рівень адаптаційних можливостей відмічались у 85,0% хлопчиків препубертатного віку ($p < 0,05$). Встановлено, що низькі показники ІР (вище 110 балів) та АП (вище 2,51 балів) мають прямий сильний зв'язок із наявністю у дитини поєднаної хронічної соматичної патології і/або функціональних розладів ($r = 0,87$ та $r = 0,88$ відповідно, $p < 0,05$). Напруження процесів адаптації ($АП 2,11-2,50$) має прямий кореляційний із функціональними порушеннями різних органів та систем організму ($r = 0,69$, $p < 0,05$).

Таким чином, низький енергопотенціал організму дітей шкільного віку може призводити до розвитку полісистемних та поліорганичних порушень на тлі перенапруження адаптаційних механізмів. Саме в період зросту та розвитку організму дитини навіть незначне напруження адаптаційних можливостей може призвести до трансформації функціональних розладів та до нозологічних станів у хронічні патологічні форми.

ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ІНСОМНІЇ У ПІДЛІТКІВ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Хайтович М.В., Очеретько В.В., Місюра О.М.

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

Якість життя, пов'язана із здоров'ям, розглядається як інтегральна характеристика фізичного, психічного і соціального функціонування здорової і хворої людини. Метою дослідження було встановити поширеність інсомнії (безсоння) серед підлітків та її вплив на якість їх життя.

У двох школах міста Києва проанкетовано 189 школярів (96 дівчаток і 93 хлопчиків) віком від 13 до 15 років (в середньому $14,10 \pm 0,78$ років). Анкета містила питання щодо частоти та характеру порушень сну. Якість життя вивчалась за допомогою тесту SF-36. Для статистичної обробки результатів застосовували однофакторний дисперсійний аналіз.

Виявлено, що у 13 (13,5%) дівчаток і 12 (12,9%) хлопчиків порушення сну відмічаються декілька разів на тиждень або щоночі, у 15 (15,6%) дівчаток і 12 (12,9%) хлопчиків – 2-3 рази на місяць, у 45 дівчаток (46,8%) і 47 (50,5%) хлопчиків – дуже рідко. Загалом інсомнія відмічалась у 76 (79,2%) дівчаток і 65 (69,9%) хлопчиків.

Серед підлітків із інсомнією ізольовані пресомнічні розлади відмічались у 19 (25%) дівчаток і 30 (46,5%) хлопчиків; ізольовані постсомнічні – у 29 (38,1%) дівчаток і 16 (29,2%) хлопчиків; ізольовані інтрасомнічні – у 4 (5,2%) дівчаток і 7 (10,8%) хлопчиків; комбіновані пре-

постсомнічні – у 16 (21,0%) дівчаток і 11 (16,9%) хлопчиків; комбіновані пре-інтрасомнічні у 10 (13,5%) дівчаток і 1 (1,5%) хлопчика.

Часта інсомнія у підлітків (2 і більше разів на тиждень) порівняно із підлітками без інсомнії асоціювалась із достовірним ($P < 0,005$) зниженням таких показників SF-36, як рольове фізичне функціонування ($61,00 \pm 4,89$ балів проти $86,11 \pm 3,65$ балів); загальне здоров'я ($61,64 \pm 3,64$ балів проти $78,33 \pm 2,71$ балів); життєздатність ($46,72 \pm 3,64$ балів проти $71,22 \pm 2,71$ балів); психологічне здоров'я ($60,48 \pm 3,23$ балів проти $74,75 \pm 2,41$ балів). У підлітків, у яких інсомнія відмічалась рідше 1 разу на тиждень, також спостерігалась тенденція до зниження показників якості життя, але зміни були не достовірними.

У підлітків із інтрасомнічним типом інсомнії відмічено найнижчі ($P < 0,05$) показники психологічного здоров'я ($61,82 \pm 4,92$ балів), рольового емоційного функціонування ($66,45 \pm 8,12$ балів), життєздатності ($54,09 \pm 5,68$ балів) та загального здоров'я ($57,27 \pm 5,48$ балів), тоді як у підлітків контрольної групи – відповідно $76,00 \pm 2,35$ балів, $82,33 \pm 4,36$ балів, $73,64 \pm 2,72$ балів та $78,12 \pm 2,62$ балів. Також суттєво знижені показники якості життя були у підлітків із комбінованими (пре-постсомнічною та пре-інтрасомнічною) формами інсомнії.

Отже, у 79,2% дівчаток і 69,9% хлопчиків підліткового віку періодично відмічається безсоння, причому у 13,5% дівчаток і 12,9% хлопчиків - частіше ніж 2 рази на тиждень. Серед ізольованих форм у дівчаток частіше спостерігаються постсомнічні розлади, у хлопчиків – пресомнічні. Найнижчі значення за шкалами загального здоров'я та життєздатності відмічаються у підлітків із частими інтрасомнічними або комбінованими розладами. Отримані результати вказують на необхідність розробки програми з профілактики та корекції безсоння у підлітків.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ПРИКАРПАТТЯ

Цимбаліста О.Л., Бобрикович О.С., Вовк З.В.

