

## ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

### ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОКСИДУ АЗОТУ В РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОГО ПРОЦЕСУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ

*Д.Р. Андрійчук, Т.В. Сорокман*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Оксид азоту (NO) – це представник нового класу універсальних регуляторів фізіологічних функцій організму людини.

В останні роки особлива увага дослідників сконцентрована на вивчення ролі NO у гастропротекції у дітей. Відомо, що NO опосередковує гастропротекторні ефекти гастрину, морфіну, нестероїдних протизапальних препаратів і гіперемію, послаблює етанолове пошкодження шлунка. Оксид азоту сприяє загоєнню виразок гастродуоденальної зони, оскільки здатний підсилювати кровопостачання слизової оболонки як одну з головних ланок гастропротекції. Разом з простагландинами оксид азоту бере активну участь у підтриманні цілісності слизової оболонки шлунка, запобігаючи виразкоутворенню. Проте потрібно мати на увазі, що NO може бути агресивним фактором (при ураженнях слизової оболонки), підсилюючи цитотоксичність деяких медикаментозних препаратів. Надлишкова продукція NO за рахунок експресії індукованої NOS викликає ослаблення резистентності слизової оболонки до пошкодження та володіє прямим цитотоксичним ефектом.

Таким чином, оксид азоту відіграє важливу роль в розвитку виразкового процесу гастродуоденальної зони у дітей, виступаючи як потужний гастропротектор самостійно і кооперативно з простагландинами. Але при надлишковій продукції NO бере безпосередню участь в утворенні виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей.

### ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Н.В. Банадига*

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

Проблемою сучасності залишається відсутність чітких диференційних критеріїв ураження підшлункової залози (ПЗ) у дітей. Дискусія триває і щодо власне функціональних порушень функції ПЗ. В ході дослідження, яке охоплювало 107 дітей із хронічною патологією органів травлення, були застосовані спеціальні методи дослідження: 1) оцінка стану зовнішньосекреторної функції ПЗ: а) проведення провокаційного прозеринового тесту; б) визначення рівня еластази в крові методом ІФА; 2) імунологічні: рівень імуноглобулінів А, М, G та кріоглобулінів (КГ). Встановлено, що у хворих, у яких були виявлені клінічні маркери ураження ПЗ, рівень еластази крові був високим:  $(136,75 \pm 6,65)$  Од/мл,  $p < 0,001$ , а також у 77,14 % випадків супроводжувався патологічним типом амілазної кривої. Саме у цієї групи пацієнтів виявлено дисімуноглобулінемію: підвищений вміст IgA  $(2,28 \pm 0,12)$  г/л;  $p < 0,001$ , IgM  $(3,29 \pm 0,11)$  г/л;  $p < 0,001$ , а також високий рівень КГ  $(129,26 \pm 10,15)$  ум. од.;  $p < 0,001$ , у крові. У хворих, що не мали клінічних ознак ураження ПЗ, рівень еластази крові був нормальним, лише вміст IgG був високим ( $p < 0,05$ ) та супроводжувався підвищеними КГ  $(71,42 \pm 15,47)$  ум. од., у 39,9 % випадків – патологічним типом амілазної кривої, що обумовлено загостренням основної патології.

**ПРОБЛЕМА ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ*****В.В. Безрук, Ю.М. Нечитайло, О.В. Макарова******Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці***

Проблема інфекцій сечовидільної системи (ІСВС) у дітей є актуальною в Україні та Чернівецькій області зокрема. Про це свідчать статистичні дані останніх років, де відслідковується чітка тенденція до зростання даної патології, збільшення частки хронічної патології видільної системи. Відмічається збільшення кількості пацієнтів, госпіталізованих до нефрологічного відділення міської дитячої клінічної лікарні, з гострими та необструктивними формами пієлонефриту: у 2004 р. – 151 дитина, у 2007 р. – 197 дітей, за перше півріччя 2008 р. – 226 дітей.

Звертає на себе увагу низка особливостей, що притаманні сучасному перебігу ІСВС: збільшилася частка збудників мікоплазмозу (*M. hominis*, *M. genitalium*) та уреоплазмозу (*U. urealyticum*) походження; перебіг ІСВС, особливо на фоні мікст-інфекції, як правило, важчий та торпідний щодо лікування. Збільшилася роль внутрішньоутробного інфікування як першопричини ІСВС. Нівелювалася гендерна «нерівність» даної патології, проблема перестала бути суто «жіночою» і актуальна для дітей чоловічої статі практично у всіх вікових групах.

До заходів, що позитивно вплинуть на ситуацію, можна віднести наступні: своєчасну та «адекватну» скринінгову (як приклад, застосування мультитестових смужок) та лабораторну діагностику, лабораторно підтверджене етіологічне лікування, повноцінне диспансерне спостереження за дітьми, що перенесли інфекції сечовидільної системи.

**БАКТЕРИАЛЬНА ТРАНСЛОКАЦІЯ І ГЕПАТОБИЛІАРНА СИСТЕМА:  
КЛІНІЧЕСЬКІ ПРОЯВЛЕННЯ І ПРИНЦИПИ КОРРЕКЦІЇ*****Ю.В. Белоусов******Харківська медична академія післядипломного освіти***

Микрофлора ребенка обладает огромным биологическим потенциалом, способным обеспечить полную защиту организма и его метаболическую поддержку. Однако при снижении бактериостатической и детоксикационной функций кишечной микрофлоры нередко наблюдается феномен бактериальной транслокации – проникновение бактерий из желудочно-кишечного тракта во внутреннюю среду организма.

Возможны различные варианты бактериальной транслокации с развитием различных патологических процессов. Но наиболее страдает гепатобилиарная система, прежде всего печень, которая является своего рода органом-мишенью, т.к. именно в печень по воротной вене поступает кровь из кишечника. В первую очередь страдают процессы печеночного метаболизма, но могут отмечаться и структурные повреждения гепатоцитов. В результате бактериальной транслокации (микробы и токсины) в печени и внепеченочной билиарной системе развиваются воспалительные процессы и дискинетические изменения внепеченочного билиарного тракта, печеночно-клеточная дисфункция, неспецифический реактивный гепатит, внутрипеченочный интраглобулярный холестаз, стеатогепатит, неалкогольный гепатоз.

Каждое из этих состояний требует индивидуального подхода, но можно выделить и общие принципы лечения: укрепление надэпителиального слизистого слоя – цитомукопротекторы, коррекция кишечного дисбиоза – пребиотики и пробиотики, ликвидация метаболических расстройств со стороны печени – гепатопротекторы, коррекция холестаза – желчегонные, урсолиевая кислота.

**ХРОНІЧНИЙ НЕСПЕЦИФІЧНИЙ НЕВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ У ДІТЕЙ:  
КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ*****О.Ю. Белоусова******Харківська медична академія післядипломної освіти***

Хронічний неспецифічний невіразковий коліт (ХННК) у дітей – це хронічне рецидивуюче захворювання, що починається частіше в дошкільному і молодшому шкільному віці. Основ-

ними (визначальними) факторами ризику його розвитку є аліментарний та інфекційний, які реалізуються на тлі обтяженої спадковості по захворюваннях органів травлення (насамперед кишечника). Патологічний процес реалізується за допомогою двох основних механізмів – аліментарного та інфекційного, що призводять до розвитку дисбіозу, запалення та порушень моторики товстої кишки. Основними клінічними проявами ХННК у дітей є абдомінальний біль, який поєднується з хронічним запором, часто з домішкою слизу, і лише зрідка чергується з нестійкими випорожненнями. При пальпації живота характерна болючість у ділянці сигмоподібної кишки, яка часто виявляється спазмованою.

Діагноз ХННК верифікується за допомогою ректоскопічного, іригографічного та морфологічного досліджень. Збіг результатів ректоскопічного й морфологічного досліджень становить 85,09 %, морфологічного та іригографічного – 72,4 %, що свідчить про досить високу інформативність ректоскопії та іригографії у діагностиці ХННК.

Основні принципи лікування ХННК повинні базуватися на дієтичній терапії з обов'язковим дотриманням режиму харчування, протизапальному лікуванню й нормалізації біоценозу, корекції рухової функції кишечника й симптоматичній терапії інших клінічних проявів захворювання.

### ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ТЕРАПІЇ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ У ХВОРИХ ІЗ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

*В.В. Бережний, Т.В. Марушко*

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

Синдром дисплазії сполучної тканини є фактором ризику розвитку ускладнень і формування особливостей перебігу набутої патології в дитячому віці.

Вивчали особливості клінічного перебігу ревматоїдного артриту у дітей на фоні дисплазії сполучної тканини та удосконалення лікування цієї групи хворих.

Під нашим спостереженням знаходилося 42 дитини із переважно суглобовою формою ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА), з них у 25 (59,5 %) виявлені фенотипічні ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини (різноманітні дизморфії верхніх і нижніх кінцівок, серця, очей, шлунково-кишкового тракту). При аналізі клінічного перебігу ЮРА середня кількість уражених суглобів у дітей із ознаками дисплазії сполучної тканини склала  $2,61 \pm 0,15$ , а у дітей без ознак дисплазії –  $2,16 \pm 0,12$  ( $p < 0,05$ ). Середня кількість загострень на рік у першій групі хворих –  $2,48 \pm 0,18$ , у групі співставлення –  $2,23 \pm 0,17$  ( $p > 0,1$ ). Виявлені також розбіжності у функціональних змінах з боку серця, нервової системи, шлунково-кишкового тракту.

Запропоновано схеми удосконалення лікування із використанням препаратів, що сприяють поліпшенню стану та довготривалій ремісії в даній групі хворих.

### ВИЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ КІСТКОВОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

*В.В. Бережний, Ю.І. Тодика*

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

На сьогоднішній час увагу лікарів і дослідників привертає проблема ранньої діагностики та попередження розвитку остеопорозу у дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА). Проблема остеопенії та остеопорозу у дітей з ЮРА є актуальною не тільки через патогенетичні особливості основного захворювання, а й через розвиток несприятливих побічних ефектів на кісткову тканину глюкокортикостероїдів і модифікуючих хворобу препаратів, що отримують хворі.

Вивчали процеси кісткового ремоделювання у дітей, хворих на ЮРА. Обстежено 25 хворих віком від 4 до 17 років, яким було встановлено діагноз ЮРА, з різною давністю та активністю захворювання. Визначали рівні сироваткового кальцію, фосфору, лужної фосфатази, фракції оксипроліну крові (вільний та білковозв'язаний). Було виявлено зниження

рівнів сироваткового кальцію, фосфору. Підвищення активності лужної фосфатази спостерігалось у половини обстежених хворих (14), у інших було виявлено зниження активності лужної фосфатази. Рівні вільного оксипроліну в крові були підвищеними. Отримані результати свідчать про значне підвищення швидкості кісткового обміну з превалюванням процесів кісткової резорбції у дітей, хворих на ЮРА, які отримували глюкокортикостероїдну терапію.

## ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

*В.В. Бережний, Н.І. Токарчук, Г.Ю. Звенігородська*

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Досліджували гормональний стан (рівень ТТГ, вТ4, кортизолу) 30 дітей першого року життя, народжених з ММТ. Основну групу склали 18 (60 %) дітей із захворюванням бронхолегеневої системи, групу порівняння – 12 (40 %) малюків, які на час обстеження не мали ніяких змін з боку органів дихання. Серед обстежених переважали діти із ММТ – 16 (53,3 %) дітей, тоді як малят з ДММТ було 14 (46,7 %). У дітей основної групи було виявлено тенденцію до підвищення ТТГ, а рівень вТ4 залишався на нижній границі норми. У дітей групи порівняння показники ТТГ і вТ4 відповідали нормативним значенням. Разом із тим у малюків основної групи виявлена тенденція до зниження рівня кортизолу у сироватці крові, тоді як у дітей групи порівняння рівень кортизолу, як і ТТГ і вТ4, відповідав середнім віковим значенням.

Підвищення рівня ТТГ у дітей основної групи певним чином гарантує відповідність адаптаційних зсувів потребам організму. Однак невисокі значення кортизолу у даній групі дітей можуть бути прогностично несприятливими та не забезпечувати інтенсивність адаптаційних реакцій до формування гормональної відповіді на захворювання.

## АНАЛІЗ ПОМИЛОК В ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ: ПОГЛЯД КРИЗЬ ПРИЗМУ ЧАСУ

*Л.В. Беш, О.І. Мацюра, О.М. Беш*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Історія лікування бронхіальної астми (БА) – це історія не лише великих досягнень, але й багатьох, нерідко непоправних помилок. І, напевне, найбільшим розчаруванням стали роки захоплення хірургічними методами її лікування, тоді як найбільшим успіхом можна вважати створення інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС). Однак і сьогодні існують проблеми, які породжують помилки в лікуванні даної патології, передусім це складності у трактуванні важкості перебігу БА в окремих пацієнтів; варіант «трудної» астми, яка погано піддається терапії; проблеми співпраці між усіма учасниками лікувального процесу. На жаль, не завжди вдається забезпечити адекватний обсяг базисної терапії БА. Сьогодні доведено, що у разі важкого перебігу хвороби обов'язковим є застосування ІГКС. Практика показує, що така тактика далеко не завжди дотримується. Найчастіше проблема полягає в недотриманні лікарських, неадекватному виборі інгаляційного засобу і неправильному проведенні інгаляції. Поліпшенню ситуації сприяють простий режим дозування ліків, постійний їх прийом як спосіб життя пацієнта і часті візити до лікаря.

Відомо, що БА нерідко супроводжується супутньою патологією, яка суттєво впливає на її перебіг. Зокрема, серйозні терапевтичні проблеми зумовлює вчасно нерозпізнаний і нелікований алергічний риніт та необґрунтована антибіотикотерапія. Ми пережили період захоплення антибіотикотерапією БА і період повного її виключення. Наш досвід дозволив визначити чіткі показання до призначення антибіотиків (АБ). Ми вважаємо, якщо температура під час загострення БА не нормалізується протягом 3 діб, мокротиння набуває слизисто-гнійного характеру, а базисна терапія астми не дає ефекту і ознаки бронхообструкції прогресують, можна припустити приєднання вторинної бактеріальної інфекції і слід призначити АБ. Більше того, вони обов'язково призначаються у разі затяжного астматичного приступу.

Лікарські помилки сьогодні нерідко пояснюються зміною патоморфозу БА. Умови, в яких доводиться працювати лікарям, швидко змінюються, існує постійна потреба опрацювання нових протокольних стандартів діагностики і лікування.

## НЕЙРОЕНДОКРИННІ ПОКАЗНИКИ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

*Н.В. Богатова, М.М. Каладзе*

*Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського*

Ми зіставили вегетативну реактивність (ВР) як показник реактивності організму, тим більше що вона є загальною універсальною реакцією на організменому рівні зі станом кори надниркової залози і продукцією найважливішого гормону «адаптації» – кортизолу. Обстежено 122 дитини з ЮРА у віці від 7 до 14 років. Вивчення стану вегетативної нервової системи включало клінічний аналіз вихідного вегетативного статусу, визначення ВР методом кардіоінтервалографії і вегетативного забезпечення функції за кліноортопробою. Проаналізовано показники вмісту кортизолу у хворих з нормальним, асимпатикотонічним і гіперсимпатикотонічним типом ВР. Середній рівень кортизолу в плазмі крові був найменшим серед хворих з гіперсимпатикотонічними реакціями. Таким чином, можна припустити, що гіперсимпатикотонічні реакції в осіб, хворих на ЮРА, є компенсуючим чинником в умовах гіпокортицизму. Клінічний аналіз цих випадків свідчить, що це досить «важка» група пацієнтів, де частіше зустрічається низка таких істотних характеристик патологічного процесу, як висока активність процесу і велика тривалість хвороби, які і самі по собі і тим більше у сукупності могли б вплинути на розвиток гіпокортицизму.

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ «КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО ТРЕХ ЛЕТ» В ПРАКТИКУ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

*В.М. Богомаз, С.Н. Горолевич, А.О. Ращупкин, Е.В. Фещенко*

*Медицинский центр «Добробут», г. Донецк*

Концепция «Клинического протокола медицинского наблюдения за здоровым ребенком в возрасте до трех лет», утвержденного Приказом Минздрава Украины № 149 от 20.03.2008 г., базируется на интегрированном подходе к оказанию медицинской помощи детям раннего возраста, которая предусматривает приоритетность профилактических мероприятий и консультирование родителей по вопросам ухода, вскармливания и развития ребенка.

Под нашим наблюдением находилось 98 детей в возрасте от 7 дней до 12 месяцев. Основную группу составили 66 детей, с родителями которых в процессе наблюдения проводилось целевое консультирование. Группу сравнения составили 32 ребенка, наблюдавшихся в других учреждениях города и с родителями которых целевое консультирование не проводилось. При обследовании детей обеих групп выявлена патология, связанная с погрешностями в уходе и вскармливании: анемия у 14,3 % детей, рахит у 22,5 %, опрелости у 10,2 %, синдром функционального метеоризма у 31,6 %, синдром функционального запора у 9,2 %, синдром функциональной диареи у 15,3 %. В группе сравнения частота выявления и степень выраженности патологии была значительно выше, чем в основной группе.

Внедрение положений протокола на уровне амбулаторно-поликлинического звена позволяет снизить частоту патологии, связанной с неправильным уходом и вскармливанием детей первого года жизни.

## ДИНАМІКА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ СТОВБУРОВИХ СТРУКТУР МОЗКУ ПІД ВПЛИВОМ ОКСИГЕНОБАРОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТЕНЗІЄЮ

*В.М. Буряк, Р.Ф. Махмуртов*

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

З метою з'ясування наявності та характеру функціональних змін на рівні стовбурових структур мозку у дітей з артеріальною гіпотензією, а також динаміки цих змін в процесі загальноприйнятої терапії та терапії з застосуванням оксигенобаротерапії обстежено 185 дітей віком від 11 до 14 років з даним патологічним процесом (45 отримували стандартне лікування, 140 – з включенням оксигенобаротерапії). У всіх обстежених за допомогою електродіагностичного комплексу «Amplaid МК 15» (Італія) до та після лікування вивчали слухові викликані потенціали.

Використання оксигенобаротерапії дозволило досягти у 33,9 % хворих скорочення латентного періоду I компонента, у 30,6 % – підвищення його амплітуди, у 14,3 % пацієнтів відмічено нормалізацію, а у 29,9 % – скорочення латентного періоду V компонента. У 32,5 % обстежених з артеріальною гіпотензією зареєстровано скорочення латентного періоду III компонента.

Таким чином, оксигенобаротерапія суттєво впливає на зворотну динаміку параметрів викликаних потенціалів стовбура мозку у дітей з артеріальною гіпотензією та може бути рекомендована до включення в комплекс терапії даного контингенту хворих.

## ВПЛИВ НАДМІРНОЇ НЕЙТРОФІЛЬНОЇ АКТИВАЦІЇ НА СТАН ЛЕЙКОЦИТІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ОКИСНОМУ СТРЕСІ

*О.Г. Буряк, Н.О. Попелюк*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

З метою визначення впливу надмірної нейтрофільної активації на стан лейкоцитів крові у новонароджених при окисному стресі встановлювали фагоцитарну активність (ФА), фагоцитарне число (ФЧ), а також показники НСТ-тесту нейтрофілів крові у спонтанному та стимульованому варіантах в двох групах порівняння. До 1-ї групи увійшли 52 новонароджених з дихальними розладами на тлі різної неонатальної патології, в 2-гу увійшло 15 практично здорових новонароджених, які знаходились на реабілітаційному лікуванні з приводу гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС.

При наростанні активності нейтрофілів (за показниками ФА та ФЧ ( $84,2 \pm 4,8$  % та  $11,2 \pm 2,2$  відповідно) в порівнянні з групою контролю ( $70,9 \pm 1,4$  % та  $3,7 \pm 0,2$  відповідно,  $p < 0,05$ ) і спонтанного НСТ-тесту ( $35,4 \pm 5,95$  % проти  $16,29 \pm 0,7$  %,  $p < 0,05$ ) у новонароджених при окисному стресі знижується рівень лейкоцитів у крові ( $7,6 \pm 0,4$  проти  $11,2 \pm 3,0$  Г/л), що підтверджує наявність достовірних корелятивних зв'язків між показниками спонтанного НСТ-тесту нейтрофілів крові та вмістом лейкоцитів у периферичній крові ( $r = -0,525$ ,  $p = 0,044$ ).

Таким чином, при активації нейтрофілів у новонароджених при окисному стресі спостерігається тенденція до зниження рівня лейкоцитів крові, що може бути обумовлено їх прилипанням до пошкодженого ендотелію, особливо в судинах легенів.

## КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ПЕРЕБІГУ ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

*Л.І. Вакуленко*

*Дніпропетровська державна медична академія*

Проаналізовано 558 випадків пієлонефриту (ПН) у дітей від 1 до 17 років. У структурі ПН переважав хронічний, який реєструвався у 66,1 % хворих, а його питома вага з віком збільшувалась, сягаючи 82,6 % у групі підлітків ( $p < 0,001$ ). Навпаки, гострий ПН реєструвався більш ніж у половини хворих перших трьох років життя. Вторинний хронічний ПН встановлювався значно частіше в порівнянні з первинним ( $83,2$  і  $16,8$  %,  $p < 0,001$ ). Серед причин

розвитку вторинного хронічного ПН переважали дизметаболічні нефропатії (68,8 %) та аномалії розвитку ЧМС і сечоводів (26,3 %).

Діагностична бактеріурія (65,8 %) значно частіше виявлялася при гострому ПН (80,9 %) в порівнянні з хронічним (48,2 %). У структурі збудників інфекції як при гострому, так і хронічному ПН переважала Гр-флора-кишкова паличка у 69,3 і 47,2 % випадків відповідно. Вірогідно рідше причиною гострого ПН були збудники роду *enterobacteriaceae* (23,8 %) та Гр+флора. У дітей з хронічним ПН Гр+коки зустрічались досить часто (40,7 %), значно рідше – збудники роду *enterobacteriaceae*.

Взагалі серед клінічних варіантів у дітей старше трьох років переважав хронічний вторинний ПН. Серед чинників ПН провідну роль відігравала кишкова паличка, а при хронічному ПН зростала роль Гр+флори, що треба враховувати при проведенні етіотропної терапії.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕЙРОГЕННОЇ РОТОГЛОТКОВОЇ ДИСФАГІЇ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

*С.М. Вінчук, А.О. Волосовець*

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

За даними різних авторів, у середньому приблизно у 40 % пацієнтів після мозкового інсульту виявляють нейрогенну ротоглоткову дисфагію. Вона негативно впливає на клінічний стан хворих, посилюючи їх інвалідизацію. Нами оцінювалось порушення акту ковтання у пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту за допомогою розробленої шкали ШОФК (шкали оцінки функції ковтання), що включає в себе визначення вираженості сімох виділених нами основних клінічних критеріїв нейрогенної дисфагії. Отримані дані використали для обґрунтування механізмів виникнення порушення акту ковтання залежно від локалізації ішемічного або геморагічного осередку ураження.

В дослідженні брав участь 61 пацієнт із достовірно виявленою нейрогенною дисфагією різного ступеня вираженості після гострого ішемічного (n=50) і геморагічного (n=11) інсульту в каротидному (n=18) і вертебрально-базиллярному (n=43) басейнах. Дослідження показало, що після стовбурових і півкульних інсультів виникають дисфагічні порушення різного ступеня тяжкості: повна втрата функції ковтання з необхідністю зондового харчування – у 11,5 % пацієнтів; значні порушення ковтання – у 39,3 %; помірні – у 37,7 % і незначні дисфагічні розлади у 11,5 % випадків.

За допомогою отриманих даних обґрунтовані механізми виникнення дисфагії в залежності від локалізації осередку інсульту і доцільність обов'язкової перевірки ковтальної функції у всіх пацієнтів після гострого мозкового інсульту з метою своєчасної адекватної корекції дисфагічних порушень.

## РІВЕНЬ МАГНІЮ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

*А.В. Возняк, С.Л. Няньковський*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Фізіологічний баланс магнію є обов'язковою умовою стійкого функціонування нервової системи. Іони магнію можуть гальмувати процеси збудження в ЦНС виступаючи в якості фізіологічного антистресового чинника, тому в 1994 р. ВООЗ охарактеризувало патологічний стан дефіциту магнію в МКХ-10 як окрему нозологічну одиницю з кодом Е61.3. Згідно з рекомендаціями ВООЗ нормальний вміст магнію в сироватці крові у дітей становить 0,74–1,15 ммоль/л.

Нами встановлювався рівень магнію в сироватці крові у 50 дітей з функціональними розладами вегетативної нервової системи.

За рівнем магнію в сироватці крові дітей було розділено на три групи: 1-ша ( $Mg \leq 0,74$  ммоль/л) – 40 % (20) дітей; 2-га ( $Mg = 0,74 - 1,15$  ммоль/л) – 54 % (27) дітей; 3-тя ( $Mg \geq 1,15$  ммоль/л) – 6 % (3) дітей. Клінічний аналіз дітей 1-ї групи (з явним дефіцитом мікроелементу) показав

наступне: 55 % (11) дітей цієї групи мали функціональні розлади травної системи (дискінезії, синдром подразненого кишечника, рефлюксну хворобу), 30 % (6) – функціональні розлади сечовидільної системи (енурез), 15 % (3) – функціональні розлади нервової системи (цереброастенічний синдром). Отже, у 40 % дітей з функціональними розладами вегетативної нервової системи встановлено патологічний стан «дефіцит магнію». В групі дітей з дефіцитом магнію ( $Mg \leq 0,74$  ммоль/л) найбільш часто зустрічаються функціональні розлади травної системи. Дефіцит магнію відіграє значну роль у формуванні вегетативних дисфункцій, тому у дітей з вегетативними дисфункціями необхідно визначати рівень сироваткового магнію з метою подальшої корекції.

## УДОСКОНАЛЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ

*О.П. Волосовець, С.П. Кривоустов, М.М. Сребний, О.Л. Дзюба, О.Ф. Черній*  
*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ*

Інтернатура як первинна спеціалізація – перший крок лікарів-педіатрів у їх становленні як фахівців, вона є фундаментом безперервного професійного розвитку лікаря-педіатра, що нині загальноприйнято у світі (lifelong learning – навчання через все життя). Законом України «Про освіту» (1996) визначена головна мета післядипломної освіти – поглиблення професійних знань, умінь за спеціальністю, раніше здобутих у закладі вищої освіти, збагачення досвіду практичної роботи за фахом тощо.

Практична спрямованість сучасної післядипломної освіти забезпечує орієнтацію її на реальне, практичне щоденне застосування здобутих знань та умінь. Вкрай потрібні повсякденна робота інтерна біля ліжка хворого, обов'язковими є чергування в стаціонарі. Слід підкреслити важливість активного, проблемно-орієнтованого навчання, воно має бути орієнтованим на досягнення кінцевого результату. Акцент при цьому має робитися на питаннях доказової медицини, залученні сучасних протоколів і стандартів лікування.

Ефективність підготовки лікаря-інтерна багато в чому залежить від сумлінності та кваліфікації викладача – керівника з інтернатури, від наявності відповідного навчально-методичного матеріалу, технічного забезпечення навчального процесу (сучасна бібліотека, комп'ютерне оснащення з доступом до Інтернету, навчальні аудиторії тощо). Звідси випливають потреби постійного професійного росту керівників інтернатури, їх обмін досвідом, участь у відповідних форумах, у тому числі міжнародного рівня, за фахом.

## ВПРОВАДЖЕННЯ КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОГО ДОГЛЯДУ ЗА ЗДОРОВОЮ ДИТИНОЮ ВІКОМ ДО ТРЬОХ РОКІВ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС

*О.П. Волосовець, С.П. Кривоустов, О.Ф. Черній, В.Г. Мигаль,*  
*Ю.О. Марценюк, О.Л. Ковальчук, К.М. Ковбаско*

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

На виконання доручення Президента України № 1-1/252 від 06.03.03, Конвенції ООН про права дитини, Європейської стратегії «Здоров'я та розвиток дітей і підлітків», з метою удосконалення надання медичної допомоги дітям раннього віку та уніфікації обсягів і якості медичного догляду за здоровою дитиною віком до трьох років робочою групою був розроблений «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до трьох років», затверджений Наказом МОЗ України № 149 від 20.03.2008. Протокол базується на принципах науково-доказової медицини, концепції інтегрованого підходу до надання медичної допомоги дітям раннього віку, яка рекомендована ВООЗ та передбачає пріоритетність профілактичних заходів при здійсненні медичного догляду за дитиною та залучення сім'ї з метою всебічного розвитку дитини. У Протоколі визначено терміни та обсяги проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів дітей віком до трьох років, основні принципи догляду з метою розвитку, раціонального вигодуювання та харчування, оцінки фізичного та психомоторного розвитку, цільового консультування батьків.



Для ефективного впровадження положень зазначеного Протоколу в навчальний процес на кафедрі педіатрії № 2 та медичної генетики Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця для викладачів організовано низку навчальних семінарів з обговоренням основних положень Протоколу та розроблено методичну базу його впровадження в процес навчання студентів з пропедевтики педіатрії, а також в післядипломну освіту лікарів на кафедрі.

### ДОСВІД КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ВЕДЕННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ВІЛ НА ЕТАПІ ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ

*О.П. Волосовець, І.О. Логінова, Н.С. Печура, Т.І. Шевцова,  
Л.Л. Семенюк, Ю.В. Ткаченко*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Київський пологовий будинок № 6*

Останніми роками поширеність ВІЛ/СНІД набула загрозливого характеру епідемії. За даними Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, у 2007 р. в країні зареєстровано 17670 нових випадків ВІЛ-інфікування, всього за станом на 01.01.2008 р. під диспансерним спостереженням знаходиться 81741 людина.

Проведено аналіз перебігу раннього неонатального періоду у 43 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками у Київському міському пологовому будинку № 6, та визначена оптимальна тактика ведення новонароджених даної групи на етапі пологового будинку. Переважна їх більшість (79 %) народилася на 38-му–40-му тижні вагітності клінічно здоровими, оцінка за шкалою Апгар складала 7–8 балів. Новонароджені даної групи виходжувалися в обсерваційному відділенні за умови роздільного перебування. Особливостей перебігу ранньої неонатальної адаптації у них не спостерігалось. Всі діти були виписані додому на 7-му–8-му добу життя під диспансерне спостереження дільничного педіатра за місцем проживання та лікаря Центру СНІДу. Інформація про виписку була своєчасно передана у відповідні інстанції.

Дев'ять немовлят (21 %) від ВІЛ-інфікованих матерів народилися недоношеними з гестаційним віком від 31 до 36 тижнів. Усі діти цієї групи перебували у відділенні інтенсивного лікування у зв'язку з ускладненим перебігом раннього неонатального періоду. За даними клінічного спостереження, у 5 новонароджених відмічалася гепатомегалія, у 3 – діагностовано вроджену пневмонію та у одного розвинувся геморагічний синдром. Під час лабораторного обстеження у 3 дітей була виявлена анемія, а у 6 – лейкопенія та тромбоцитопенія. Всі недоношені діти від ВІЛ-інфікованих матерів були переведені на 8-му–9-ту добу у дитячі лікарні для подальшого обстеження та лікування.

Призначення антиретровірусної терапії на етапі пологового будинку проводилось відповідно до Наказу МОЗ України № 740/1030 від 23.11.2007 р. Ускладнень під час застосування антиретровірусних препаратів у новонароджених не спостерігалось.

### ПЕРИ- ТА ІНТРАВЕНТРИКУЛЯРНІ КРОВОВИЛИВИ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ: ДЕЯКІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ

*О.П. Волосовець, С.П. Кривопустов, І.О. Логінова, Н.С. Печура,  
Т.І. Шевцова, Ю.В. Ткаченко, А.В. Правдюк*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Київський пологовий будинок № 6*

У структурі ранньої неонатальної смертності в Україні пери- та інтравентрикулярні крововиливи (ПІВК) у 2007 р. зайняли третє місце. Частота ПІВК визначається, у першу чергу, масою тіла дитини при народженні. Так, у новонароджених з масою тіла менше 1000 г ПІВК діагностується у 77,3 % випадків, а серед недоношених з масою тіла 1000–1499 г – у 54,0 % (О.Г.Сулима, Г.Б.Ефендієва, 2007).

Проведено аналіз клінічних даних і анамнезу у 34 недоношених дітей: основна група – 18 дітей з ПІВК 3-го або 4-го ступеня, контрольна – 16 дітей без ПІВК або з ПІВК 1-го і 2-го ступеня (УЗД проводилось у перші три доби життя дитини).

Середня маса тіла дітей в основній групі склала  $(1376 \pm 45,2)$  г і в контрольній  $(1408 \pm 67,1)$  г, що не мало достовірної різниці. Однак діти основної групи за гестаційним віком у середньому були майже на дві неділі молодші:  $(29,8 \pm 1,6)$  і  $(31,6 \pm 2,2)$  тижнів у основній і контрольній групах відповідно. Анамнез дітей основної групи в 54 % випадків був обтяжений самовільним перериванням попередніх вагітностей, у контрольній групі – лише у 18 %. Загроза переривання під час даної вагітності відмічалась у 58 % матерів дітей основної групи і лише у 14 % жінок контрольної групи.

При дослідженні впливу тривалості пологів виявлено, що в основній групі у жінок середня тривалість першого періоду пологів склала 6 год 40 хв, другого – 20 хв, у контрольній – 15 год 20 хв та 30 хв відповідно. У 48 % випадків в основній групі ведення пологів супроводжувалось введенням окситоцину в дозі більше 5 ОД (при аномаліях пологової діяльності), у контрольній групі випадків застосування окситоцину не було.

Дванадцять (66,7 %) жінок контрольної групи був призначений гініпрал з метою зменшення частоти та інтенсивності скорочень матки, нормалізації вкрай сильних або нерегулярних перейм, в основній групі жодна жінка не отримувала гініпрал.

## МАКРОЛИДЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

*А.П. Волосовец, С.П. Кривопустов*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

Открытие и внедрение в клиническую практику антибиотиков группы макролидов стало одним из крупнейших достижений в истории антимикробной терапии. Их применяют в клинической практике со времени открытия Ваксманом в 1952 г. из грибка *Streptomyces erythreus*. В 1980 г. был синтезирован оригинальный антибиотик группы макролидов (азалид) азитромицин. Хороший профиль безопасности и высокая эффективность макролидов сделали их популярными среди врачей во всем мире.

К основным особенностям макролидов следует отнести бактериостатическое действие с преимущественной активностью в отношении грамположительных кокков в сочетании с возможностью дозозависимого бактерицидного действия, активность против внутриклеточных микроорганизмов, а также микроорганизмов, продуцирующих лактамазы, способность создавать высокие концентрации в тканях, в том числе ретикулоэндотелиальной системы, наличие иммуномодулирующих и противовоспалительных свойств.

Основными показаниями к применению макролидов являются: инфекции верхних и нижних дыхательных путей (тонзиллит, отит, синусит, бронхит, внебольничная пневмония, в т.ч. хламидийная, микоплазменная, вызванная легионеллами); муковисцидоз; урогенитальные инфекции, сифилис, гонорея; заболевания желчевыводящих путей; кокковые инфекции кожи и мягких тканей: стрептодермия, угревая сыпь, рожа, мастит, целлюлит; офтальмологические инфекции, трахома, конъюнктивит, в т. ч. хламидийный; коклюш, дифтерия; скарлатина; лепра; туберкулез; шигеллез; токсоплазмоз; листериоз; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; лечение и профилактика атипичных микобактериозов при СПИДе; кампилобактерный гастроэнтерит; инфекции полости рта: периодонтит, периостит; криптоспоририоз.