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

Івано-Франківська область відноситься до ендемічних районів по дефіциту йоду. Проведено аналіз захворюваності на тиреоїдну патологію у дітей Прикарпаття впродовж 2007-2013 рр. Найчастіше і постійно діагностується ДНЗ I ст. у дітей гірської місцевості у порівнянні з передгір'ям Карпат ($p < 0,001$) та рівнинними районами ($p < 0,001$) з явною тенденцією до зниження в усіх районах ($p < 0,001$). Аналогічно найвища захворюваність на ДНЗ II ст. за весь період спостереження виявлена в гірській місцевості у порівнянні з передгір'ям Карпат ($p < 0,001$) та рівнинною місцевістю ($p < 0,001$) з тенденцією до зниження за весь час спостереження. Зросла кількість випадків гіпотиреозу у дітей гірської ($p < 0,001$) та рівнинної місцевості ($p < 0,001$), і зменшилась в Передгір'ї Карпат ($p < 0,001$). Поодинокі випадки вузлового зобу спостерігаються переважно в гірських і рівнинних районах з тенденцією до росту. Закономірностей у захворюваності на тиреотоксикоз та тиреоїдит не виявлено.

Поодинокі випадки тиреотоксикозу діагностуються в усіх районах з перевагою в рівнинній місцевості. Залишається стабільною за весь період спостереження захворюваність на тиреоїдит в гірських, з тенденцією до росту в рівнинних районах.

Проведено обстеження 225 дітей старшого шкільного віку, хворих на ожиріння, в умовах ОДКЛ. Встановлено, що у дітей з гірських районів з найбільшою частотою і вищими показниками індексу маси тіла спостерігаються прояви метаболічного синдрому (МС). У дітей гірської місцевості з проявами МС спостерігалися істотно вищі показники індексу маси тіла та артеріального тиску у порівнянні з їх ровесниками з рівнинних районів проживання ($p < 0,001$). Вказані показники у дітей Передгір'я Карпат займали проміжне місце. Важливо відзначити, що у дітей, хворих на ожиріння та з проявами МС з гірських районів проживання, виявлено вищі показники загального холестерину ($p < 0,05$), тригліцеридів ($p < 0,05$), холестерину ліпідів низької щільності ($p < 0,05$) відповідно вищий та індексу ентерогенності ($p < 0,05$), ніж у їх ровесників з Передгір'я Карпат ($p < 0,05$) та рівнини ($p < 0,05$). Гіперлептинемію виявлено у всіх дітей з проявами МС незалежно від району проживання та у більшості дітей, хворих на ожиріння. Вміст лептину у сироватці крові у дітей з проявами МС є вищим, ніж у хворих на ожиріння. Показники вмісту лептину у дітей з проявами МС з гірської місцевості є істотно вищими, ніж у їх ровесників з інших районів проживання ($p < 0,05$). Аналогічно частота інсулінорезистентності є вищою у дітей гірської місцевості з проявами МС ($p < 0,05$), ніж у їх ровесників, хворих на ожиріння, з Передгір'я Карпат та рівнини. Порівняльний аналіз вмісту тиреотропного гормону (ТТГ) у сироватці крові у дітей констатує, що у дітей гірських районів з проявами МС гіпотиреоз діагностовано у два рази частіше, ніж у хворих на ожиріння з інших районів проживання. Виявлено дисбаланс тиреоїдних гормонів в найбільшій мірі спостерігається у дітей з гірських районів проживання: знижений вміст Т4 ($p < 0,05$) та підвищений рівень ТТГ ($p < 0,05$). У дітей з Передгір'я Карпат та рівнини показники гормональної функції щитовидної залози знаходились в межах нормальних величин.

Отже, у дітей гірських районів Прикарпаття з доведеним зниженим вмістом йоду в ґрунті спостерігається більше виражене ожиріння з порушеннями ліпідного і вуглеводного обміну, які є важливими предикторами ранніх ускладнень МС, таких як атеросклероз і цукровий діабет 2 типу.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

¹ Цюра О.Н., ¹ Бужинская Н.Р., ² Башкирова Н.В.

¹ Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

² Областная детская клиническая больница, г. Харьков

Ежегодная статистически подтвержденная картина заболеваемости бронхолегочной патологией позволяет отнести ее к наиболее распространенной среди детского населения. Изменения сердечно-сосудистой системы при заболеваниях органов дыхания развиваются медленно и долго носят стертый характер. Вполне допустимо, что умеренная, но длительная гиперкапния и гипоксемия вызывают и гипоксию миокарда, что нарастает с каждым последующим обострением. Кардиоваскулярные нарушения при бронхолегочной патологии являются потенциально обратимыми в детском возрасте, что требует своевременно и правильно оценить риск для конкретного больного и скорректировать тактику терапии в зависимости от полученных результатов. То есть необходимо индивидуализировать лечение и «лечить не болезнь, а больного».

Целью настоящего исследования явилась оценка риска развития сердечно-сосудистых нарушений у детей с бронхолегочной патологией.

Материалы и методы. Под наблюдением было 20 детей (из них: 55% мальчиков и 45% девочек), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ОДКБ г. Харькова в возрасте от 3 до 17 лет. Обследование включало анкетирование с целью выявления факторов риска, оценку объективного статуса с проведением антропометрии, пробы Руфье. Состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным электрокардиографии (ЭКГ), УЗИ сердца, ДоплерЭхоКГ (по показаниям).

Результаты. Из обследованных у 60% детей было острое заболевание и ребенок не относился к группе часто болеющих детей, а у 40% детей отмечалось обострение хронической патологии легких. При анкетировании выявлено, что у 17,8% детей отягощен анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, у 30% - по бронхолегочной патологии. Показатели пробы Руфье у обследуемых: хорошие и отличные – у 40%, удовлетворительные – у 33,4%, слабые и неудовлетворительные – у 26,6%. При этом показатели значительно хуже у детей с обострением хронической или рецидивирующей патологии легких. На ЭКГ у 45,5% детей выявлены нарушения ритма, из них у 80% - синусовая брадикардия, 20% - тахикардия. Данные изменения ритма сердечной деятельности могут быть связаны с повышенной чувствительностью нервно-регуляторных механизмов сердца к кислородной недостаточности. При УЗИ сердца малые структурные аномалии выявлены у 45,5% детей, нарушения гемодинамики выявлено не было.