Можно с уверенностью сказать, что сегодня макролиды заняли прочное место в алгоритмах лечения инфекционных заболеваний у детей, базирующихся на принципах Доказательной медицины.

## ПРОБЛЕМА АСТЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОИСК ПУТЕЙ ЕЕ РЕШЕНИЯ

*А.П. Волосовец*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

Астения (от греч. *astheneia* – бессилие, слабость) – аномальная, спонтанная слабость (вялость) – возникает без физической или интеллектуальной нагрузки, длительно продолжается и не исчезает после отдыха. Кроме того, астенический синдром сопровождает различные соматические заболевания (очаги хронической инфекции, особенно ЛОР-органов, хронические заболевания сердца, эндокринные заболевания, например, заболевания щитовидной же-

лезы и ожирение, гематологические ревматологические, неврологические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, бронхиальную астму, большую часть инфекционных заболеваний), он также может носить психогенный характер и рассматривается в качестве самостоятельного заболевания.

Попытки найти новые, эффективные подходы в лечении астении и коррекции метаболических нарушений при различных патологических состояниях привели к созданию препарата, действующего на клеточный метаболизм, – малата цитруллина – Стимола (производитель Biocodex, Франция). При этом механизм метаболической коррекции заключается в том, что малат выступает в роли метаболического посредника, помогающего обойти аммиачный блок окислительного пути и ограничить накопление молочной кислоты посредством переориентации ее в сторону глюконеогенеза, а цитруллин, как промежуточный продукт цикла мочевины, способствует ускорению данного цикла и выведению аммиака. Препарат эффективно стимулирует цикл Кребса, предотвращает развитие молочно-кислого ацидоза, повышает уровень АТФ (А. Ciurana et al., 1997).

Эффективность и хорошая переносимость препарата Стимол подтверждена в педиатрической клинике. Применение препарата достоверно улучшало физическое самочувствие детей, повышая уровень энергетического обеспечения клеток, способствуя нормализации электрокардиографической картины, показателей контрактильности и релаксации миокарда левого желудочка сердца, повышая толерантность детей к физической нагрузке.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

*А.П. Волосовец, С.П. Кривоустов*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

Обычно острый бронхит представляет собой острое самокупирующееся, самоизлечивающееся заболевание, завершающееся у детей полным излечением и восстановлением функций слизистой оболочки трахеобронхиального дерева. При этом важным вопросом является рациональный подход к антибиотикотерапии, ведь именно острый бронхит – одна из самых частых причин злоупотребления антимикробными средствами. Применение антибиотиков при остром бронхите не рекомендуется ни Американским колледжем врачей (2001), ни Американским колледжем пульмонологов (2006).

В комплексном лечении бронхита у детей нередко применяют фитотерапевтические лекарственные средства: растительные средства, обладая выраженным антимикробным действием, позитивно влияют на тяжесть и продолжительность респираторной симптоматики, но не угнетают, как антибиотики, а наоборот, усиливают иммунные механизмы в борьбе с инфекцией. Вершиной качества фитотерапевтических средств стали те, которые изготовлены на основании концепции фитониринга.

Многие годы с успехом в лечении бронхита применяют фитопрепарат Бронхипрет, содержащий специальный экстракт тимьяна ВНО 1018 и плющ/первоцвет. В таблетированной форме он содержит экстракты тимьяна и корней примулы, а в форме капель и сиропа – экстракты тимьяна и листьев плюща. Препарату свойственны секретолитическое, бронхоспазмолитическое, противовоспалительное, антибактериальное и противовирусное действия.

Фундаментальным является когортное клиническое исследование препарата Бронхипрет в сравнении с синтетическими муколитическими средствами с участием более 7 тыс. пациентов с острым неосложненным бронхитом (Хаим Измаил, соавт., 2004). Результаты данного исследования показывают, что клиническая эффективность Бронхипрета выше, чем амброксола и ацетилцистеина.

Собственный опыт, накопленный в клинике кафедры педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца также свидетельствует о целесообразности широкого применения Бронхипрета в лечении детей с бронхитом.

## ВОСПАЛЕНИЕ И БОЛЬ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИИ

*А.П. Волосовец*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

Боль является наиболее распространенным признаком многих заболеваний: эксперты ВОЗ считают, что 90 % всех заболеваний связано с болью. Выделяют физические (механическая травма, температурные воздействия, высокая доза ультрафиолета, электрический ток), химические (попадание на кожу или слизистые оболочки сильных кислот, щелочей, окислителей), биологические (высокая концентрация кининов, гистамина, серотонина) причины болевых ощущений. Экзогенное или эндогенное повреждение приводит к выбросу вазоактивных веществ, ведущих к развитию воспаления.

При изучении фармакотерапии боли при воспалении следует учитывать, что нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) препятствуют образованию циклических эндопероксидов, в частности простагландинов. Следует четко помнить об основных целях использования НПВС при ювенильном ревматоидном артрите: 1) анальгезия, 2) улучшение функции суставов.

В настоящее время также большое внимание уделяется оптимизации местной терапии ЮРА, в частности использованию НПВС для местного применения (адьювантная терапия). К таким препаратам, прежде всего, относится Найз-гель (нимесулида 10 мг, метилсалицилата 100 мг, ментола 50 мг, капсаицина 0,25 мг). Найз-гель постепенно всасывается с кожи и проникает в подлежащие ткани, синовиальную жидкость и мышцы, создается равновесная концентрация между кожей и мышцей, синовиальной жидкостью. Примечательно, что системное всасывание не регистрируется чувствительными приборами в течение 5 часов. Результат использования НПВС для местного применения: повышение эффективности базисной терапии и улучшение качества жизни пациента.

## ЗАСВОЄННЯ НАВИЧОК НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ – СКЛАДОВА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ

*О.П. Волосовець, Ю.В. Марушко*

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

В сучасних умовах підготовка лікарів потребує постійного підвищення рівня теоретичних знань і практичних навичок. У зв'язку з великим обсягом інформації, що отримував студент під час навчання, і прийнятим до останнього часу контролем переважно теоретичних знань випускники медичних навчальних закладів більше уваги звертали на теорію, менше – на практичні уміння. На сьогодні є галузевий стандарт вищої медичної освіти, зокрема освітньо-кваліфікаційні характеристики спеціалістів (ОКХС), згідно з якими передбачається поряд з належним теоретичним надбанням значно більше уваги приділяти практичному навчанню.

Важливим є впровадження державних стандартів вищої медичної освіти за відповідними фахами (ОКХ, ОПП) і подальша інтеграція стандартів з навчальними цілями підготовки. Такий підхід – ефективний засіб для підготовки висококваліфікованих спеціалістів медиків.

На даному етапі інтеграції невід'ємною є робота педіатричних кафедр, які повинні створити необхідні умови навчання студента, що дозволить йому досягнути вимог ОКХ. Також необхідно є координація роботи всіх суміжних кафедр в даному напрямку. Це відповідальне завдання, яке під силу виконати циклової методичній комісії з педіатричних дисциплін в НМУ у тісній співпраці з навчально-методичним відділом, методичним кабінетом під керівництвом проректора з навчальної роботи.

Саме кафедри педіатричного профілю НМУ ім. О.О.Богомольця мають певний досвід у подібній інтеграції навчання. В цьому плані колективами кафедр педіатрії НМУ підготовлений навчальний посібник «Невідкладна допомога в педіатрії» за редакцією О.П.Волосовця та Ю.В.Марушка.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ І ДЕФІЦИТУ МАГНІЮ У ДІТЕЙ

*О.М. Волошин, Б.О. Безкаравайний, Г.Г. Бондаренко, Л.І. Паталахіна*

*Луганський державний медичний університет*

Проблема недиференційованої дисплазії сполучної тканини (нДСТ) у педіатричній практиці є вельми актуальною, адже переконливо доведено, що фонові структурні й функціональні зміни сполучної тканини спричиняють розвиток різноманітних хронічних захворювань. Водночас припускається, що для формування повноцінної сполучної тканини має суттєве значення магній. Дефіцит цього біометалу призводить до уповільнення синтезу білка, підвищення секреції металопротеїназ і активності гіалуронідаз. Обстежено 16 дітей віком від 7 до 10 років з клінічними проявами нДСТ. Оцінка за шкалою Бейтона серед них склала  $(5,23 \pm 0,50)$  бали. У цих дітей проведено також визначення концентрації магнію плазми крові. Її середнє значення –  $(0,52 \pm 0,10)$  ммоль/л – виявилось значно нижчим за фізіологічне значення –  $(0,7-1,05)$  ммоль/л. Розраховуючи коефіцієнт кореляції Спірмена у пацієнтів, з'ясували характер залежності між оцінкою за шкалою Бейтона та концентрацією магнію. Встановлено, що ці показники перебувають у прямій і тісній залежності між собою ( $r=0,68$ ;  $p<0,05$ ). Отже, більш виражені клінічні прояви нДСТ супроводжуються вірогідно меншою концентрацією магнію плазми крові, що підтверджує значущість дослідженого біометалу в забезпеченні фізіологічного функціонування сполучної тканини.

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI

*О.Н. Герасименко, А.Е. Абатуров*

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Исучали клинико-патогенетические особенности воспалительных и эрозивно-язвенных заболеваний гастродуоденальной зоны, ассоциированных с одной из наиболее распространенных хронических инфекций человека – *Helicobacter pylori* (НР). Под наблюдением находилось 78 детей в возрасте от 7 до 16 лет с хронической гастродуоденальной патологией (ХГП), ассоциированной с НР. Течение ХГП у большинства детей (70,5 %) имело рецидивирующий характер. Тяжесть клинического течения НР-ассоциированной ХГП зависит от степени патогенности штаммов возбудителя, определяемой наличием и особенностями цитотоксических генов – *vacA*, его подтипов (*s1a*, *s1b*, *s1c*, *s2*) и аллельных комбинаций (*m1* и *m2*); *cagA*; *iceA* (*iceA1*, *iceA2*); *babA* (*bab1*, *bab2*). Генотипирование НР может быть определяющим фактором терапии и прогноза заболеваний гастродуоденальной зоны, ассоциированных с НР.

## МІТОХОНДРІАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

*Ю.Б. Гречанина, О.В. Васильєва*

*Український інститут клінічної генетики ХНМУ, м. Харків*

При хронічних захворюваннях органів травлення у дітей дуже часто виявляють клінічні симптоми, які характерні для мітохондріальних хвороб, а саме швидко стомлюваність, загальну слабкість, м'язову гіпотонію, порушення психофізичного розвитку. Ці прояви можуть бути обумовлені порушенням функції мітохондріального апарату як первинного, так і вторинного генезу.

Під нашим доглядом знаходився 21 пацієнт віком від 3 до 15 років з проявами екзокринної недостатності підшлункової залози та симптомами хронічного панкреатиту. У 12 (57,1 %) з них мала місце первинна дисфункція мітохондрій (синдром Кернса–Сейра, MELAS, MNGIE, порушення обміну жирних кислот, органічні ацидуриї), а у 9 (42,9 %) були діагностовані

прояви вторинної мітохондріальної недостатності на тлі інших спадкових хвороб (муковісцидоз, аміноацидопатії, сполучнотканинні дисплазії). Усім дітям проводилася корекція біоенергетичного обміну в сполученні з антиоксидантами, що дозволило суттєво поліпшити їх стан і зменшити прояви шлунково-кишкових розладів.

Таким чином, хронічні захворювання органів травлення у дітей можуть супроводжуватися розвитком мітохондріальної недостатності, що впливає на перебіг цих хвороб і потребує своєчасної діагностики та адекватної корекції порушень біоенергетичного обміну в мітохондріях.

## ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ – ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

*Н.В. Григорчук, В.С. Олійник, Л.М. Булат*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Проблема перинатальних інфекцій є однією з найактуальніших у зв'язку з постійним збільшенням хронічних запальних захворювань, які викликаються вірусами простого герпесу, цитомегаловірусами та вірусами Епштейна-Барр.

Метою дослідження було вивчення провідних клінічних маркерів реабілітації дітей в період гострих проявів герпесвірусної інфекції.

Проаналізовано 100 історій хвороб новонароджених з герпесвірусною інфекцією. Встановлено, що ранніми клінічними проявами у обстежених немовлят були респіраторні (53,9%), гастроінтестинальні (44,35%), метаболічні (гіпербілірубінемія 69,57%) порушення, геморагічний синдром (22,6%), анемія (40%), тромбоцитопенія (8,69%). У всіх дітей з герпесвірусною інфекцією виявлені пошкодження ЦНС. У 62,6% немовлят верифікація збудника ґрунтувалась на результатах ІФА (визначення IgG, IgM) та/або ПЛР.

Дітям з гострим перебігом герпесвірусної інфекції і загостренням хронічної призначався внутрішньо Вальтрек по 500–1000 мг на добу протягом 10 днів, а також діти отримували противірусний інтерфероніндукуючий препарат Протефлазид у віковому дозуванні протягом 1 місяця. При латентному перебігу герпесвірусної інфекції протефлазид призначався протягом 2–3 місяців. При лікуванні застосовувались також стимуляція наднирників змінним електромагнітним полем надвисокої частоти хвилі сантиметрового діапазону, довжина хвилі 2,6 см, з частотою 2375 МГц і потужністю 1–3 Вт апаратом «Промінь-2». Тривалість процедури – до 5 хв щоденно, курс лікування – 10 процедур.

Після проведеного лікування вдалось купірувати гострі явища інфекції у 58 дітей, перевести рецидивуючий перебіг хронічної герпетичної інфекції в латентний. У всіх обстежених дітей в два рази зменшилася кількість і тривалість повторних респіраторних захворювань, а також частота їх укладень.

## ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У МІОКАРДІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГЕМОЛІТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ

*О.В. Дружина*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2*

Вивчали особливості стану метаболічних процесів у міокарді у новонароджених за допомогою лабораторних методів дослідження в залежності від ступеня тяжкості гемолітичної хвороби.

У дослідження було включено 46 дітей віком від 1 доби до 1 місяця (24 хлопчики і 22 дівчинки), що перенесли гемолітичну хворобу в неонатальному періоді. Усіх новонароджених було обстежено в динаміці: ранній неонатальний період, 10-та–14-та доба, кінець 1-го місяця.

Підвищення активності специфічних маркерів пошкодження міокарда (МВ-КФК та ЛДГ) в сироватці крові відмічалось в залежності від тяжкості гемолітичної хвороби. Так, найвищі показники активності ферментів (МВ-КФК –  $54 \pm 6,2$ ; ЛДГ –  $1148 \pm 138,5$ ) були виявлені у двох дітей, які перенесли тяжку гемолітичну хворобу. У 12 новонароджених з перебігом

гемолітичної хвороби середньої тяжкості рівень цих показників не так значно перевищував вікові норми (МВ-КФК –  $36 \pm 4,8$ ; ЛДГ –  $880 \pm 27,4$ ), а 32 дітини з легким перебігом хвороби мали незначно підвищені рівні активності ферментів (МВ-КФК –  $28 \pm 1,1$ ; ЛДГ –  $726 \pm 28,3$ ). Не відмічено підвищення тропоніну Т в жодному випадку, що свідчить про відсутність глибокого пошкодження кардіоміоцитів.

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА АНЕМІЮ У ДІТЕЙ

*В.М. Дудник*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Анемія хронічна притаманна дітям з різним соматичним захворюванням, причому ревматоїдний артрит є її класичною моделлю. Анемія хронічна виникає внаслідок тривалого аутоімунного запального процесу з провідним патогенетичним чинником – високим вмістом прозапальних цитокінів (ІЛ-1, ФНП-альфа, ІЛ-6) в плазмі крові, що негативно впливають на процеси еритропоезу.

Обстежено 235 хворих на ЮРА середнім віком ( $11,0 \pm 0,23$ ) року, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній дитячій лікарні міста Вінниця, із них (128 (54,5 %) дівчаток та 107 (45,5 %) хлопчиків. У 56 % дітей зареєстровано анемію, у 25 % – лабораторні ознаки дефіциту заліза. Істинну картину забезпечення залізом еритроїдних клітин кісткового мозку в більшій мірі адекватно відображає рівень рецепторів трансферину сироватки крові та вміст протопорфірину в еритроцитах. Наявність анемії у дітей, хворих на ЮРА, є маркером важкості перебігу захворювання і предиктором резистентності до лікування. З метою корекції хронічної анемії у хворих на ЮРА обґрунтована доцільність застосування рекомбінантного еритропоетину, призначенням якого не тільки досягається істотний антианемічний ефект, але й підвищується ефективність базисної та протизапальної терапії.

## АЦЕТОНЕМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*И.Б. Ершова, Т.В. Ширина, Н.А. Белых, А.А. Мочалова*

*Луганский государственный медицинский университет*

Синдром циклической рвоты, или ацетонемический синдром – АС (недиабетический кетоз, недиабетический кетоацидоз, ацетонемическая рвота), – совокупность симптомов, обусловленных повышенным содержанием в крови кетоновых тел: ацетона, ацетоуксусной и  $\beta$ -оксимасляной кислот, которые образуются при неполном окислении жирных кислот или при метаболизме кетогенных аминокислот.

Имеющиеся представления об этиологии АС базируются на выявлении главного триггерного фактора – относительной или абсолютной недостаточности углеводов в рационе пациентов и/или преобладания кетогенных аминокислот и жиров для обеспечения энергетических потребностей организма.