Выводы. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы напрямую зависит от вида и тяжести бронхолегочной патологии: при хроническом тяжелом течении переносимость физических нагрузок у детей значительно ухудшается, а также повышается риск развития кардиоваскулярных осложнений.

СТЕПЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СИМФЕРОПОЛЬСКОМ РАЙОНЕ

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

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь,
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Физическое развитие является одним из ведущих показателей состояния здоровья, это динамический процесс роста и биологического созревания ребенка в разные периоды детства. На физическое развитие детей влияют факторы: эндогенные (состояние здоровья родителей, их возраст, течение беременности, наследственность); экзогенные (качество и количество питания, режим дня, эмоциональное состояние ребенка, климатические и географические условия, острые и хронические заболевания). Чем значительнее отклонения в физическом развитии ребенка, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний. Методы оценки физического развития просты в исполнении для детей любого возраста и информативны. Поэтому оценка физического развития ребенка является одним из важнейших критериев состояния его здоровья.

Цель. Изучить динамику физического развития здоровых доношенных детей первых месяцев жизни, находящихся на естественном и смешанном вскармливании.

Материалы и методы. Проведены антропометрические измерения 107 здоровых детей в возрасте от 0 до 6 месяцев жизни, проживающих в Симферопольском районе. Проанализированы показатели: масса и длина тела, окружности головы (ОГ) и груди (ОГр), расчет индекса массы тела (ИМТ). Результаты сравнивались с нормами, установленными ВОЗ.

Результаты исследований. Средние антропометрические показатели новорожденных детей: вес - 3451,5 г (max- 4400 г, min-2450 г), средняя ежемесячная прибавка массы тела в первые три месяца жизни – 890 г (max-1230 г, min-730 г). Рост - 51,7 см (max-57 см, min-46 см), средняя ежемесячная прибавка роста - 3 см (max-5 см, min-1,7 см). ОГ - 33,4 см (max-37 см, min-33 см), средняя ежемесячная прибавка ОГ - 1,7 см (max-3 см, min-1 см). ОГр в среднем - 34,6 см (max-36,5 см, min-32 см), средняя ежемесячная прибавка ОГр 2,2 см (max-2 см, min-1 см). В 3 месяца вес ребенка в среднем – 6215 г (max-8100 г, min-4500 г). Ежемесячная прибавка массы тела в период 3-6 месяцев – 550 г (max-1000 г, min-300 г). Рост – 61 см (max- 69 см, min-54 см). Средняя ежемесячная прибавка в росте 2,5 см (max-3,3 см, min-1,3 см). ОГ - 38,4 см (max-44 см, min-37 см). Средняя ежемесячная прибавка ОГ – 1 см (max-2 см, min-0,3 см). ОГр - 40,3 см (max-44 см, min-34 см). Средняя ежемесячная прибавка ОГр 1,5 см (max-2,3 см, min-0,5 см). В 6 месяцев средние показатели: вес ребенка – 7949 г (max-9300 г, min-6200 г). Рост – 68 см (max-76 см, min-58 см). ОГ - 44,5 см (max-46 см, min-37,5 см). ОГр - 46,7 см (max-47 см, min-38 см). Показатель ИМТ у обследуемых детей: у новорожденных – 12,9, в 3 месяца – 16,7, в 6 месяцев – 17,2.

Выводы. Физическое развитие детей первого года жизни, проживающих в Симферопольском районе, по основным антропометрическим показателям соответствует среднестатистическим нормам, представленным ВОЗ. Уровень физического развития соответствовал показателям функциональной зрелости организма. Полученные данные физического развития возможно использовать в оценке состояния здоровья детей. Для своевременной оценки состояния здоровья и физического развития ребенка необходимо строгое соблюдение графика посещений и осмотров педиатра.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ШКОЛЬНИКОВ

Чурилина А.В., Митюрёва И.А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

Актуальность. В современных условиях компьютеризации, неудовлетворительной экологической обстановки изменяется состояние здоровья детей. Поэтому особое значение приобретает полноценное физическое развитие детей. Одним из критериев оценки физического здоровья детей является уровень функциональной адаптации организма. Оценка уровня функциональной адаптации организма проводят путем оценки функционального состояния систем кровообращения и дыхания. Оценка функционального состояния системы кровообращения проводят на основании исследования показателей артериального давления и частоты пульса, а также по показателю пробы Руфье.

Целью исследования было изучение и оценка функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы у школьников с помощью пробы Руфье.

Материал и методы. Проба Руфье (30 приседаний за 45 секунд) проведена среди учащихся третьих и девярых классов. Из общего числа школьников двух третьих классов и двух девярых классов были выбраны соответственно 42 и 32 учащихся. Уровни функционального резерва сердца оценивали в зависимости от возраста («Інструкція про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури» МОЗ і МОН України № 518/674 від 20.07.09).

Результаты исследования. При оценке антропометрических характеристик установлено, что среди учащихся третьих классов дети с средним физическим развитием составили 47,6%, с высоким и выше среднего физическим развитием – 42,9%, ниже среднего – 9,5%. Среди учащихся девярых классов преобладали дети с высоким и выше среднего физическим развитием – 62,5%. Среднее физическое развитие имели 37,5% детей. Индекс массы тела более 95 перцентилей выявлен у 9 школьников (28,1%) девярых классов и трех школьников третьих классов (7,1%). Дети, опережающие возрастные нормативы антропометрических характеристик, могут иметь напряжение адаптационных механизмов.

При оценке функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы у школьников с помощью индекса Руфье выявлена недостаточная физическая подготовленность и снижение уровня функциональных резервных возможностей сердечно-сосудистой системы. Из 42 учащихся 6 школьников пробу не выполнили. В частности, они выполнили только 15 или 20 приседаний. Средний уровень функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы имели 23,8% школьников, низкий и ниже среднего – 21,4%, высокий – 54,8%. Среди учащихся девярых классов средний уровень функциональных резервных возможностей сердечно-сосудистой системы имели 65,6%, низкий и ниже среднего – 31,3% и высокий уровень – только 3,1%.

Таким образом, большинство школьников имели недостаточные резервные возможности сердечно-сосудистой системы.

ЗНАЧЕННЯ ДОБОВОЇ рН–МЕТРІЇ СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ З ПОЗАСТРОВОХІДНИМИ ПРОЯВАМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Шаламай М.О., Сторожук І.В., Однорогова Г.Г

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

В теперішній час особлива увага надається проблемі вивчення взаємозв'язку патології стравоходу і трахеобронхіального дерева. Патологічний гастроєзофагеальний рефлюкс (ГЕР) виявляється у 20–94% хворих на бронхіальну астму (БА). В 40% випадків ГЕР є причиною виникнення кашлю. Завданням дослідження було вивчити частоту, характер ГЕР у дітей з БА за допомогою добового рН–моніторингу стравоходу. Обстежено 80 дітей, з них у 42 дітей був виявлений ГЕР, 38 дітей – страждали на БА та ГЕР. В групі дітей хворих БА і ГЕР спостерігається достовірне зниження значення обтяженості спадкового анамнезу з боку шлункового тракту.

Отримані дані свідчать про те, що фактор спадковості відіграє певну роль в розвитку моторних порушень верхніх відділів травного тракту. Серед клінічних симптомів у дітей з ГЕР, домінуючими були відрижки (76,19%), печія (43,3%), нудота (29,53%), біль в епігастрії (76,19%). Серед дітей з БА і ГЕР на біль в епігастрії скаржилось 39,4% дітей, печію – 15,15% дітей, наявність астено-вегетативного синдрому – 21,2%. Печія, яка є єдиним симптомом, характерним тільки для ГЕР, зустрічається лише у 1/3 дітей з даною патологією і лише у 15,5% дітей з поєднанням ГЕР з БА. Висока специфічність симптому печії відмічається при ГЕР, а чутливість під час діагностики ГЕР є низькою. Тобто, даний симптом є специфічним, але малочутливим, ці скарги не можуть вважатись провідними при встановленні діагнозу ГЕР у дітей і для встановлення клінічного діагнозу необхідно проводити інструментальне дослідження шлунково–кишкового тракту. Аналіз результатів добового рН–моніторингу стравоходу свідчить, що у дітей з БА спостерігається достовірне збільшення показників загальної кількості рефлюксів з $\text{pH} < 4,0$, кількість рефлюксів з $\text{pH} < 4,0$ тривалістю більше 5 хвилин, кількість рефлюксів з $\text{pH} > 7,0$, час стравохідної експозиції кислоти і час з $\text{pH} < 4,0$ в горизонтальному положенні в порівнянні із такими ж показниками у дітей з ГЕР. Це свідчить про наявність ГЕР і дуоденогастрального рефлюкса у дітей з БА. У 33 дітей з бронхіальною астмою має місце наявність патологічного гастроєзофагеального рефлюксу. У 5 дітей діагностовано на рН–грамі ГЕР лужним вмістом, у 22 дітей – кислі і у 6 дітей змішані рефлюкси. На основі даних рН–моніторингу стравоходу виявлено наявність патологічного рефлюксу, але наявність ГЕР не залежить від ступеня важкості БА. В період загострення БА у дітей збільшується рН мінімальна, загальна кількість кислих рефлюксів і кількість рефлексів тривалістю більше 5 хвилин.

Таким чином, встановлено, що клінічні прояви та перебіг гастроєзофагеального рефлюкса у дітей характеризується наявністю больового, диспепсичного та респіраторного синдромів. Основною скаргою, яка дозволяє запідозрити наявність ГЕР у дітей, є печія, яка є високоспецифічним, але малочутливим симптомом. У 86,84% дітей, хворих на бронхіальну астму, спостерігаються патологічні ГЕР кислим та лужним вмістом та не виявлено статистично значимих відмінностей між загальною кількістю рефлексів, їх тривалістю, часом експозиції кислого і дуоденального вмісту в стравоході, тривалістю найбільш довгого рефлексу.

РОЛЬ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ В РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У ДІТЕЙ

Шаламай М.О., Сторожук І.В.

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

Актуальність проблеми недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) визначається широкою її поширеністю, тенденцією до накопичення генетичних дефектів у загальному генофонді, схильністю до виникнення набутої патології, труднощами диференційної діагностики, а також особливостями перебігу окремих клінічних форм, зниженням якості життя, розвитком ранньої інвалідазації та раптовою смертю у молодому віці.

Мета дослідження. Виявити закономірність розвитку хронічних захворювань внутрішніх органів у пацієнтів із НДСТ, виявити значення рівня магнію сироватки крові.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 40 пацієнтів із НДСТ (порогова кількість стигм дизембіогенезу складала більше 6) та 20 осіб без ознак даного синдрому. Всім пацієнтам було проведено комплексне обстеження (загальноклінічне, визначення рівня магнію сироватки крові, інструментальне – ЕКГ, ФЕГДС, УЗД органів черевної порожнини). Аналіз фенотипових та вісцеральних маркерів НДСТ проводилось за допомогою спеціально розробленого протоколу дослідження (96 стигм дизембіогенезу). Для статистичної обробки результатів дослідження були використані методи варіаційної статистики.