Одними из причин повышенного образования кетоновых тел у детей могут быть снижение концентрации глюкозы и относительно высокий уровень неэстерифицированных жирных кислот. Способствует развитию кетоза у детей и врожденная или временная недостаточность ферментов, которые обуславливают  $\beta$ -окисление жирных кислот. Особенностью метаболизма у детей также является снижение процессов кетоллиза, т.е. утилизации кетоновых тел. Важным показателем склонности детей к кетонемии считают слабую ответную реакцию на глюкагон во время голодания, а также меньшее количество гликогена при более высоком уровне метаболизма

Нами установлено, что основными факторами риска развития ацетонемического синдрома являются отягощенность наследственного анамнеза по линии матери и отца по патологии обмена веществ (logit  $p=4,7$ ;  $p=0,002$ ), внутриутробная гипоксия плода (logit  $p=20,19$ ;  $p=0,0016$ ), раннее искусственное вскармливание (logit  $p=1,25$ ;  $p=0,003$ ), нарушение водного (logit  $p=44$ ;  $p=0,001$ ) и солевого (logit  $p=1,48$ ;  $p=0,0015$ ) режима. Определены новые факторы риска: злоупотребление пищей, богатой консервантами (logit  $p=461,9$ ;  $p=0,001$ ). Повышенный уровень кетоновых тел в сыворотке крови напрямую коррелирует с развитием артериальной гипертензии у обследованных детей ( $r=0,7$ ).

## ОСОБЛИВОСТІ УРОФЛОУМЕТРІЇ ПРИ КРИСТАЛУРИЧНИХ НЕФРОПАТІЯХ У ДІТЕЙ

*О.В. Зубаренко, Т.В. Стоєва*

*Одеський державний медичний університет*

Більшість захворювань сечовидільної системи супроводжується порушеннями уродинаміки, які суттєво впливають на перебіг патологічного процесу. Уродинамічні дослідження надають можливість отримати інформацію про функціональний стан сечовивідних шляхів, що допоможе при лікуванні різних форм нетримання сечі, анатомічних та функціональних обструкцій, розладах сечовипускання. Відомо також, що порушення уродинаміки відіграють неабияку роль у формуванні сечокислих діатезів, сечокам'яної хвороби. Втім до теперішнього часу остаточно не з'ясовано питання щодо особливостей урофлоуметрії при кристалуричних нефропатіях.

Для проведення урофлоуметрії застосовували уродинамічну діагностичну систему Pico-3000. В обстеженні брали участь діти старше трьох років з діагностованою дисметаболічною нефропатією та наявністю кристалів солей у разових порціях сечі. Урофлоуграми оцінювали з урахуванням показників  $T$ ,  $Q_{max}$ ,  $Q_{mid}$ ,  $TQ_{max}$ ,  $V$ ,  $T_w$ , додатково вимірювали об'єм залишкової сечі. Отримані в ході дослідження дані дозволили зробити висновок про наявність достеменних відхилень параметрів урофлоуметрії та можливість застосування даного методу для діагностики і контролю якості лікування при кристалуричних нефропатіях у дітей.

## МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ МІТОХОНДРІАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ ІЗ ВТОРИННИМИ КАРДІОМІОПАТІЯМИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ

*С.Г. Іванусь, К.Д. Дука*

*Дніпропетровська державна медична академія*

*Дніпропетровський міський кардіопульмонологічний центр*

Порушення енергетичного обміну, що проявляються у вигляді транзиторних та полісистемних мітохондріальних дисфункцій, обтяжують різні патологічні процеси, тому вони потребують спрямованої корекції. Проведено обстеження 90 хворих з ХБЛП з використанням експертної оцінки цитохімічних показників – визначенням активності мітохондріальних ферментів – сукцинатдегідрогенази, лактатдегідрогенази та альфа-гліцерофосфатдегідрогенази. У всіх дітей була виявлена мітохондріальна недостатність, що мала індивідуально-варіабельний характер і відповідала різноманітним варіантам порушень процесів клітинного енергетичного обміну. Для корекції виявлених дизенергетичних порушень застосована комбінована метаболічна терапія (кардонат, кудесан Q10, аевіт). Встановлено, що у більшості дітей лікування супроводжувалось зменшенням вираженості клінічних проявів хвороби, вірогідними позитивними змінами внутрисерцевої гемодинаміки, ознак електричної нестабільності міокарда, енергетичного дефіциту процесів реполяризації. В черговий раз підтверджена ефективність енерготропної терапії, яка в 100 % випадків здійснює оптимізуючий вплив на мітохондріальну активність, призводячи до нормалізації показників ферментної активності у випадках як їх пониження, так і підвищення.

## СИМЕТИКОН ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АБДОМИНАЛЬНОЇ БОЛИ У ДІТЕЙ

*О.Г. Іванько*

*Запорозький державний медичний університет*

При виникненні острої абдомінальної болю у ребенка, причини которой могут быть различными, возникает ситуация, когда врач, обязанный облегчать страдания больных, уменьшая боль, откладывает медикаментозное лечение ради высшей цели – хирургического исцеления части наблюдаемых им больных.



Изучали эффективность и безопасность симптоматического лечения абдоминальных колик у детей старше трех лет. У 80 детей с острой абдоминальной болью, из которых 26 были в последующем оперированы по поводу острого аппендицита, оценивали терапевтическую эффективность назначения симетикона с первых часов пребывания в хирургическом стационаре. Контрольную группу составили 80 больных, из них 28 с острым аппендицитом. Установлено, что применение средства, уменьшающего метеоризм кишечника, – симетикона – клинически и этически обосновано, так как снижает интенсивность боли у детей и одновременно не оказывает существенного влияния на эффективность диагностики и результаты оперативного лечения острого аппендицита.

## ФОРМУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧИХ І ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

*С.І. Ільченко, К.Д. Дука*

*Дніпропетровська державна медична академія*

Незважаючи на успіхи педіатричної пульмонології, а саме деяке зменшення захворюваності на пневмонію і включення до диспансерного нагляду підлітків, залишається невирішеним питання щодо хронічного обструктивного захворювання легень (ХОБЛ) у дітей підліткового віку. Наші останні наукові доробки (за 10 років) свідчать, що одним із факторів ризику формування хронічної бронхолегеневої патології можна вважати досить розповсюджене табакокуріння, дефіцит  $\alpha_1$ -антитрипсину (менше 60 % від норми) як показник рівня адаптації та бронхолегеневу дисплазію як наслідок довготривалої оксигенотерапії в неонатальному періоді (47 % хворих на хронічні бронхолегеневі захворювання). Назріла необхідність створення алгоритмів етапного диспансерного нагляду і протоколів лікування дітей цієї категорії.

## КЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Е.К. Каблукова, Акрам Слимие*

*Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Изучали особенности течения гломерулонефрита (ГН) у 154 детей (95 мальчиков и 59 девочек) в возрасте от 1 года до 17 лет, жителей г. Винницы и Винницкой обл. Устанавливали факторы, способствующие прогрессированию ГН, на основании изучения клинико-лабораторных проявлений, определения фосфолипидов крови и  $\beta_2$ -микроглобулина ( $\beta_2$ -МГ) в сыворотке крови и в моче.

При хроническом ГН уровни фосфолипидов сыворотки крови и мембран эритроцитов были снижены: при гематурической форме ( $1,90 \pm 0,15$ ) и ( $2,70 \pm 0,23$ ) ммоль/л соответственно ( $p < 0,05$  в сравнении с контрольной группой), спонтанный гемолиз эритроцитов повышен – ( $3,56 \pm 0,49$ ) %, содержание  $\beta_2$ -МГ сыворотки крови – ( $4,61 \pm 0,49$ ) мкг/мл, экскреция  $\beta_2$ -МГ с мочой – ( $0,26 \pm 0,03$ ) мкг/мл при норме ( $0,03 \pm 0,003$ ) мкг/мл ( $p < 0,05$  в сравнении с контрольной группой).

При нефротической форме ХГН более выражены процессы мембранолиза в период обострения и ремиссии и сочетались с более высокими показателями спонтанного гемолиза эритроцитов и уровнем  $\beta_2$ -МГ в сыворотке крови ( $p < 0,05$  в сравнении с гематурической формой ХГН).

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют, что хронический ГН у детей – это сложный процесс, включающий комплекс нарушений обмена веществ, иммунных нарушений, патологии мембран клеток и мембранных фосфолипидов,  $\beta_2$ -МГ.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА БИОРЕЗОНАНСНОЙ ВИБРОСТИМУЛЯЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Н.Н. Каладзе, Е.М. Соболева, А.В. Юрьева*

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

Обследовано 72 ребенка в возрасте 7–14 лет, находящихся в фазе ремиссии БА. Стандартный комплекс санаторно-курортной реабилитации (СКР) был дополнен сеансами биорезонансной вибростимуляции (БРВС). Оценивалось влияние данного метода на показатели эндокринной и иммунной систем, включая систему антиэндотоксиновых антител. После проведенной СКР отмечалось достоверное снижение уровня кортизола ( $p < 0,05$ ) при стабильной концентрации АКТГ. Была отмечена положительная динамика в отношении нормализации ритма секреции мелатонина. При этом статистически значимо возрастала ночная концентрация ( $p < 0,01$ ), что подтверждает положительное влияние метода БРВС, направленное на восстановление измененных биоритмов. Выявленная тенденция к росту показателей клеточного иммунитета (за исключением СД22 %) и снижению уровня IgE ( $p < 0,05$ ) свидетельствует об иммуномодулирующих возможностях данного метода. Вместе с тем уровень антиэндотоксиновых антител достоверно не изменился, что может быть связано с сохраняющимися нарушениями барьерной функции слизистой оболочки кишечника и повышенным поступлением эндотоксина кишечной палочки.

## КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

*Н.Н. Каладзе, И.В. Кармазина, Е.М. Мельцева, Л.И. Семенова*

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

В детском возрасте происходят основные процессы синтеза и моделирования костной ткани, активное накопление костной массы, достижение пика костной массы. На формирование прочности кости влияют различные факторы, как генетические, так и внешней среды: экологические условия, нерациональное питание в детском и подростковом возрасте, другие причины – прием кортикостероидов, цитостатиков, лучевая терапия.

Нами было изучено структурно-функциональное состояние костной ткани у 110 детей в возрасте 7–17 лет, пролеченных по поводу гемобластозов и прибывших в Евпаторию на санаторно-курортный этап реабилитации, в стадии ремиссии сроком от 2 месяцев до 9 лет. Выполнена коррекция выявленных нарушений.

Структурно-функциональное состояние костной ткани исследовали на ультразвуковом денситометре «Achilles+». Определяли скорость распространения ультразвука по кости, широкополосное ослабление ультразвука, индекс плотности костной ткани. Показатели определяли в динамике (при поступлении в санаторий и при выписке). Снижение индекса плотности костной ткани составляло в среднем от 5 до 22 % от возрастной нормы, что говорит о выраженных структурно-функциональных изменениях костной ткани, связанных с приемом глюкокортикоидов. Детям с выявленным остеопеническим синдромом на санаторном этапе реабилитации для обеспечения достаточного поступления кальция с пищей (1200–1500 мг/сут) была назначена кальциевая диета с включением продуктов, богатых данным элементом.

В комплекс санаторно-курортного лечения включали климатолечение по щадящему режиму, дозированную физическую нагрузку, плавание в бассейне, морские купания в летнее время года. Назначалось дифференцированное бальнеолечение. Всем детям в обязательном порядке проводилась санация очагов хронической инфекции. При анализе костного метаболизма после проведенного лечения наблюдалась нормализация активности щелочной фосфатазы, фосфорно-кальциевого обмена в сыворотке крови. При заключительной денситометрии у 13 детей индекс плотности костной ткани стал соответствовать возрастной норме, у 43 детей увеличился на 4–7 %. Ухудшения показателей денситометрии не наблюдалось ни у одного ребенка. Таким образом, можно сделать вывод, что данная категория детей нуждается

в исследовании структурно-функционального состояния костной ткани для раннего выявления остеопенического синдрома.

Комплексное санаторно-курортное лечение оказывает нормализующее влияние, выражающееся в нарастании индекса плотности костной ткани, нормализации показателей щелочной фосфатазы, показателей кальция и фосфора в крови.

## ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКОЙ АРИТМИЕЙ И СИНУСОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В ПРОЦЕССЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Н.Н. Каладзе, Л.А. Семеренко, Н.А. Ревенко, Т.М. Дусалеева*

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

Одна из ведущих ролей в формировании адаптивных реакций организма принадлежит нейроэндокринной регуляции. Целью нашего исследования стало изучение динамики состояния нейроэндокринной системы у детей с экстрасистолической аритмией (ЭА) и синусовой дисфункцией (СД) в процессе санаторно-курортного лечения. На базе клинических санаториев г. Евпатории было обследовано 53 подростка, из них 29 получили курс традиционного санаторно-курортного лечения (СКЛ) и 24 на фоне традиционного СКЛ курс биорезонансной вибростимуляции (БРВС). К концу реабилитационного периода у детей с ЭА, получивших традиционное СКЛ, отмечалось достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение уровней АКТГ в 1,3 раза, кортизола в 1,75 раза, ТТГ в 1,35 раза, которое приближалось к границе 75 перцентиля, и повышение исходно сниженного  $T_3$  в 1,25 и  $T_4$  в 1,12 раза. В группе детей, получивших курс БРВС, выявлено снижение концентрации АКТГ, кортизола и ТТГ в сыворотке крови в 1,46; 2,34 и 1,62 раза и повышение  $T_3$  и  $T_4$  – в 1,49 и 1,34 раза соответственно, которое достигало зоны «оптимальной функции». При СД в процессе СКЛ также выявлена положительная динамика, достоверно ( $p < 0,05$ ) более выраженная у детей, которым проводилась БРВС: уровни гормонов снизились соответственно: АКТГ – в 1,33 и 1,43 раза, кортизола – в 1,74 и 2,63 раза, ТТГ – в 1,37 и 1,45 раза,  $T_3$  – в 1,09 и 1,26 раза,  $T_4$  – в 1,08 и 1,19 раза, приближаясь у последних к уровню здоровых. Таким образом, СКЛ способствовало снижению напряженности нейроэндокринных механизмов адаптации у детей с аритмиями, более выраженное при включении в стандартный реабилитационный комплекс метода БРВС.

## ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА И КОРТИЗОЛА У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*Н.Н. Каладзе, Н.Н. Скоромная*

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

Методом иммуноферментного анализа изучали уровень аденокортикотропного гормона и кортизола в плазме крови у больных ювенильным ревматоидным артритом на этапе санаторно-курортного лечения. Обследовано 52 больных, из них 23 девочки и 29 мальчиков; с суставно-висцеральной формой – 10, суставной – 42 чел.

Уровень аденокортикотропного гормона и кортизола у больных суставно-висцеральной формой был ниже, чем у больных суставной формой. У девочек при поступлении и при выписке содержание аденокортикотропного гормона и кортизола был ниже, чем у мальчиков. После проведенного комплексного санаторно-курортного лечения отмечались небольшие колебания уровня аденокортикотропного гормона и снижение показателей кортизола.

## ДИНАМІЧНА СТРУКТУРА ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ДІТЕЙ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

*А.В. Каменщик*

*Запорізький державний медичний університет*

Вроджені вади серця є найбільш поширеними вадами розвитку у дітей. Невпинне зростання даної нозології за останні роки потребує аналізу як причин цього явища, так і змін структурного розподілу зазначених вад. У зв'язку зі сказаним проведений аналіз структурної динаміки ВВС у дітей у Запорізькій обл.

Встановлено, що загальна чисельність ВВС значно зросла за період з 2004 до 2007 р. і становить відповідно 724 та 1388 випадків. При цьому в структурі зазначеної нозології звертало на себе увагу збільшення відсоткової кількості комбінованих вад з 29,21 у 2004 р. до 36,39 у 2007 ( $p < 0,05$ ) при стабільних відсоткових показниках ізольованих вад, динамічні зміни яких за цей період не набували достовірних розбіжностей.

Отже, встановлено ускладнення динамічної структури ВВС за останні роки із-за збільшення комбінованих вад, що може свідчити як про більш раннє їх формування в ембріогенезі, так і про зростання ролі генетичної складової в етіології цієї патології.

## ПОСТНАЗАЛЬНИЙ СИНДРОМ ЗАТІКАННЯ СЛИЗУ В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА

*О.В. Катілов, Д.В. Дмитрієв, О.В. Мазулов*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Згідно з результатами більшості клінічних досліджень причиною хронічного кашлю як у дітей, так і у дорослих вважається постназальний синдром затікання слизу (postnasal drip syndrom). Цим терміном визначаються клінічні ситуації, які характеризуються запальним процесом в носоглотці та/або навколоносових пазухах, при яких виділення з носової порожнини стікають по задній стінці глотки в трахеобронхіальне дерево, де відбувається механічна стимуляція аферентної частини дуги кашльового рефлексу, що і спричиняє появу кашлю. Крім того, сам по собі стікаючий з носоглотки секрет може викликати так звану відображену бронхоконстрикцію.

Нами обстежено 116 дітей у віці 3–14 років, які звернулись за медичною допомогою з приводу хронічного кашлю. При вивченні основних причин хронічного кашлю підтверджено, що перше місце посідає постназальний синдром затікання слизу, котрий складає 61,4 % випадків. У структурі причин синдрому постназального затікання слизу основне місце посідають синусити, аденоїдит та алергічний риніт. У дітей дошкільного віку переважали синусити й аденоїдит, тоді як у старшій віковій групі – алергічний риніт та синусити.

Диференційна діагностика у дітей проводиться в першу чергу між риносинуситами, аденоїдитом та алергічним ринітом, а також з інородними тілами носової порожнини. Супутню синдрому постназального затікання слизу бронхоконстрикцію необхідно диференціювати з обструктивним бронхітом і бронхіальною астмою.

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ

*О.В. Катілов, О.В. Мазулов, Д.В. Дмитрієв*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Враховуючи особливості сприйняття мови та спілкування з іноземними студентами, ми запропонували методіку проведення практичних занять з використанням теоретичної інформації та наглядного матеріалу, включаючи дані клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження у форматі презентацій Microsoft Power Point.

За період роботи нами відмічено наступні переваги: зменшення позакласного часу викладача для підготовки до заняття, процес створення робочої презентації та її корекція не вимагає спеціальних навичок, покращується процес сприйняття нової інформації студентами, особ-

ливо серед іноземних студентів, які навчаються англійською мовою, оскільки є змога самостійно прочитати інформацію з екрана, зменшується мовний бар'єр.