Результати. У обстежених пацієнтів середня кількість фенотипових стигм складала $14,5 \pm 0,9$, вісцеральних – $3,6 \pm 0,3$, що є суттєво вищим за порогову кількість мікроаномалій сполучної тканини. Серед фенотипових стигм найчастіше виявлялись астенична конституція (85,0%), сколіоз (55,0%) та плоскоступість (40,0%), серед вісцеральних стигм – нефроптоз (45,0%), гастроезофагеальний рефлекс (27,5%), перетяжки жовчного (17,5%). Були виявлені наступні хронічні захворювання: у 15 дітей (37,5%) – хронічний пієлонефрит, у 11 пацієнтів (27,5%) – ГЕРХ, у 3 осіб (7,5%) – хронічний некалькульозний холецистит, у 2 дітей (5,0%) – хронічний панкреатит. Середній рівень магнію в сироватці крові у дітей із НДСТ був знижений і складав $0,63 \pm 0,4$ ммоль/л, у той час, як у контрольній групі він знаходився у допустимих межах, що підтверджує патогенетичну роль дефіциту іонів магнію у розвитку НДСТ.

Висновки. Таким чином, синдром НДСТ являє собою певний аномальний фон для розвитку хронічних захворювань внутрішніх органів. Оскільки у всіх пацієнтів відмічається зниження рівня магнію сироватки крові, вчасна патогенетична корекція дефіциту даного мікроелементу може попередити прогресування хронічних захворювань.

ПОРУШЕННЯ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Шевченко Т.А., Мітюряєва І.О., Гнилокурєнко Г.В.

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

На сьогоднішній день проблема цукрового діабету (ЦД) залишається актуальною, що пов'язано із високою розповсюдженістю ЦД серед дитячого населення, важкістю перебігу, розвитком хронічних ускладнень, утрудненням їх лікування. Збільшення тривалості життя хворих на ЦД 1 типу ставить проблему діагностики та лікування хронічних ускладнень на перше місце.

За даними літератури у розвитку мікроангіопатій при ЦД провідне місце надається гіпотезі глюкозотоксичності. В умовах гіперглікемії ушкоджуються ендотеліоцити, підвищується глікерування білків, альдозоредуктазна активність, змінюється рівень вазоактивних речовин (оксид азоту, ендотелін, простагландини, гістамін та ін.), розвивається оксидативний стрес. Все це призводить до пошкодження кровоносних судин. На дію патологічних факторів на організм першими реагують капіляри. Актуальним залишається дослідження при ЦД капілярного кровотоку, що дозволяє виявити наявність ризику розвитку мікроангіопатії на ранніх стадіях та допоможе попередити їх подальший розвиток і забезпечити задовільну якість життя хворих.

Метою дослідження було вивчення стану мікроциркуляторного русла (МЦР) у дітей хворих на ЦД 1 типу в залежності від тривалості захворювання.

Матеріал та методи. Нами було обстежено 60 дітей хворих на ЦД 1 типу віком від 3 до 17 років, з тривалістю захворювання в середньому $4,6 \pm 3,3$ років. Діти були розподілені на чотири групи в залежності від тривалості захворювання. У I групу увійшли діти, які хворіли менше 1 року, у II групу – від 1 до 3 років, у III групу – від 3 до 5 років, у IV групу – з тривалістю захворювання більше 5 років. Стан МЦР вивчали за допомогою капіляроскопії нігтьового ложа IV пальців кистей табіомікроскопії кон'юнктиви ока. Капіляроскопію нігтьового ложа проводили за допомогою капіляроскопа М-70 при збільшенні у 70 разів по методиці W. Lombard. Стан МЦ кон'юнктиви ока оцінювали за допомогою щільної лампи ЩЛ-2Б при збільшенні у 45 разів за методикою Н.Б. Шульпіної.

Результати дослідження. За результатами нашого дослідження виявили наявність 1 ступеня порушення МЦ у всіх групах майже в однаковій кількості. Простежувалась тенденція до збільшення кількості хворих із 2 та 3 ступенів порушення МЦ у III та IV груп. Так, 2 і 3 ступінь порушення МЦ була виявлена у хворих IV групі в 37,5% і 25% випадків, при цьому в I групі 2 і 3 ступінь порушення МЦ визначалась у 11,8% ($p < 0,05$) хворих, що в 2-3 рази менше ніж в IV групі. Також, нами було простежено, що у дітей перших 2-х груп з невеликою тривалістю захворювання в основному діагностувались пізні ускладнення – такі, як кетоз, ліподистрофія, діабетичний гепатоз та полінейропатія. У дітей 3-ї та 4-ї груп, які хворіли більше 5 років, окрім вище перерахованих ускладнень приєднувалась діабетична нефропатія, а у дітей із тривалістю захворювання більше 5 років діагностували мікроангіопатію ($p < 0,05$). При біомікроскопії кон'юнктиви ока нами було встановлено, що судинні зміни зустрічались у дітей всіх груп. Внутрішньосудинні зміни відмічались у дітей другої та четвертої груп, поза судинні зміни – у дітей першої, другої та четвертої груп.