Опитування студентів і викладачів показало, що зацікавленість студентів до предмету зросла на 48,4 %, кількість пропущених занять зменшилась на 34,2 %, а біжуча успішність підвищилась на 0,45 балів за традиційною шкалою.

## ПОКАЗНИКИ ЛОКАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ НОСОГЛОТКИ У ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ ТА ЗАСОБИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

*Л.В. Квашніна, В.П. Родіонов, В.В. Матвійчук*

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

Проблеми імунорезистентності та адаптації імунної системи до антигенного навантаження мають велике значення для формування рівня здоров'я і преморбідних станів у дитячому віці.

Досліджували імунний статус (CD3, CD4, CD8, CD16, CD20; імунорегуляторний індекс; НСТ-тест; ЦІК; IgA, IgM, IgG, секреторний IgA та IgG; у слині) та мікробно-вірусний пейзаж носоглотки у 80 здорових дітей молодшого віку (3–6 років).

Виявлено, що у здорових дітей під впливом мікробно-вірусного навантаження, яке утворюють верхні відділи дихальних шляхів, при відсутності клінічних проявів, виникає нестабільність параметрів імунної системи та напруження локального імунітету (зниження кількості хелперів, секреторного IgA у слині, імунорегуляторного індексу, зростання ЦІК), що є показником напруження загального адаптаційного синдрому. Застосування препаратів рослинного походження для фармакологічної підтримки імунітету (препарат Імунал та вітамінно-мінеральний комплекс) дозволило оптимізувати не лише імунний статус дитини та мікробно-вірусний пейзаж носоглотки (нормалізація рівня IgA та IgG у слині, зниження мікробно-вірусного навантаження на 60–75 %), а й поліпшити загальні процеси адаптації у дітей молодшого віку до антигенних навантажень.

## ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ

*В.О. Кондратьєв, О.В. Єгоренко, М.В. Ширікіна*

*Дніпропетровська державна медична академія*

Оцінка функції зовнішнього дихання (ФЗД) за допомогою холтеровського моніторингу реопульмонограми (ХМ РПГ) шляхом її реєстрації протягом доби сьогодні практично не використовується в педіатрії, хоча суттєво розширює діагностичні можливості. Вікових нормативних показників ХМ РПГ у дітей до цього часу розроблено не було. Тому метою дослідження була розробка вікових нормативних показників ФЗД у дітей за даними ХМ РПГ для подальшої оцінки діагностичних можливостей методики у пульмонологічних хворих. На підставі обстеження 42 здорових дітей у віці 2–12 років за допомогою системи ХМ DiaCard 02300 були розроблені добові нормативи частоти і амплітуди дихання, індексів вентиляції, часу вдоху, видоуху, апное, їх співвідношень, циркадних індексів. ХМ РПГ було проведено 26 хворим на негоспітальну пневмонію і 16 хворим у нападавому періоді бронхіальної астми. В обох групах були виявлені вірогідні зміни показників ФЗД у порівнянні з нормою в залежності від періоду і тяжкості перебігу захворювання.

Отримані результати показали перспективні діагностичні переваги методу ХМ РПГ. Це можливість оцінки ФЗД протягом доби у дітей, починаючи з 2-річного віку; можливість підбору індивідуальної терапії в залежності від часу доби, можливість паралельної реєстрації ЕКГ і РПГ для диференціальної діагностики патології дихальної і серцево-судинної систем.

## ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

*В.О. Кондратьєв, Л.П. Бадогіна*

*Дніпропетровська державна медична академія*

Після виключення соматичної патології за допомогою одно- та двохмірної ехокардіографії і доплерехокардіографії за стандартними методиками було обстежено 92 здорових дитини від періоду новонародженості до 12 місяців життя. Визначено вікові особливості формування структур серця: шлуночків, передсердь, клапанів, аорти, легеневої артерії, та особливості центральної гемодинаміки. Найбільш значне збільшення протягом першого року життя було відзначено з боку порожнини (129 %), маси міокарда лівого шлуночка (187 %) та показників ударного і серцевого індексів (148 та 141 % відповідно). Встановлено фактори, які фізіологічно були супутніми у формуванні серцевої діяльності дитини першого року життя: паратрофія (32,6 %) із супутньою тімомегалією (60 %). У 21,7 % випадків у дітей першого року життя було виявлено функціонуюче овальне вікно з подальшим закриттям комунікації протягом 14–18 місяців спостереження. Аномальні хорди лівого шлуночка було виявлено у 27,2 % обстежених дітей. У 67,4 % випадків аномалія визначалася при аускультативній систолічним шумом. Кожна друга дитина першого року життя у зв'язку з наявністю при клінічному обстеженні серця систолічного шуму потребувала проведення доплерехокардіографічного дослідження для виключення уродженої вади серця.

## ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ІЗ СІМЕЙ ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

*М.М. Коренєв, Г.О. Бориско, А.І. Бутенко, В.Л. Кашина*

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

Проведено моніторинг стану здоров'я 544 дітей, народжених в сім'ях ліквідаторів наслідків аварії (ЛНА) на ЧАЕС і 537 їх однолітків із сімей, чиї батьки не мали контакту з радіаційним чинником. За допомогою факторного аналізу багатьох чисельних ознак було виділено фактори ризику несприятливого стану здоров'я нащадків із сімей ЛНА: ускладнення перебігу вагітності та пологів, обтяжений сімейний анамнез, тривалість участі в ліквідаційних роботах, вік та стан здоров'я батька до моменту зачаття, часті гострі респіраторні захворювання дитини в ранньому та дошкільному віці.

За допомогою дисперсійного аналізу повторних вимірювань встановлено значуще розходження у стані здоров'я дітей в різних вікових групах (6–9, 10–12, 13–15 та 16–18 років). У нащадків ЛНА негативне змінення стану здоров'я мало місце значно раніше. В 10–12 років воно суттєво погіршувалося в порівнянні з 6–9-річними дітьми та в подальшому стабілізувалося. В групі дітей із сімей без радіаційного ризику ці зміни визначалися пізніше, в 14–15 років. На завершальному етапі дитинства (16–18 років) стан здоров'я нащадків ЛНА залишався нижчим, ніж у групі порівняння, але суттєво припинялася його негативна динаміка.

## ЧИ ІСНУЄ ЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ ЦИНКУ В ОРГАНІЗМІ ТА ВЕРТИКАЛЬНОЮ ПЕРЕДАЧЕЮ ВІЛ?

*Ю.С. Коржинський, А.Є. Лісний*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Цинк відіграє важливу роль у функціонуванні імунної системи. Його дефіцит призводить до порушень функціонування специфічних та неспецифічних методів захисту, порушується баланс між клітинним і гуморальним імунітетом, зростає частота кишкових та респіраторних інфекцій. Ми шукали взаємозв'язок між рівнем цинку в крові новонароджених та частотою вертикальної передачі ВІЛ.

Було обстежено 32 малюки, народжені ВІЛ-інфікованими жінками. Всі жінки отримали повний курс антиретровірусної профілактики згідно із затвердженим протоколом. Десять дітей

були ВІЛ-інфікованими, 22 – здорові. Рівень цинку визначали методом атомної абсорбції з подальшою сухою мінералізацією.

Серед ВІЛ-негативних новонароджених 16 (72,72 %) мали нормальний рівень цинку; 3 (13,65 %) – легкий дефіцит цинку і 3 (13,65 %) – дефіцит середнього ступеня. У той же час серед ВІЛ-інфікованих малюків 7 (70 %) мали дефіцит цинку легкого ступеня, 2 (20 %) – середнього і 1 (10 %) – важкого (RR=3,67).

Дослідженням доведено існування певного зв'язку між рівнем цинку в крові немовлят і вертикальною передачею ВІЛ.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦЕФТРИАКСОНА/СУЛЬБАКТАМА В ПЕДИАТРИИ

*С.П. Кривоустов*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

«На сегодня одним из способов повышения эффективности антимикробной терапии является комбинированная антибиотикотерапия. При инфекциях, возбудители которых продуцируют бета-лактамазы широкого спектра, используется цефтриаксон/сульбактам», – утверждает директор НИИ антимикробной химиотерапии РФ, президент МАКМАХ, профессор Р.С. Козлов (2008).

Профессор И.Г. Березняков (Харьков, 2006) отмечает, что добавление ингибитора бета-лактамаз к цефтриаксону позволяет преодолевать устойчивость, вызванную бета-лактамазами расширенного спектра действия, оксациллиназами, цефалоспоринозами и даже карбапенемами.

Цефтриаксон зарекомендовал себя в педиатрии как высокоэффективный препарат при лечении пневмоний, но клиницист должен помнить о возможном участии в развитии инфекционного процесса резистентной микрофлоры, в том числе синегнойной палочки, метициллинрезистентных стафилококков, энтерококков. Добавление к цефтриаксону/сульбактаму увеличивает микробиологическую активность комбинации и расширяет спектр антибактериальной ее активности.

В клинике показана высокая эффективность и безопасность препарата Сульбактомакс (цефтриаксон/сульбактам) производства «Миля Хелскере Лтд.» (в виде порошка для приготовления раствора для инъекций – 500 мг / 250 мг и 1000 мг / 500 мг во флаконах) для лечения пневмоний в детском возрасте.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

*С.П. Кривоустов, А.И. Молочек, П.М. Попивчак, Е.Н. Щербинская*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

Известно, что в этиологии острого неспецифического ринита у детей доминируют Rhinovirus, возможны и другие вирусы. Лечение острого вирусного ринита, как правило, симптоматическое. Традиционно рекомендуется домашний режим, обильное теплое питье. Очень важно объяснить родителям и ребенку, как правильно сморкаться. По показаниям назначают жаропонижающие лекарственные средства. В настоящее время установлено, что витамин С, гвайфеназин, тепловые ингаляции, увлажненный воздух не эффективнее, чем плацебо, при симптоматическом лечении простуды (R.V.Turner, G.F.Nayden, 2007). Широкое применение находит человеческий рекомбинантный интерферон альфа 2b для интраназального введения, особенно в первые часы заболевания. Специфическая противовирусная терапия риновирусной инфекции в настоящее время не разработана.

Важен уход за слизистой оболочкой полости носа, чаще пользуются 0,65%-ным раствором хлорида натрия. Широко применяются назальные деконгестанты, преимущественно местные, интраназальные деконгестанты, предпочтение отдается имидазолинам (прежде всего оксиметазолин), их следует применять не более 5–7 дней. По показаниям применяют мукорегулирующие препараты, которые разжижают густой вязкий секрет и улучшают мукоцилиарный клиренс.

Антибиотики не показаны у детей с простудой, острым вирусным ринитом. Их следует назначать только при развитии бактериальных осложнений. Находят также применение гомеопатические, антигемотоксические средства, фитотерапия, ароматерапия, чжень-цзю терапия, рекомендации народной медицины.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ LACTOBACILLUS И ВИТАМИНОВ В<sub>9</sub>, В<sub>12</sub> В СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

*С.П. Кривопустов*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

В практике современной педиатрии широко применяется препарат, содержащий *Lactobacillus sporogenes* / *Bacillus coagulans* – «Лактовит форте». В состав комплексного препарата Лактовит форте, кроме пробиотика (спор лактобактерий), входят витамины – фолиевая кислота (витамин В<sub>9</sub>) и цианокобаламин (витамин В<sub>12</sub>).

Именно кишечная палочка, бифидумбактерии и лактобациллы составляют основу нормальной микрофлоры кишечника. Основные свойства *Lactobacillus*: протеолиз, липолиз, метаболизм лактозы, образование антагонистических веществ к патогенным микроорганизмам, иммуномодулирующая активность (фагоцитоз, участие в синтезе Ig, IL1, TNF, др.), сохранение баланса микробных популяций после приема антибиотиков.

В процессе метаболизма лактобактерии продуцируют L(+)молочную кислоту. Молочная кислота способствует более полному усвоению железа, фосфора, кальция, а кислая среда стимулирует рост нормальной аутомикрофлоры кишечника, улучшает перистальтику кишечника и препятствует росту патогенных бактерий. Лактобактерии образуют антибиотикоподобные субстанции бактериоцины, способные фиксироваться на специфических рецепторах микробной клетки и оказывающие угнетающее действие на патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, грибы.

Фолиевая кислота необходима для создания и поддержания в здоровом состоянии новых клеток, ее наличие необходимо для процесса репликации ДНК. Недостаточность фолиевой кислоты и ее производных проявляется развитием не только мегалобластной гиперхромной анемии, но и поражением органов пищеварения (стоматит, гастрит, энтерит и др.). В организме человека есть два фермента с коферментом В<sub>12</sub>, участвующие в цепи реакций биологического окисления белков и жиров, превращении гомоцистеина в метионин. При одновременном применении с фолиевой кислотой цианокобаламин проявляет синергизм.

Лактовит форте широко применяют у детей при хроническом колите, дисбактериозе, после перенесенных острых кишечных инфекций, при наличии дисфункции пищеварительного тракта или выделении патогенных и условно-патогенных бактерий, в составе комплексной терапии при крапивнице, экземе, атопическом дерматите.

## ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ SACCHAROMYCES BOULARDII В ПРАКТИКЕ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

*С.П. Кривопустов*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

Эффективность *Saccharomyces boulardii* (Энтерола 250) у детей изучена при диарее различного генеза, в частности обусловленной *Escherichia coli*, *Clindamycin*-индуцированных колитах, кишечном амебиазе, поражении кишечника, вызванном *Candida*. Установлено, что *S. boulardii* ингибируют рост и других патогенных микроорганизмов – *Salmonella typhi*, *Shigella dysenteriae*. Для *S. boulardii* характерен микробный антагонизм: они ингибируют рост различных патогенных микроорганизмов в пищеварительном тракте, способствуют активации противoinфекционной защиты – усиливают образование секреторного IgA и секреторного компонента Ig в тонком кишечнике, оказывают антигемотоксическое действие в отношении холерного вибриона и токсинов, выделяемых *Clostridium difficile*. Показана эффективность *S. boulardii* и при ротавирусной инфекции.



Особое значение имеет доказательная база применения *S. boulardii* в профилактике и лечении антибиотико-ассоциированной диареи (ААД). Большой интерес представляет работа М. Kotowska, P. Albrecht, H. Szajewska (Польша, 2005). Так, в рандомизированном, двойном слепом, плацебо-контролируемом клиническом исследовании «*S. boulardii* в профилактике ААД у детей» принимали участие 269 детей в возрасте от 6 мес до 14 лет. Режим дозирования *S. boulardii*: 250 мг 2 раза в день. Показано, что лиофилизированные *S. boulardii* эффективно предотвращают появление ААД у детей (в группе получающих *S. boulardii* – 3,4 %, в группе плацебо – 17,3 %). Побочных эффектов *S. boulardii* при этом не отмечено. Важно, что *S. boulardii* не проникают в системный кровоток и не вызывают микозов. Кислота желудка не действует на *S. boulardii*, они не перевариваются и при ежедневном приеме сохраняют жизнеспособность во всех отделах пищеварительной системы. Дрожжевые грибы *S. boulardii* не колонизируют кишечник, и он освобождается от них через несколько дней после окончания лечения.

Доказано колонизационное увеличение бифидо- и лактобактерий под влиянием *S. boulardii*. Генетически обусловленная устойчивость *S. boulardii* к действию антибиотиков обуславливает возможность их сочетанного применения.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИРОПА «ТРАЙФЕД ЭКСПЕКТОРАНТ» И ПРЕПАРАТА «ЦЕФОДОКС» У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

*С.П. Кривоустов*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

Болезни органов дыхания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей различного возраста, и перед лечащим врачом каждый раз возникает вопрос о рациональной комбинации назначаемых лекарственных средств, влияющих не только на возбудитель инфекционного заболевания, но и на различные звенья патогенеза.

Значительный удельный вес среди острых бронхолегочных заболеваний в стационарной педиатрии занимает синдром бронхиальной обструкции. В генезе бронхиальной обструкции при инфекционно-воспалительных заболеваниях имеют место отек слизистой оболочки, воспалительная инфильтрация, гиперсекреция. В клинической педиатрии при этом используется комбинация трипролидина гидрохлорида, псевдоэфедрина гидрохлорида и гвайфенезина. Подобное сочетание действующих веществ дает возможность эффективно влиять на различные звенья патогенеза указанного синдрома. Названные компоненты входят в состав сиропа «Трайфед экспекторант».

Цефодокс (цефподоксим в форме проксетила) – пероральный цефалоспорин III генерации. Цефподоксима проксетил всасывается в пищеварительном тракте и деэстерифицируется, образуя цефподоксим, проникает в жидкости и ткани (в том числе и легких), образуя в них концентрацию, превышающую МПК<sub>50</sub> для большинства микроорганизмов.

В педиатрическом стационаре показана высокая эффективность и безопасность комбинированного применения сиропа «Трайфед экспекторант» и препарата «Цефодокс» у детей с острыми инфекционными заболеваниями органов дыхания, сопровождающимися синдромом бронхиальной обструкции.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЛОКАТОРОВ H<sub>1</sub>-РЕЦЕПТОРОВ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ

*С.П. Кривоустов*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

В настоящее время из блокаторов H<sub>1</sub>-рецепторов в практике педиатрии широко используются препараты II поколения, в частности цетиризин. Согласно классификации, антигистаминные препараты делятся на метаболизирующиеся и неметаболизирующиеся блокаторы H<sub>1</sub> рецепторов. Именно неметаболизирующиеся препараты, не зависящие от системы цитохромоксидазы (цетиризин), имеют наиболее высокий профиль безопасности. Терапевтиче-

ская эффективность цетиризина многократно продемонстрирована в исследованиях, отвечающих требованиям Доказательной медицины, на примере аллергического ринита и риноконъюнктивита, хронической рецидивирующей крапивницы и др.

По своей химической структуре цетиризин является карбоксилированным производным гидроксизина. Цетиризин тормозит гистаминопосредованную раннюю фазу аллергической реакции, предотвращает различные физиологические и патофизиологические эффекты гистамина. Цетиризин обладает уникальным стероид-спаринговым эффектом у больных бронхиальной астмой. Снижает экспрессию молекул адгезии, таких как ICAM-1 и VCAM-1, которые являются маркерами аллергического воспаления. Подавляет действие других медиаторов и индукторов секреции гистамина, таких как PAF и субстанция P. Он обладает также антилейкотриеновой активностью, что является особенно важным при тяжелых аллергиях.

## ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ВЗРОСЛЫХ

*А.С. Кривопустов*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

«В конечном счете ничто не оказывает большего влияния на качество жизни взрослого человека, чем болезни и повреждения, возникающие в перинатальном периоде» (F. Fusch, S. Araujo). Поэтому семейному врачу, терапевту важно понимание вопросов этиопатогенеза кардиоваскулярной патологии у детей с последующим обоснованием методов адекватной, рациональной и своевременной профилактики и терапии.

Избыток массы тела в молодом возрасте является фактором риска возникновения заболеваний, в том числе артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. В развитии ожирения большое значение имеет характер вскармливания детей первого года жизни: при грудном вскармливании риск перекорма гораздо ниже, чем при искусственном, потому что, потребляя материнское молоко, дети обычно сами регулируют объем пищи во время каждого кормления.

Эссенциальная гипертензия у взрослых в ряде случаев берет свое начало в детском возрасте. Эта концепция нашла подтверждение в серии исследований, показавших, что повышенное АД у детей сохраняется впоследствии, когда они становятся взрослыми.

Академик Ю.Е. Вельтищев (Институт педиатрии и детской хирургии РАМН) говорил: «Не вызывает сомнения тот факт, что истоки многих хронических, инвалидизирующих или фатальных патологических состояний у взрослых, в том числе и патология сердечно-сосудистой системы, берет начало в пери- и неонатальном периоде».

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО И НАУЧНОГО ПОИСКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

*Н.С. Кривопустов*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

В учебной, научно-исследовательской и практической деятельности студента-медика важнейшим стратегическим ресурсом становится информация. Наряду с традиционными, современные компьютерные информационные технологии, позволяющие создавать, хранить, перерабатывать и обеспечивать наиболее эффективные способы представления информации, все больше входят в повседневную жизнь.

Все заметнее становятся тенденции к информатизации сферы образования. Создаются электронные учебники, разрабатываются автоматизированные системы обучения, организуются виртуальные университеты, тестирующие программы, разнообразные дистанционные телекоммуникации. Необходимы наряду с традиционными полномасштабные мультимедийные учебники, широкий доступ к электронной почте, в том числе необходимо шире использовать внутривузовскую электронную доску объявлений, участвовать в телеконференциях, где обсуждаются проблемы образовательного и научного характера.

Студентам необхідно иметь широкий доступ к открытым файловым серверам сети Интернет для получения свободно распространяемых средств, доступ к базам данных, библиотекам при подготовке учебных работ и проведении научных исследований. Представляет особый интерес самостоятельное компьютерное тестирование в рамках самостоятельной работы по различным вопросам теоретической и клинической медицины.

## АНТИБИОТИКОТЕРАПІЯ ТА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ – ОДИН ПОГЛЯД НА ДВІ ПРОБЛЕМИ

*Т.О. Крючко, О.Я. Ткаченко*

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

Актуальність проблеми лікування респіраторних інфекцій у дітей не викликає сумнівів, бо система органів дихання в цілому та легені як органа зокрема мають підвищену чутливість до інфекційних захворювань. Надзвичайно високий рівень захворюваності, можливість серйозних ускладнень і летальних наслідків, резистентність збудників, негативні наслідки від прийому препаратів – це неповний перелік проблем, з якими зустрічаються лікарі-педіатри усього світу.

Серед проблем, пов'язаних з лікуванням респіраторних інфекцій, важливе місце посідає питання диференціювання вірусних і бактеріальних збудників, а також недостатня кількість клінічних досліджень, що підтверджують перевагу того чи іншого препарату. Інша складність пов'язана з тим, що отримання достовірних результатів про переваги одного антибактеріального препарату над іншим або плацебо потребує тривалого періоду дослідження та великої кількості пацієнтів у групах порівняння. Окрім цього, велика частота спонтанного одужання при легкому перебігу інфекційного процесу не дає змоги встановити відмінності між препаратами. На перший погляд проблема збудників інфекцій респіраторних шляхів добре вивчена, проте і у цій сфері залишається багато нез'ясованих моментів. Серед великої кількості мікроорганізмів, які населяють дихальні шляхи людини, основними збудниками захворювань дихальних шляхів залишаються *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* і *Moraxella catarrhalis*, які викликають ларингіт, трахеїт, гострий бронхіт, пневмонію, отити, синусити, а також *Streptococcus pyogenes*, який сприяє виникненню риніту, тонзиліту, фарингіту (С.В. Сидоренко, А.С. Лопатин, Л.В. Богун, 2008).

На базі нашої клініки було проведено постмаркетингове дослідження щодо порівняння ефективності амокцициліну/клавуланату та азитроміцину. В дослідження було включено 56 дітей віком від 7 до 14 років з підтвердженим діагнозом вогнищевої пневмонії, із них 29 приймали амокцицилін/клавуланат, 27 – азитроміцин у відповідних вікових дозах. Динаміка симптоматики, частота госпіталізації та виникнення негативних явищ оцінювали через 48–72 год, а потім через 7 та 10–14 днів. Статистично достовірної різниці за вказаними показниками не виявлено. Позитивні результати, які характеризуються зникненням клінічної симптоматики, в групі амокцициліну/клавуланату склали 86 %, азитроміцину – 82 %. Саме тому при виборі конкретного антибактеріального засобу слід надавати перевагу препарату, що демонструє кращу фармакодинаміку та високу біодоступність.

Важливо також враховувати регіональні дані про резистентність мікроорганізмів, доведено клінічну ефективність препарату, його форму випуску, профіль безпеки, можливість взаємодії в організмі з іншими медикаментами. Доведено також, що високу ефективність лікування забезпечує не тільки своєчасний початок антибактеріальної терапії, але й адекватне дозування, оптимальний курс лікування та своєчасна оцінка ефективності стартового антибіотика. Наведені підсумки дозволили зробити висновок, що амокцицилін/клавуланат заслужено залишається препаратом вибору в лікуванні захворювань респіраторного тракту як у дітей, так і у дорослих. Препарат зручний у дозуванні та безпечний в плані розвитку негативних явищ.

## ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ І КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ З РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХІТОМ

*Т.О. Крючко, Ю.М. Кінаш*

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

В структурі захворюваності дітей від 0 до 14 років хвороби органів дихання займають перше місце і складають 62–65 %. Серед даної патології досить поширеним є рецидивуючий бронхіт (РБ). Результати досліджень підтверджують недостатність факторів місцевого імунітету – секреторних імуноглобулінів класів А і М, лізоциму, лактоферину у дітей з РБ.

Метою роботи стала розробка комплексної реабілітаційної програми та оцінка клініко-імунологічного перебігу РБ у дітей. Під спостереженням знаходилося 65 дітей з РБ в періоді ремісії віком від 2 до 6 років. Групу контролю склали 15 здорових дітей аналогічного віку. Для визначення стану місцевого імунітету всім дітям визначали вміст sIgA та лактоферину в слині. Всім дітям проводилась протягом місяця комплексна реабілітаційна програма основного захворювання з використанням флавозиду у вікових дозах та хілаку – 1-ша група (n=23), флавозиду та лісобакту – 2-га група (n=21). Діти 3-ї групи (n=20) отримували традиційне лікування без застосування препаратів імунокоригуючої дії. Дослідження показало, що вікова незрілість імунної системи, недостатній захист слизових оболонок факторами місцевого імунітету (зниження sIgA, лактоферину) є провідними факторами реалізації РБ у дітей з обтяженим спадковим і соціальним анамнезом. Призначення комплексної реабілітаційної програми дітям з РБ дозволяє знизити кількість і тривалість рецидивів хвороби, поліпшити якість життя хворих.

## ПРОГРАМА ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ СТУДЕНТАМ 6-ГО КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА»

*А.Я. Кузьменко, О.М. Руднєв, В.Г. Мигаль*

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

Мета заключного етапу вивчення педіатрії полягає в поглибленні теоретичних знань, удосконаленні та засвоєнні практичних навичок, набутті диференційно-діагностичних знань і готовності майбутніх лікарів до самостійної роботи.

Кінцевими цілями педіатричної дисципліни є проведення диференційної діагностики, постановка попереднього діагнозу, діагностування невідкладних станів і надання невідкладної допомоги при основних захворюваннях в клініці дитячих хвороб, визначення лікувальної тактики ведення найбільш поширених захворювань дитячого віку, планування обстеження хворої дитини та інтерпретація отриманих результатів. Засвоєння теми контролюється на практичних заняттях відповідно до конкретних цілей: аналіз і оцінка результатів лабораторно-інструментальних досліджень, вирішення ситуаційних задач і тестів, самостійна робота у ліжка хворої дитини.

Оцінка за модуль визначається як сума оцінок потокової діяльності (у балах) і оцінка підсумкового модульного контролю (у балах), які виставляються при оцінюванні знань і вмінь відповідно до переліків, визначених програмою дисципліни.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЭКОЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*М.Е. Кутькин*

*Детский клинический санаторий «Чайка» МЗ АР Крым, г. Евпатория*

У 16 пациентов, пострадавших от антропогенного загрязнения, катamnестическое наблюдение составило 1,5 года после санаторно-курортного лечения. Из них 8 детей принимали хлоридные натриевые ванны и 8 – ванны с добавлением ароматических бальнеоэкстрактов.

Характеризуя состояние гемопоэза, можно отметить, что позитивный эффект по уровню Hb сохранился у 8 (50 %) детей, из них 5 (62,5 %) получали бальнеоароматерапию. Иммунологический мониторинг показал, что достоверное повышение CD3<sup>+</sup> в группе детей, получивших бальнеоароматерапию, нивелируется через 1,5 года постоянным экпатологическим воздействием. Но достоверное повышение CD20<sup>+</sup> от (22,00±0,45) до (24,00±0,45) % и IgG от (9,36±0,27) до (10,82±0,48) г/л в этой же группе сохранилось при катamnестических обследованиях.

Таким образом, применение ароматических бальнеоэкстрактов в комплексе с хлоридными натриевыми ваннами повышает реабилитационный потенциал бальнеотерапии, оказывая более длительное последствие на гемопоэз и основные факторы гуморального звена иммунитета.

### ЕФЕКТИВНІСТЬ НОВИХ СПЕЦІАЛЬНИХ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОМУ КОМПЛЕКСІ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ І РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХІТОМ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

*В.Ф. Лапшин, Т.Р. Уманець, А.Б. Семіноз, Л.С. Степанова,  
Л.Є. Вербицька, А.В. Кухарська, О.П. Беляєв*

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

На підставі вивчення клініко-параклінічних особливостей періоду ремісії хронічного гастродуоденіту та рецидивуючого бронхіту у 170 дітей віком від 7–14 років було теоретично обґрунтовано та розроблено нові спеціальні харчові продукти на основі солодів злаків і лікарських трав: «Бронхо-флора» для дітей з бронхолегеневими захворюваннями, «Гастрин-флора» для дітей з хронічним гастродуоденітом, «Релакс-флора» для дітей з синдромом вегетативної дисфункції. Встановлено, що включення до лікувально-профілактичного харчування даних спеціальних харчових продуктів на санаторному та поліклінічному етапах реабілітації підвищило ефективність відновлювального лікування у дітей з рецидивуючим бронхітом у 1,4 раза, а у дітей з хронічним гастродуоденітом в 1,3 раза.

### ПРОФІЛАКТИКА РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ – МЕШКАНЦІВ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА

*О.М. Лебединець, Ю.Г. Резніченко*

*Запорізький державний медичний університет*

У дітей, які проживають в екологічно несприятливих умовах, відзначається підвищена захворюваність, у структурі якої найбільш часто у дітей раннього віку спостерігаються захворювання респіраторного тракту. Однією з причин підвищеної респіраторної захворюваності дітей є несприятливий вплив екологічних, соціально-економічних чинників на імунну систему. Для вирішення проблеми частих респіраторних захворювань ведучим має бути профілактичний напрямок. Найбільш частою причиною розвитку респіраторних захворювань є віруси. Крім того, до респіраторних захворювань більш сприятливими є діти. У зв'язку з цим доцільно застосовувати препарати, що мають протівірусну дію. Вивчена ефективність застосування протівірусного та імуномодулюючого препарату рослинного походження у 24 дітей раннього віку. Встановлено, що застосування препарату дозволяє знизити частоту респіраторних захворювань та їх ускладнень, особливо з боку серця, і поліпшити імунітет.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНОЇ КАРТИНИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ

*Г.О. Леженко, О.Є. Пашкова*

*Запорізький державний медичний університет*

Обстежено 25 дітей, хворих на муковісцидоз, у віці від 3 до 16 років. Контрольну групу склали 20 дітей, репрезентативних за віком, без наявності серцево-судинної та бронхолегеневої патології. Всім дітям було проведено стандартну ЕКГ та добовий моніторинг ЕКГ. Встановлено, що у дітей, хворих на муковісцидоз, найбільш поширеними змінами на ЕКГ були синусова тахікардія (67 %), порушення процесів реполяризації шлуночків (79 %) та ознаки перевантаження правого передсердя (12 %). Аналіз добового моніторингу ЕКГ показав, що у більшості хворих на муковісцидоз на тлі синусового ритму спостерігалися епізоди зміщення сегмента ST понад 0,1 мВ до (519,3±35,2) хв/добу переважно у вигляді горизонтальної або косонизхідної депресії, у той час як в контрольній групі переважала елевація сегмента ST. Причому сумарна добова тривалість зміщення даного сегмента в даній групі не перевищувала (183,2±19,3) хв/добу. Виявлені електрокардіографічні зміни у дітей, хворих на муковісцидоз, залежали від тривалості та тяжкості перебігу захворювання.

## СТАН ОКИСЛЮВАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Г.О. Леженко, О.М. Чакмазова, О.Є.Пашкова*

*Запорізький державний медичний університет*

Під нашим спостереженням знаходилося 65 дітей, хворих на цукровий діабет (ЦД), у віці від 7 до 16 років. Контрольну групу склали 22 практично здорових дитини, репрезентативних за статтю та віком. У всіх дітей визначали стан процесів вільнорадикального окиснення білків і метаболітів оксиду азоту в крові. Було встановлено, що в крові дітей, хворих на ЦД, відбувалися зміни окислювального метаболізму, що виражалося в підвищенні інтенсивності окислювальної модифікації білків і зниженні вмісту метаболітів оксиду азоту в сироватці крові. Тривалий перебіг ЦД у дітей приводив до виснаження резервних можливостей організму і супроводжувався зниженням вмісту індукованої КФГ. Причому найбільш виражені зміни виявлялися у хворих з проявами діабетичної нефропатії. Таким чином, зниження вмісту метаболітів оксиду азоту та окислювальна деструкція білків є одним із ранніх індикаторів формування діабетичної нефропатії у дітей.

## ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ КАРДІАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ВРОДЖЕНОЮ ЦИТОМЕГАЛІЄЮ

*Г.О.Леженко, О.М. Гиря, Т.В. Борисенко*

*Запорізький державний медичний університет*

Внутрішньоутробна цитомегалія є найважливішою причиною аномалій розвитку, енцефаліту, кардиту, фетального гепатиту тощо. В діагностиці захворювань серцево-судинної системи у дітей раннього віку головне місце займає метод ехокардіографії, який дозволяє об'єктивно оцінити отримані клініко-параклінічні ознаки запальних змін у серці та їх трансформацію в міокардіосклероз та формування кардіоміопатії.

Було комплексно обстежено 43 дитини раннього віку з серологічно підтвердженою цитомегалією та наявністю в їх крові ізоферменту креатинкінази мегаловірусу. Вивчення функціонального стану міокарда проведено Medison 8000, фазним датчиком 2,5–5,0 МГц в стандартних ехокардіографічних позиціях. В результаті обстеження встановлено зниження контрактильної функції міокарда лівого шлуночка, що проявлялося підвищенням кінцево-діастолічного та кінцево-систолічного об'єму лівого шлуночка, зниженням ударного об'єму та фракції викиду. Отримані дані свідчать про доцільність комплексного ехокардіографічного та серологічного обстеження дітей з вродженою цитомегалією.

## ВПЛИВ ЦЕРЕБРОЛІЗИНУ НА МЕТАЛОЗАЛЕЖНІ ПРОЦЕСИ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

*Б.С. Литвин, А.П. Бурлака\*, М.В. Хайтович*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
\*Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології  
ім. Р.Є. Кавецького НАН України, м. Київ*

Останніми роками вивчається роль церулоплазміну та трансферину у попередженні розвитку «ланцюгових» реакцій окиснення при різній патології.

Під наглядом знаходилось 16 дітей (9 хлопчиків та 7 дівчаток) віком 9–16 років з вегетативними дисфункціями, яким призначався препарат церебролізин у вигляді внутрішньом'язових ін'єкцій 1 раз на добу протягом 10 діб. На тлі лікування в плазмі крові хворих підвищився вміст трансферину від  $(0,7 \pm 0,13)$  до  $(1,06 \pm 0,17)$  ум. од. та знизився вміст церулоплазміну від  $(1,06 \pm 0,17)$  до  $(0,7 \pm 0,13)$  ум. од., що призвело до достовірного ( $p < 0,05$ ) зростання в 2,5 раза індексу фероксидазної активності.

## ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ЛАКТАТДЕГІДРОГЕНАЗИ ПРИ ГОСТРОМУ ПІЕЛОНЕФРИТІ У ДІТЕЙ

*А.М. Лобода*

*Медичний інститут Сумського державного університету*

Розвиток піелонефриту супроводжується порушенням функції біологічних мембран і процесів енергетичного обміну нефрону. Маркером вказаних порушень є поява ферментурії. При патології нирок найбільш чутливими ферментами вважаються цитозольні, зокрема лактатдегідрогеназа (ЛДГ).

Метаю даної роботи було дослідити вміст ЛДГ у сечі дітей, хворих на гострий піелонефрит. Обстежено 36 дітей з гострим піелонефритом, що знаходилися на лікуванні в нефрологічному відділенні Сумської обласної дитячої клінічної лікарні. Групу порівняння склали 20 дітей, що не мали клінічних або лабораторних ознак патології нирок. Встановлено, що гострий піелонефрит супроводжується достовірним підвищенням рівня ЛДГ в сечі ( $p < 0,001$ ). Активність ЛДГ у пацієнтів з гострим піелонефритом була майже в 6 разів вищою, ніж у дітей групи порівняння –  $(12,18 \pm 1,53)$  проти  $(2,59 \pm 0,71)$  Од/л відповідно. При цьому коливання вмісту ЛДГ в сечі у хворих на піелонефрит складали від 3,2 до 25,6 Од/л. Отже, визначення активності ЛДГ в сечі є досить інформативним дослідженням при гострому піелонефриті, яке доцільно використовувати в клініці.

## СПОСІБ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО СТРИМУВАННЯ ФІБРОГЕНЕЗУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

*О.М. Лук'янова, В.С. Березенко, А.Г. Ципкун*

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

Базуючись на проведених нами дослідженнях патогенезу фіброзу печінки у дітей з хронічним вірусним гепатитом (ХВГ), ми розробили схему медикаментозної корекції у них фібротичних процесів у печінці та дослідили її ефективність.

За розробленою схемою 60 дітям з ХВГ основної групи призначали: урсофальк по 10 мг/кг маси щоденно протягом трьох місяців, донатор оксиду азоту – глутаргін протягом 21 дня по 0,25 г тричі на день дітям після 12 років та по 0,125 г тричі на день – до 12 років (через місяць курс повторювали), гепатопротектор – гепабене до 12 років по одній капсулі два рази на день, старшим – по 1 капсулі тричі на день протягом місяця, після першого курсу глутаргіну. Діти групи порівняння протягом 3 міс послідовно отримували гепатопротектори (галстена, холівер та ін.) в дозах відповідно віку. Всім хворим було проведено клініко-лабораторне дослідження,

оцінено стан нитрергічної системи та обмін колагену. Хворі як основної, так і групи порівняння знаходилися у фазі реплікації вірусу.

Отримані результати засвідчили, що у дітей основної групи, на відміну від групи порівняння, мали місце вірогідне зменшення частоти проявів астеновегетативного та диспептичного синдромів, нормалізація моторики жовчного міхура, зменшення розмірів печінки, нормалізація рівня трансаміназ і тимолової проби. Застосування розробленого медикаментозного комплексу призвело до підвищення синтезу NO та гальмування процесів колагеноутворення. Таке лікування можуть отримувати діти з ХВГ у фазі реплікації вірусу у випадку неможливості проведення протівірусної терапії або її неефективності з метою стримування фібропластичних процесів у печінці та профілактики цирозу печінки.

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРЕВЕНТИВНОЇ ПЕДІАТРІЇ В АСПЕКТІ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ

*О.М. Лук'янова, Ю.Г. Антипкін, Л.І. Омельченко*

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

Визначення факторів ризику порушень здоров'я в дитинстві та застосування сучасних профілактичних технологій протягом повного циклу розвитку дитячого організму (з моменту зачаття до 18 років) сприяють укріпленню здоров'я на популяційному рівні. Впровадження методів пренатальної діагностики, профілактичні засоби до народження дитини, моніторинг факторів ризику під час пологів і в період адаптації новонароджених розширюють можливості зниження дитячої смертності та інвалідності.

Важливу роль у збереженні здоров'я відіграють якісне харчування матері та дитини, профілактика нутрієнтних дефіцитів, дисбіозів, своєчасне виявлення та корекція донологічних відхилень у функціональному стані різних органів і систем дитячого організму, особливо в критичні періоди розвитку. Попередженню хронізації патологічних процесів у дітей і розвитку хронічної соматичної патології в дорослому віці сприятиме підвищення ролі сімейного лікаря в реалізації засад превентивної педіатрії та профілактичної медицини на рівні сім'ї.

## СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ НИРОК

*Н.І. Максимєва, Г.С. Сенаторова, А.Д. Бойченко, Н.К. Мацієвська, Т.Б. Іщенко*

*Харківський національний медичний університет*

Діагностика ранніх ознак формування кардіоваскулярних ускладнень у дітей с хронічним захворюванням нирок (ХЗН) потребує вдосконалення.

Обстежено 84 дитини у віці від 7 до 17 років з ХЗН і швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ)  $\geq 90$  мл/хв. Хворі були розподілені на групи: I (n=56) – діти з нормальною ШКФ ( $118,7 \pm 12,9$ ) мл/хв, II (n=28) – з підвищеною ШКФ ( $158 \pm 15,9$ ) мл/хв. Проведено кардіологічне обстеження (ЕКГ, ДЕХОКГ, холтеровське моніторування ЕКГ, добове моніторування артеріального тиску (АТ), велоергометрія), вивчення стану вегетативної нервової системи (ВНС). Ознаки патології серцево-судинної системи (ССС) і дисбалансу ВНС зафіксовані у пацієнтів обох груп, однак скарги з боку ССС, гіперсимпатикотонія, гіпертонічний тип гемодинаміки, зниження функціональної адаптації до фізичного навантаження, наявність порушень серцевого ритму, non-dipper-тип добового ритму АТ, міокардіальна дисфункція лівого шлуночка – вірогідно частіше визначалися у дітей II групи.

Таким чином, всім дітям з ХЗН, починаючи з I стадії, слід проводити детальне обстеження ССС. При наявності змін з боку ССС хворі з ХЗН, окрім активної ренопротекції, потребують проведення комплексної кардіометаболічної терапії та нормалізації вегетативного балансу.



**ПРОГРАМНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКВІДАЦІЇ ДЕФІЦИТУ МІКРОНУТРИЄНТІВ***М.Є. Маменко, Н.А. Белих**Луганський державний медичний університет**Головне управління охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації*

Стан здоров'я населення безпосередньо пов'язаний із якістю харчування. Нормальний розвиток дитини, профілактика захворювань і здатність протистояти негативним впливам оточуючого середовища є можливими лише за умов відповідності харчування енергетичним потребам, його збалансованості за основними нутрієнтами, мікроелементами та вітамінами. Проведене нами у 2006–2008 рр. епідеміологічне дослідження дефіциту мікронутрієнтів на прикладі йоду та заліза у молодших школярів Луганської області (рекомендації ВООЗ/МРКІДЗ/ЮНІСЕФ, 2001) довело наявність проблеми на регіональному рівні: медіана йоду рії – 83 мкг/л; частота зоба – (27,3±1,4) %; поширеність анемії – (21,6±1,3) %. Якщо дефіцит мікронутрієнтів є проблемою в масштабах популяції, перевага віддається програмному підходу до його ліквідації.

Виходячи з результатів дослідження, створили регіональну міжгалузеву програму, яка передбачає оцінку ситуації, поширення отриманих даних і обмін інформацією, розробку плану дій, прийняття політичного рішення, реалізацію, моніторинг і оцінку ефективності. Впровадження програми відбувається за участю спеціалістів із різною професійною орієнтацією (медичних працівників, політиків, служб контролю за якістю, освітніх структур та засобів масової інформації). Профілактична спрямованість програми, її орієнтація на освітні заходи з питань здорового способу життя та харчування є інструментом досягнення основної мети – зниження розповсюдженості йододефіцитних захворювань та залізодефіцитних станів у популяції.

**ПРОБЛЕМИ ТЕРАПІЇ СТРЕПТОКОКОВОГО ТОНЗИЛИТУ У ДІТЕЙ***Ю.В. Марушко, Г.Г. Шеф, О.В. Лисовець, Т.В. Марушко**Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ*

Проблема гострого та хронічного тонзиліту обумовлена розповсюдженістю даної патології серед дітей та можливістю розвитку різноманітних ускладнень зі сторони органів і систем організму. Бета-гемолітичний стрептокок групи А – часта причина тонзиліту. Ліквідація тонзиллярної вогнищевої інфекції по суті справи є не тільки моментом санації лімфоїдного апарату глотки, але і методом оздоровлення організму в цілому. За даної патології спостерігається неефективність у ряді випадків пеніцилінотерапії.

Переважає кількість мікроорганізмів, що визивають патологію ЛОР-органів, зберігає високу чутливість до цефалоспоринів. Враховуючи антимікробну активність пероральних цефалоспоринових антибіотиків та їх фармакокінетичні можливості, ми зацікавились представником цефалоспоринів першого покоління – цефалексином моногідрату (Лексин) як препаратом, що справляє бактерицидну дію на більшість видів грампозитивних мікроорганізмів.

Нами проведено лікування дітей із стрептококовим тонзилітом препаратом Лексин. За результатами наших досліджень препарат Лексин є високоефективним засобом. Його двократний прийом є ефективним і зручним для використання в педіатрії. Препарат добре переноситься дітьми, має високий профіль безпечності і зручну форму застосування, що дозволяє рекомендувати його до широкого використання в педіатричній практиці.

**ОСОБЛИВОСТІ БІОЛОГІЧНОЇ ТА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ЗРІЛОСТІ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ПРИ НАЯВНОСТІ ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА***С.О. Мокія-Сербіна, Н.В. Василенко, В.В. Чечель**ФПО Дніпропетровської державної медичної академії, м. Кривий Ріг*

В останні роки залізодефіцитні стани (ЗДС) привертають все більшу увагу не тільки як суто медична, але й соціальна проблема. Особливо гострою ця проблема стає в критичні періоди

росту та розумового розвитку дитини. Відомо, що нестача заліза супроводжується зниженням психомоторного розвитку, неадекватними формами поведінки.

Обстежено 80 дітей віком 5–6 років, які виховуються в дошкільних дитячих закладах Кривого Рогу. Першу групу склали діти з дефіцитом заліза ( $n=38$ ), другу (контрольна) – діти з нормальним рівнем заліза ( $n=42$ ). ЗДС верифікували на підставі характерних ознак клінічної картини, гематологічної картини периферійної крові з використанням морфометричних показників і основних показників обміну заліза. Вивчення рівня показників біологічного та розумового розвитку дітей проводили за допомогою фрагментів «Орієнтовної комплексної програми вивчення готовності дитини до шкільного навчання» після комплексної оцінки стану їхнього здоров'я, виключення психічних розладів і неврологічної патології. За результатами тестування, напівростовий стрибок відбувся тільки у 5,2 % дітей з дефіцитом заліза (ДЗ), у контрольній групі – у 42,9 % дітей. Ступінь скостеніння кістяка лівої руки відповідав віковій нормі у 52,6 % дітей з ДЗ, у контрольній – у 86,7 %. Зміна молочних зубів почалася у 73,7 % дітей, відбулася у повному обсязі згідно з віковою нормою у 5,2 % та зовсім не почалася у 21,0 % дітей з ДЗ. В контрольній групі не було дітей, у яких не почалася зміна зубів, розпочалася зміна у 61,9 % дітей і відбулася в обсязі вікової норми у 38,1 % обстежених.

При аналізі результатів рівня інтелектуального розвитку відмічається зниження всіх видів пам'яті у дітей з ДЗ. Розвиток зорової пам'яті в контрольній групі відповідав високому та доброму рівню у 71,4 % дітей. Більшість дітей із ДЗ мали середній (44,7 %) та добрий (34,2 %) рівень розвитку. Слухова пам'ять відповідала доброму рівню розвитку у 71,5 % дітей контрольної групи. Діти з ДЗ мали середній (60,5 %) та слабкий (15,8 %) рівень розвитку слухової пам'яті. Рівень сформованості довільно-образної пам'яті був високим у 85,7 % дітей контрольної групи та у 47,3 % дітей з ДЗ. В контрольній групі, на відміну від дітей з ДЗ, не було дітей зі слабким рівнем розвитку жодного виду пам'яті.

Розвиток уваги в контрольній групі відповідав доброму рівню у 66,7 %, слабкому – у 4,8 % дітей. В групі із ДЗ переважав середній та слабкий рівень розвитку – по 36,8 % обстежених; відмічено погіршення обсягу, розподілу, концентрації та переключення активної уваги.

Сприйняття у дітей дошкільного віку є основою пізнавальних процесів. Аналіз показників зорового сприйняття показав, що жодна дитина не мала слабого рівня розвитку. Високий рівень розвитку мали у контрольній групі 66,7 % дітей, а в групі із ДЗ – 42,1 % обстежених. Слухове сприйняття навіть у контрольній групі мала слабкий рівень розвитку 42,9 % дітей, а у дітей із ДЗ їх кількість виросла вдвічі і склала 92,1 %.

Оцінка рівня розвитку мислення свідчить про те, що наочно-діюче й образно-мовне мислення повністю сформувалося у всіх дітей і відповідає у більшості доброму та високому рівню. В контрольній групі високий рівень мали 61,9 % дітей, в групі із ДЗ – 42,1 %, середній рівень розвитку – 15,8 % обстежених (в контрольній групі таких дітей не було). Почалося становлення словесно-логічного мислення, що відповідає доброму рівню у 38,1 % дітей, середньому рівню – у 42,9 % дітей контрольної групи. Більшість дітей із ДЗ мали середній (52,6 %) та слабкий (26,3 %) рівень розвитку, що вказує на затримку становлення словесно-логічного мислення.

Отже, встановлено зниження всіх досліджуваних показників інтелектуального розвитку, а це може призводити до зниження пізнавальних функцій, і, як наслідок, до проблем у навчанні. Крім того, досить значна частина дітей із дефіцитом заліза може бути визнана як біологічно незріла і не готова до систематичного навчання у школі.

## СУЧАСНІ СПОСОБИ ВИВЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ У ДІТЕЙ

*Т.С. Мороз*

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

Проблема ендотеліальної дисфункції не втрачає своєї актуальності, особливо серед педіатричної спільноти. Кількість наукових досліджень на цю тему щороку нестримно зростає. Це обумовлено різноманітністю клінічних проявів з ураженням багатьох систем організму та усвідомленням наслідків цієї патології в дорослому віці.

Дослідження функції ендотелію проводять лабораторними методами, що включають визначення рівня метаболітів NO ( $\text{NO}_2$ ,  $\text{NO}_3$ ), донаторів NO (L-аргінін), фракцій ферменту NOS та інгібіторів NOS, комплексів NO з гемоглобіном тощо. Поряд з лабораторними методами, поширені способи оцінки судинного резерву периферичних артерій, які полягають у проведенні

реовазографії, оклюзійної плетизмографії, медикаментозних проб, коронарографії, ультразвукової доплерангіографії. Але ці методики мають свої недоліки. Так, методи реовазографії та оклюзійної плетизмографії не відображають динаміку зміни діаметра досліджуваної судини. Коронарографія – складний, інвазивний та дорогий метод, що не підходить для педіатричної практики. Тому більшого розповсюдження набувають ультразвукові неінвазивні методики. Використання ультразвуку високого розділення дозволяє безпосередньо вимірювати діаметр деяких судин і швидкість кровотоку в них, а також вивчати зміну цих параметрів під дією різних стимулів. У нашій клініці проба з реактивною гіперемією (ендотелійзалежна вазодилатація) проводиться за методикою Целермаєра–Соренсона, що адаптована нами для дитячого віку.

Спосіб діагностики ендотеліальної дисфункції передбачає визначення ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД) за допомогою доплерографічного сканування плечової артерії. При цьому проводять вимірювання діаметра та швидкості кровотоку в плечовій артерії під дією механічного стимулу. Механічним стимулом в даному дослідженні є тимчасова оклюзія артерії з наступним вимірюванням її реакції на гіперемію. Ендотелійзалежну вазодилатацію судини визначають по зміні діаметра плечової артерії до та після оклюзії, у відсотках. Адаптована методика дозволяє врахувати вік дитини та суб'єктивні відчуття під час дослідження (біль, поколювання, заміління кінцівки). Це не дозволяє адекватно оцінити показники (больові відчуття стимулюють активацію симпатoadреналової системи, що веде до зміни регуляції судинного тону) та визначити резерв адаптаційних можливостей ендотелію.

Отже, проба з реактивною гіперемією дозволяє підвищити ефективність діагностики наявних захворювань серцево-судинної системи у дітей та виявити ранні ознаки серцево-судинної патології з метою проведення своєчасного лікування, профілактики.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ КУРСІВ РІАБАЛУ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

*Н.В. Нагорна, М.П. Лимаренко*

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

Оцінювали ефективність різних терапевтичних курсів ріабалу у дітей з функціональними гастроінтестинальними розладами (ФГР). Було обстежено 67 пацієнтів у віці від 1,5 місяців до 3 років з ФГР. Регургітацію мали 16 (23,9 %) дітей, кишкові коліки – 30 (44,8 %), функціональну диспепсію – 21 (31,3 %) хворий. При цьому 28 дітей мали рецидивуючі ФГР або комбінацію кишкових колік і регургітації. Комплекс обстеження включав лабораторні методи, а також УЗД органів ШКТ, за необхідністю рентгенологічне дослідження травного каналу, комп'ютерну біорезонансну нелінійну діагностику за допомогою апаратно-програмного комплексу «Оберон». Усі обстежені діти були розподілені на дві групи: 1-шу групу склали 39 пацієнтів з одним або двома епізодами ФГР, 2-гу – 28 пацієнтів з рецидивуючими ФГР. Діти 1-ї групи отримували ріабал усередину за 20 хв до прийому їжі з розрахунку 1 мг/кг на добу в 3 прийоми курсом 2 тижні. Пацієнти 2-ї групи отримували ріабал у повній дозі протягом 2 тижнів, а потім у підтримуючій дозі з розрахунку 0,3 мг/кг на добу однократно на ніч. Тривалість підтримуючої терапії склала 4 тижні. Суттєве зниження частоти та вираженості больового абдомінального синдрому, диспептичних розладів свідчить про ефективність 2-тижневого курсу лікування ріабалом у дітей раннього віку з ФГР. У 100 % дітей, які отримали 2-тижневий курс ріабалу, констатовано збереження позитивного ефекту протягом наступних 4 тижнів.