Висновок. Таким чином, проведені нами дослідження мікроциркуляції виявили порушення різного ступеня в залежності від тривалості захворювання та тяжкості ускладнень, що потребує своєчасного призначення адекватної корекції.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИЙ ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЧУТЛИВОСТІ БАКТЕРІАЛЬНИХ БІОПЛІВОК ДО ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ІНФЕКЦІЯХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

**Широбоков В.П., Майданник В.Г., Мітюряєва І.О.,
Понятовський В.А., Гнилокурєнко Г.В., Водяник А.А.**

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

Актуальність. На інфекційні захворювання сечових шляхів хворіють приблизно 3% дітей віком до 18 років, 20-30% з усіх випадків рецидивують через 6 місяців після першого епізоду захворювання. Високу здатність до хронізації інфекційних процесів сечових шляхів, розвиток стійкості до багатьох антибіотиків все частіше пов'язують зі здатністю бактерій утворювати біоплівку.

Мета. Дослідити здатність бактерій збудників інфекцій сечових шляхів (ІСШ) до плівкоутворення. Дослідити ефективність антибіотиків, що широко застосовуються у сучасній практиці та наночастинок срібла (НЧС) по відношенню до планктонних форм бактерій та бактерій у складі біоплівки.

Матеріали і методи. Інтенсивність біоплівкоутворення була визначена у бактерій, що були виділені у дітей з ІСШ, за допомогою стандартного методу аналізу біоплівок з використанням 96-луночних мікропланшетів. Мінімальна інгібуєча концентрація (МІК) антибіотиків та НЧС для планктонних форм бактерій була визначена методом серійних розведень хіміопрепарату. МІК протимікробних препаратів для бактерій у біоплівці визначалася методом серійних розведень після отримання біоплівки методом мікропланшетів. Інтенсивність плівкоутворення (ІП) оцінювалася за показниками оптичної щільності (ОЩ) досліджуваних зразків бактеріальної плівки.

Результати дослідження. Досліджено 8 клінічних ізолятів бактерій, виділених від дітей, що мали клінічні ознаки гострого пієлонефриту та дітей, що мали безсимптомну бактеріюрію, та 2 лабораторні штамами (*E.coli* K12, *S.aureus*). ІП незначно варіювала у різних видів бактерій: *S.aureus* (1 штам) – $0,428 \pm 0,009$ ОЩ, *E.coli* (5 штамів) – $0,423 \pm 0,024$ ОЩ, *K.pneumoniae* (2 штами) – $0,433 \pm 0,018$ ОЩ, лабораторні штами – $0,404 \pm 0,023$ ОЩ. Збудники гострого пієлонефриту (*E.coli*, *S.aureus*) формували біоплівку на рівні – $0,43 \pm 0,01$ ОЩ, штами виділені при безсимптомній бактеріюрії (*E.coli*, *K.pneumoniae*) – $0,37 \pm 0,02$ ОЩ. Чутливість до досліджуваних протимікробних речовин незначно варіювала у збудників ІСШ. Найбільшу ефективність мав амоксицилін: МІК – $0,0003$ мг/л, цефтріаксон, цефотаксим – $0,003$ мг/л, фурагін – 3 мг/л, НЧС – 30 мг/л. Бактерії у складі біоплівки стали стійкішими до амоксициліну та цефотаксиму у 100 разів (МІК – $0,03$ та $0,3$ мг/л відповідно), до цефтріаксону у 10 разів (МІК – $0,03$ мг/л), МІК фурагіну не змінилася, МІК НЧС – 50 мг/л. Чутливість до амоксициліну у біоплівочних форм бактерій зросла у 10 разів при додаванні протеаз (МІК – $0,003$ мг/л), окремо протеази не справляли бактеріостатичного ефекту. Фурагін показав однакову ефективність для планктонних та біоплівочних бактерій, але був ефективним у великих концентраціях – 3 мг/л.

Висновки. Бактерії, збудники гострого пієлонефриту, формують біоплівки більш інтенсивно, ніж бактерії, що були виділені у дітей з безсимптомною бактеріюрією. Стійкість до антибіотиків у збудників ІСШ зростає у десятки разів при формуванні біоплівки. Використання протеаз збільшує активність антибіотиків по відношенню до біоплівочних форм бактерій *in vitro*. НЧС пригнічують ріст бактерій збудників ІСШ як в планктонній формі так і у складі біоплівки.

ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ ТИРЕОЇДНОГО СТАТУСУ НА НЕРВОВО-ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ

Шлєєнкова Г.О.¹, Маменко М.Є.²

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

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

Актуальність. Оптимальне функціонування гіпофізарно-тиреоїдної системи є важливою умовою народження здорової дитини та її подальшого розвитку. Дефіцит тиреоїдних гормонів на різних етапах ante- та післянатального розвитку призводить до порушення формування структур головного мозку, затримки психічного та стато-кінетичного розвитку.

Мета дослідження: вивчити взаємозв'язок між функціональним станом гіпофізарно-тиреоїдної вісі, характером ураження нервової системи та рівнем нервово-психічного розвитку дітей раннього віку.

Пацієнти та методи. У первинному обстеженні взяли участь 118 вихованців Луганського обласного будинку дитини №2. Оцінка функціонального стану ЦНС та нервово-психічного розвитку проводилась за результатами стандартного неврологічного огляду та тестування за методикою "ГНОМ" (Козловская Г.В., 2007). Функціональний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи вивчали за допомогою визначення рівня тиреотропіну (ТТГ) та вільного тироксину (віл. Т4) у сироватці крові.

Результати. Вивчення функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної вісі дозволило встановити, що рівень ТТГ у сироватці крові від 0,4 до 2,0 мОд/л мали лише 34/118 (28,8±4,1%) дітей. Показники ТТГ знаходилися в інтервалі 2,0-4,0 мОд/л у 52/118 (44,1±4,5%) обстежених. Рівень ТТГ перебільшував 4,0 мОд/л у 32/118 (27,1±4,1%) випадків. Підвищення рівня ТТГ >4,0 мОд/л статистично частіше спостерігалось у дітей із синдромом затримки стато-кінетичного та передмовленнєвого розвитку – у 39,6±6,3% випадків (23/58) проти 19,3±7,1% (6/31) вихованців з синдромом рухових порушень ($p=0,087$) та 13,5±7,2% (3/22) – із синдромом підвищеної нервово-рефлекторної збудливості ($p=0,051$). У групі дітей із синдромом затримки стато-кінетичного та передмовленнєвого розвитку медіана тиреотропіну складала 3,5 мОд/л [QR: 2,6; 4,7] проти 3,1 мОд/л [QR: 1,9; 3,9] у дітей з синдромом рухових порушень ($p=0,076$), та 2,83 мОд/л [QR: 1,82; 3,70] у пацієнтів із синдромом підвищеної нервово-рефлекторної збудливості ($p=0,697$) та 2,1 мОд/л [QR: 0,8; 3,1] у дітей без порушень функціонування нервової системи ($p=0,637$). При проведенні кореляційного аналізу за Спірменом між рівнем ТТГ та коефіцієнтом нервово-психічного розвитку (КПР) було встановлено сильний зворотний зв'язок $\rho = -0,68$ ($p < 0,001$). Між рівнем віл. Т4 та КПР навпаки існував прямий кореляційний зв'язок $\rho = 0,52$ ($p < 0,001$). Отже, при напруженні функціонування гіпофізарно-тиреоїдної системи спостерігаються порушення нервово-психічного розвитку, що об'єктивно відображає знижений КПР.

Висновки. Підвищення рівня ТТГ понад 4,0 мОд/л мають 27,1±4,1% вихованців будинку дитини. Найбільш виражене напруження функціонування гіпофізарно-тиреоїдної системи спостерігається серед дітей із синдромом затримки стато-кінетичного, психічного та передмовленнєвого розвитку. Між рівнем ТТГ та значенням коефіцієнту психічного розвитку спостерігається виражений зворотній кореляційний зв'язок ($\rho = -0,68$), а між рівнем віл. Т4 та КПР – прямий кореляційний зв'язок помірною ступеню ($\rho = 0,52$).

ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Шутова Е.В., Павленко Н.В., Ганзий Е.Б., Бабаджанян Е.Н., Солодовниченко И.Г.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Вступление. В структуре заболеваний пищеварительного тракта у детей, наряду с гастродуоденальной патологией, преобладают заболевания желчевыводящей системы. В последние годы увеличилось число пациентов детского возраста с обменно-воспалительными заболеваниями билиарного тракта. В качестве неспецифического фактора патогенеза заболеваний билиарного тракта особое значение приобретает оксидативный стресс.

Цель исследования: изучить параметры оксидативного стресса и антиоксидантной защиты у детей на этапах формирования желчнокаменной болезни для оптимизации диагностики заболевания на ранней стадии.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 80-ти детей в возрасте 5-18 лет (мальчики – 35 (42,7%), девочки – 45 (57,3%), находившихся на обследовании и лечении в городском гастроэнтерологическом отделении по поводу желчнокаменной болезни. В соответствии с задачами исследования дети с ЖКБ были разделены на две группы: 1 группу составили 38 (47,5%) пациентов, у которых диагностирована ЖКБ (II стадия); и 2 группу – 42 (52,5%) с ЖКБ (I стадия). Диагноз желчнокаменной болезни у детей верифицирован согласно протоколам диагностики и лечения. Состояние прооксидантной системы анализировали по наличию продуктов ПОЛ (малоновый диальдегид - МДА) и ПОБ (карбонилированные белки - КБ). Антиоксидантная активность плазмы крови оценивалась по следующим показателям: активности супероксиддисмутазы (СОД), активности глутатионпероксидазы (ГПО), активности церулоплазмينا (ЦП). Группу контроля составили 18 практически здоровых детей.

Обсуждение результатов. Согласно данным проведенного исследования, у детей с ЖКБ определены разнонаправленные нарушения системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и белков (ПОБ); системы антиоксидантной защиты (АОЗ). Оксидативный стресс и дисбаланс антиоксидантной системы выявлен у 91,0% обследованных больных. Одновременное повышение уровня вторичных продуктов ПОЛ и снижение основных показателей антиоксидантной системы защиты является фактором развития воспаления слизистой билиарного тракта – одного из звеньев механизма формирования желчных камней. По результатам исследования установлено, что у детей с ЖКБ достоверно повышена активность ПОЛ и ПОБ на фоне снижения АОЗ плазмы крови, что определяет необходимость назначения антиоксидантной терапии. Степень выраженности и характер изменений показателей зависят от степени метаболических нарушений на этапах формирования холелитиаза. Полученные результаты подтверждают современные литературные данные о роли оксидативного стресса при ЖКБ.

Выводы. На основании проведенного исследования определены особенности окислительного гомеостаза на основе показателей оксидативного стресса у детей с ЖКБ. Показано, что у детей с ЖКБ наблюдается окислительный дисбаланс, который характеризуется повышением активности процессов свободнорадикального окисления липидов и белков при снижении активности системы АОЗ. Полученные данные позволяют рассматривать оксидативный стресс, как один из факторов в патогенезе холелитиаза у детей.

ТИПОЛОГІЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Юзва О.О.

Дитяча клінічна лікарня №6, м. Київ

Головний біль – часта причина звернення дітей за медичною допомогою. Розповсюдженість головного болю серед дитячого населення в світі сягає від 37% - 51% в початкових класах до 57 - 82% в середніх та старших класах. Відповідно до світових досліджень, найчастіші головні болі в дитячому віці – це мігрень, в підлітковому – головний біль напруги.

Головний біль може суттєво впливати на щоденну діяльність дітей та підлітків. ВООЗ описує мігрень на 19 місці, серед розладів, що призводять до втрати працездатності у світі. Половина опитаних дітей повідомила, що їх успішність знизилася на 50% через напади головного болю. Деякі автори вважають, що діти та підлітки, які хворіють мігренню відчувають зниження якості життя порівняно, як діти хворі на рак.

Міжнародна асоціація головного болю в третій версії Міжнародної класифікації головного болю (2013) виділила окрему категорію – головний біль внаслідок нераціонального лікування головного болю та зловживання медикаментами. Причиною такого стану може бути невірне встановлення типу головного болю.

При аналізі досліджень поширеності головного болю серед популяції дитячого населення (7 – 18 років) в різних країнах було виявлено найнижчий відсоток скарг на головний біль – 25,5% в Індії та найвищий 88% в Норвегії. Частка головного болю напруження серед загальної кількості дітей з головним болем від 7,8% в Турції до 58% в Норвегії, а частка мігрени від 7,8% в Росії до 35% в країнах Європейського союзу. Частота поширеності мігрени зменшується від Європейського населення, до Афроамериканського та Азійського.

В дослідженнях, які вивчали типологію головної болі серед дітей віком 3-18 років, що звернулися до лікаря зі скаргами на головний біль, більша частка головної болі напруги – 25,6-27,8%, а частка мігрени становила 44-74%.

Нераціональне або самостійне лікування нападів головного болю становить від 20% до 80% в залежності від розвитку країни. В Європейському союзі головний біль внаслідок нераціонального лікування діагностується у 3,1% дитячого населення.

При обстеженні 348 пацієнтів Міського центру Вегето-судинних дисфункцій м. Києва, протягом лютого – квітня 2015 року, головний біль був виявлений у 80% дітей та підлітків з діагнозом ВСД. Діти (4-6 років) – 2%, (7-10 років) – 15,5%, (11-15 років) – 55%, підлітки (16-17 років) – 27% відповідно. Серед них хлопчиків – 39%, а дівчаток 61%. Серед типів головного болю, головний біль напруги виявлений у 36%, мігрень – 10,5%, симптоми вертебробазиллярної недостатності – 17,5%, посттравматичний головний біль – 1,5%, новоутворення головного мозку та доброякісна внутрішньочерепна гіпертензія по одному випадку. Серед пацієнтів з головним болем патологія постави відмічена у 8%, патологія органів зору – 5%, підвищений артеріальний тиск – 4,5%, цереброастенічний синдром у 17,5 дітей.

Можна зробити висновок, що діагностика типів головного болю, і як наслідок призначення раціонального лікування повинна бути покращена. Як показують результати закордонних досліджень, велику допомогу для правильного встановлення типу головного болю відіграє ведення дітьми «Щоденника головного болю». Дане навчання серед дитячого населення з головними болями необхідно впроваджувати.

ДІАГНОСТИЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ МАРКЕРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ КИШЕЧНИКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ГРУП ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ

Юрків О.І., Макарова О.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Одним із найбільш розповсюджених патологічних станів шлунково-кишкового тракту у новонароджених є порушення складу та функції мікрофлори товстої кишки, які виникають під впливом перинатальних факторів та є передумовою розвитку запальних захворювань кишечника у майбутньому. Клінічні прояви порушень функціонального стану кишечника у новонароджених на фоні перинатальної патології неспецифічні, їх вираженість залежить від тривалості й тяжкості порушень, наявності чи відсутності фонових станів при ознаках ендогенної інтоксикації. Діагностика порушень з боку кишечника проводиться шляхом детального вивчення даних анамнезу, клінічного огляду дитини з виявленням місцевих та системних проявів захворювання, а також, поглибленого лабораторного дослідження.

Для вивчення клініко-параклінічних діагностичних критеріїв розвитку порушень шлунково-кишкового тракту створено 2 групи дослідження: I - 30 новонароджених з перинатальною патологією різного ступеня важкості; II – 30 дітей з фізіологічним перебігом раннього неонатального періоду. На 6-7 день у I групі було відмічено суттєве збільшення рівня альфа-1-антитрипсину $1125,7 \pm 56,25$ мг/г проти II групи $96,5 \pm 1,83$ мг/г, $p > 0,05$ який є маркером інтерстиційної втрати білка та свідчить про підвищення проникливості слизової оболонки кишечника. При запаленнях рівень α -1-антитрипсину може зростати втричі, внаслідок чого його відносять до маркерів гострофазового запалення. Підвищення рівня альбуміну у дітей I групи $55,1 \pm 2,76$ мг/г відносно II групи $3,0 \pm 0,15$ мг/г, $p > 0,05$ свідчить про порушення процесів пристінкового всмоктування, а також про проходження плазми в просвіт кишечника. Рівень IgA у випорожненнях новонароджених, які мали ознаки порушень функціонального стану кишечника, був дещо вищим, порівняно зі здоровими новонародженими – відповідно $534,3 \pm 26,72$ мг/г та $373,8 \pm 18,69$ мг/г, $p > 0,05$. Імовірно, підвищення рівня IgA у новонароджених з перинатальною патологією може бути пов'язано з порушеннями становлення біоплівки, характерної для даного етапу формування мікробіоценозу, з переважанням умовно-патогенної мікрофлори.

Тому, рання діагностика порушень функціонального стану кишечника у новонароджених надасть змогу підвищити ефективність лікування та попередити розвиток захворювань у грудному віці.