Дітям, які мають рецидивуючі ФГР або комбінацію кишкової коліки, регургітації та ін., рекомендується після 2-тижневого курсу ріабалу в повній дозі перехід на підтримуючу терапію препаратом протягом 4 тижнів у дозі, яка складає 1/3 від добової.

## КОРРЕЛЯТИВНА ЗАВИСИМОСТЬ ВИДОВ АРИТМИИ И СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

*Н.В. Назорная, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая, Е.В. Пшеничная,  
Н.Н. Конопко, О.С. Карташова, Н.А. Четверик*

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Корреляционный анализ, проведенный по коэффициенту ассоциации у 252 детей (113 девочек и 139 мальчиков) от 1 мес до 18 лет с аритмиями и структурными изменениями соединительной ткани сердца, позволил установить наличие прямой сильной и средней связи между аберрантно расположенными хордами (АРХ) и аномальными трабекулами (АТ) левого желудочка (ЛЖ) и пароксизмальной желудочковой тахикардией ( $r=0,70$ ); АРХ и АТ ЛЖ и пароксизмальной предсердной тахикардией ( $r=0,67$ ); АРХ и АТ ЛЖ и преходящим синдромом LQT ( $r=0,62$ ); пролапсом митрального клапана (ПМК) и желудочковой экстрасистолией ( $r=0,61$ ); ПМК и наджелудочковой экстрасистолией ( $r=0,60$ ); степенью пролабирования митрального клапана и частотой пароксизмальной желудочковой ( $r=0,67$ ) и суправентрикулярной ( $r=0,53$ ) тахикардии, продолжительностью преходящего синдрома LQT ( $r=0,49$ ); выраженностью синусовой брадикардии и количеством признаков диспластической кардиомиопатии ( $r=0,74$ ); повышенной дисперсией интервала QT и наличием экстрасистолии ( $r=0,80$ ); повышенной дисперсией интервала QT и тяжестью аритмогенного синдрома (частая суправентрикулярная экстрасистолия, желудочковая экстрасистолия высоких градаций,  $r=0,76$ ).

## ЦЕФІКС У ЛІКУВАННІ ПІЄЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ

*С.М. Недельська, Л.І. Кляцька, І.В. Литвиненко, І.А. Ковальова*

*Запорізький державний медичний університет*

*Міська дитяча клінічна лікарня № 5, м. Запоріжжя*

Пієлонефрит є найбільш важливим і серйозним серед мікробно-запальних захворювань сечової системи у дітей. Лікування дітей з пієлонефритом складне у зв'язку з швидким розвитком резистентності мікробної флори до антибактеріальних препаратів, що потребує пошуку нових терапевтичних засобів та впровадження їх у практику. Основним методом лікування пієлонефриту є антибіотикотерапія.

Нами проведена оцінка ефективності та безпеки напівсинтетичного цефалоспоринового антибіотика III покоління Цефікс (цефіксим тригідрат) у якості стартового лікування пієлонефриту з легким перебігом у 26 дітей віком від 1,5 до 14 років. Препарат представлений на фармацевтичному ринку України компанією «Мегаком» (продукція виробника Pharma International, Іорданія). Призначали препарат per os 1 раз на добу у дозі 8 мг/кг маси тіла дітям до 12 років у формі суспензії, а дітям старше 12 років – 1 капсулу (400 мг) протягом 10 діб.

Аналіз проведеного лікування показав, що на тлі терапії Цефіксом у 85 % дітей на 7-му добу нормалізувалися клінічний аналіз крові та сечовий синдром. Препарат добре переносився, побічної дії та небажаних реакцій не відмічено. Тому препарат Цефікс може бути препаратом вибору для стартової терапії пієлонефритів у дітей.

## РОЛЬ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ФОРМУВАННІ КЛІНІКО- ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

*С.М. Недельська, Т.Є. Шумна, І.В. Солодова, В.І. Мазур,*

*І.М. Пащенко, О.Ю. Павленко*

*Запорізький державний медичний університет*

Хімічні сполуки забрудненого навколишнього середовища здатні впливати як на елементний та імунний статус дітей, так і самостійно виступати в ролі промислових алергенів. Прове-

дений аналіз елементного та імунного статусу 45 дітей з алергічними захворюваннями (23 хлопчики та 22 дівчинки) віком від 5 до 17 років свідчить про зниження вмісту Cr у 20 % дітей; I у 22,2 %; Cu у 40 %; Se у 42,2 %; Mn у 60 % дітей та підвищення вмісту V у 17,7 %; S у 22,2 %; Ti у 40 %; Mo у 42,2 %; Sr у 44,4 % обстежених. Дисбаланс гуморального імунітету реєструвався у 62,2 % дітей. Показники клітинного імунітету характеризувалися зниженням загальних Т-лімфоцитів CD3, імунорегуляторного індексу CD4/CD8 та підвищенням CD16-лімфоцитів з кілерною активністю, CD19-В-лімфоцитів, CD25-ІЛ-2 рецепторнесучих активованих лімфоцитів. Простежувався взаємозв'язок між ступенем тяжкості клінічного перебігу захворювання та вмістом елементів: Mn ( $r=-0,65$ ); Se ( $r=-0,55$ ); I ( $r=-0,46$ ); Cu ( $r=-0,42$ ); Zn ( $r=+0,45$ ); V ( $r=+0,58$ ); Ti ( $r=+0,68$ ); Sr ( $r=+0,7$ ). Виявлені порушення є додатковою інформацією для обґрунтування програми реабілітації дітей з алергічними захворюваннями.

## РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ГІПЕРЧУТЛИВІСТІ ДО ЦВІЛЬОВИХ ГРИБІВ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ТА АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

*С.М. Недельська, О.Д. Кузнєцова*

*Запорізький державний медичний університет*

Вивчали поширеність грибкової гіперчутливості серед інших видів сенситизації і її структуру в групі дітей з бронхіальною астмою (БА) та алергічним ринітом (АР). Шкірні проби основними видами алергенів, включаючи грибкові, були проведені 220 дітям, хворим на БА та АР. За результатами шкірного алерготестування, до алергенів цільових грибів мали гіперчутливість 165 (75 %) дітей. Половина пацієнтів мали місцеву реакцію на 4 та більше грибів. У структурі гіперчутливості переважали *Alternaria* (55,9 %), *Aspergillus* (41,9 %) і *Botrytis* (33,3 %). Серед обстежених дітей в 93 % випадків шкірна реакція була негайною (через 20–25 хв), у 14,4 % пацієнтів спостерігалася віддалена реакція у вигляді гіперемії, набряку шкіри в місці постановки проби через 6–8 год, причому 7 % з них не мали негайної реакції. Нами було відмічено, що 13 (7,8 %) дітей з місцевою реакцією на грибкові алергени наступного дня після проведення алерготестування відзначали також появу симптомів АР, а іноді і утрудненого дихання, що вимагало призначення бронхолітиків. Тому при проведенні алерготестування з алергенами цвільових грибів треба враховувати можливі віддалені та уповільнені реакції.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТИПИЧНО ПРОТЕКАЮЩИХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

*З.В. Нестеренко, Г.И. Натальченко, В.Е. Солдатенкова*

*Луганский государственный медицинский университет*

Под наблюдением в течение двух лет находилось 74 ребенка с атипично протекающими пневмониями (АП) от рождения до 18 лет. Все дети имели фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ). У 32 (43,2 %) детей с АП диагностирована бронхиальная астма (БА) в стадии обострения. У 35 пациентов (47,3 %) отсутствовали классические симптомы пневмонии. Со стороны сердечно-сосудистой системы у всех детей были выявлены изменения, характерные ДСТ. У 31 пациента (41,9 %) были признаки легочной гипертензии, из них у 21 больного (67,7 %) диагностирована БА. При лучевом исследовании у 36 больных (48,6 %) отмечались признаки легочной гипертензии (ЛГ); у 18 детей (24,3 %) – пневмофиброз (ПФ), из этой группы у 6 детей (33,3 %) выявлены ПФ участки эмфизематозного вздутия.

В результате проведенного исследования отмечена тесная связь АП с БА у детей, имеющих признаки ДСТ. Также выявлена высокая частота ЛГ при АП у больных с признаками ДСТ. У 24,3 % исследуемых детей с АП на фоне ДСТ имел место ПФ, а у 33,3 % из них – пневмоцеле.

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ***Ю.М. Нечитайло, Н.І. Ковтюк, О.Ю. Нечитайло**Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Якість життя пов'язана із здоров'ям, комплексно включає систему компонентів, які характеризують населення та умови його життєдіяльності, а також суб'єктивне відношення людей до різних аспектів свого життя. Неврологічна патологія дитячого віку є одним із факторів, що погіршує якість життя дитини, орієнтовану на здоров'я. Значна кількість існуючих тестів для її оцінки ще не знайшла свого місця у педіатричній практиці.

Нами розглянуто результати анкетування дітей та їх батьків за допомогою опитувальника CHQ SF87(50) у дітей з неважкою хронічною неврологічною патологією (31 дитина) та групи порівняння (33 дитини). Оцінювалися фізичне та соціальне функціонування, психічне здоров'я, енергія і життєва активність, наявність болю, загальне сприйняття здоров'я тощо. Відмічена неоднорідність характеристик якості життя в залежності від статі та місця проживання дітей. Кореляція між батьківською оцінкою якості життя та самооцінкою дітей вища у хворих дітей із позитивним емоційним балансом та старших за віком. Встановлена суттєва різниця між групами порівняння у значній кількості субтестів та у загальному показнику (64,8 % – основна група, 76,5 % – контрольна), що свідчить про гіршу якість життя дітей навіть із неважкими формами неврологічної патології.

**МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ  
ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ НА ПОДАЛЬШИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ***Д.Ю. Нечитайло, Ю.М. Нечитайло**Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Нейротрансмісія у головному мозку людини відбувається за допомогою 4 підсистем, в одній із яких основним медіатором є допамін. На даний момент виділяють дві родини допамінергічних рецепторів, які або стимулюють, або гальмують вивільнення аденілатциклази і, таким чином, впливають на нейротрансмісію. Зміни в допамінергічній системі лежать в основі ряду хвороб (хвороби Паркінсона та Хантінгтона, шизофренія тощо) та деяких наркотичних зловживань. Було з'ясовано пряму залежність між станом допамінових рецепторів і розладами поведінки та відставанням у розумовому розвитку дітей. Сарису Л. із співав. встановив наявність тісного взаємозв'язку між важкістю перинатальних уражень гіпоксично-ішемічного генезу та ступенем порушень допамінергічних рецепторів. Вивчали ефективність препаратів, що впливають на допамінові рецептори ЦНС, при корекції відхилень у дітей із перинатальною патологією в анамнезі. Дітям із основної групи (31 дитина) призначався блокатор допамінових D<sub>2</sub>-рецепторів – сульпірид у добовій дозі 5 мг/кг маси тіла в два прийоми впродовж 12 днів. В результаті було відмічено поліпшення низки показників вегетативної регуляції, активності дітей, якості їх сну тощо. Отримані результати вказують на участь механізму порушення допамінергічної нейротрансмісії у формуванні залишкових явищ після перинатальних уражень та на можливі шляхи їх корекції.

**СТАН ЕНДОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ  
У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ***О.В. Ніколаєва, В.С. Приходько, Г.С. Сенаторова, М.М. Єрмолаєв\*, О.В. Осипенко,  
Ферас Абу Халіл, О.В. Омельченко, О.І. Чуб\*, М.Р. Кузьмінська\***Харківський національний медичний університет**\*Харківська обласна дитяча клінічна лікарня*

Між ендо- і екзокринною функцією підшлункової залози (ПЗ) існує тісний взаємозв'язок. Трипсин впливає на синтез інсуліну і глюкагону. На зовнішню секрецію впливають рівень глюкози в крові, інсулін, глюкагон, соматостатин тощо.

Проведено дослідження ендокринної функції ПЗ у 38 дітей 6–14 років з хронічними захворюваннями травної системи. В залежності від рівня інсуліну в сироватці крові хворі були розподілені на 3 групи. У хворих 1-ї групи [(36,8±7,9) %] рівень інсуліну помірно підвищений [(116,5±3,7) % від нормативу,  $p < 0,05$ ] при дещо зниженому вмісті глюкагону [(93,4±2,5) %,  $p > 0,05$ ]. У дітей 2-ї групи [(39,5±8,0) %] рівень інсуліну був знижений [(88,3±1,4) %] від нормативу,  $p < 0,05$  при помірному зниженні вмісту глюкагону [(89,0±4,3) %,  $p > 0,05$ ]. У хворих 3-ї групи [(23,7±6,9) %] спостерігався нормальний рівень як інсуліну [(101,2±1,2) % від нормативу], так і глюкагону [(100,9±4,5) % від нормативу]. Вміст глюкози в сироватці крові в 1-й, 2-й та 3-й групах складав відповідно (3,3±0,16), (3,4±0,2) і (4,2±0,16) ммоль/л. Отже, у (76,3±6,9) % хворих,  $p > 0,05$ , виявлені помірні зміни ендокринної функції ПЗ, які можуть свідчити про наявність функціональних синдромів «подразненої» ПЗ (у хворих 1-ї групи) і гіпофункції ПЗ (у хворих 2-ї групи).

Проведено дослідження ендокринної функції підшлункової залози у 38 дітей 6–14 років з хронічними захворюваннями травної системи: гастродуоденальною патологією – (63,1±7,9) %, захворюваннями жовчовивідних шляхів – (92,1±4,4) %, патологією підшлункової залози (52,6±8,2) %; у (89,5±5,0) % хворих мала місце поєднана патологія органів травлення. У 14 [(36,8±7,9) %] хворих (1-ша група) встановлено помірне – (116,5±3,7) % від нормативу,  $p < 0,05$ , підвищення рівня інсуліну в сироватці крові при дещо зниженому вмісті глюкагону – (93,4±2,5) %,  $p > 0,05$ . У 15 [(39,5±8,0) %] дітей (2-га група) був суттєво знижений рівень інсуліну – (88,3±1,4) % від нормативу,  $p < 0,05$ , при помірному зниженні вмісту глюкагону – (89,0±4,3) %,  $p > 0,05$ . У 9 (23,7±6,9) % хворих (3-тя група) спостерігався нормальний рівень у сироватці крові як інсуліну, так і глюкагону: (100,9±4,5) і (101,2±1,2) % від нормативу відповідно.

## СОМАТИЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ ПЕРШОКЛАСНИКІВ ДО НАВЧАННЯ

*С.Л. Няньковський, М.С. Яцула*

*Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького*

Стан здоров'я школярів неможливо розглядати без врахування процесів адаптації організму, показників фізичного та психічного здоров'я. Погіршення стану здоров'я школярів у процесі навчання в початкових класах переважно обумовлено порушенням пристосувальної діяльності під час зміни соціальних умов, ритму життя, харчування та фізичної активності. Дебют «зривів адаптації» переважно спостерігають протягом першого року навчання у школі. Адже початок навчання – це одночасно важливий і переломний момент в житті дитини, який пов'язаний з новим типом стосунків із дорослими і однолітками, новими формами діяльності і вимагає від дитини бути соматично здоровою, психологічно врівноваженою, соціально адаптованою особистістю.

Нами розроблювались та впроваджувались профілактично-адаптивні заходи в учнів перших класів з метою зменшення проявів дезадаптації.

Під спостереженням протягом навчального року (з вересня по травень) було 152 учні перших класів загальноосвітніх і спеціалізованих шкіл міста Львова. Важливими чинниками дезадаптації були випадки гострої респіраторної інфекції, соматична захворюваність, астеничний синдром, порушення апетиту та нутритивного статусу.

Для поліпшення адаптивних функцій першокласників у половини дітей (основна група) був застосований комплекс профілактично-адаптивних заходів, який включав в себе застосування арбідолу у зимовий епідемічний період з наступним призначенням адаптованого полівітамінно-мінерального комплексу Multi-tabs імуно кідс, який містить пробіотичні бактерії, тривалістю 2 міс. Діти основної групи, які мали знижений апетит з метою корекції отримували рослинний препарат Бон-апетит.

Порівнюючи основні показники здоров'я, успішності і адаптації дітей до шкільного навчання, ми зробили висновки, що діти основної групи, яким проводились профілактично-адаптивні заходи, мали дещо кращі показники фізичного розвитку та успішності, достовірно менше мали пропусків занять по хворобі, менші прояви астеничного синдрому. В порівнянні з контролем у дітей основної групи достовірно кращими були показники sIgA у слині, показники мікробіоценозу кишок.

Проведені дослідження свідчать про необхідність застосування у першокласників певних профілактично-адаптивних заходів та ефективність запропонованого комплексу.

## ЗМІНИ ФОСФОЛІПІДНОГО СКЛАДУ КРОВІ ПРИ НЕФРОПАТІЯХ У ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВАХ

*Ю.В. Одинець, К.К. Ярова, Г.І. Губіна-Вакулк, Т.В. Горбач, В.О. Головачова*

*Харківський національний медичний університет*

Для вивчення впливу екологічних факторів на розвиток нефропатій обстежено 109 дітей у віці від 1 до 18 років, які мешкають у різних районах м. Харкова, з яких 27 – хворі на гломерулопатії, 34 – на дизметаболічну нефропатію, 48 – на хронічний пієлонефрит. Результати дослідження фосфоліпідного складу крові показали, що найбільш суттєві зміни відмічаються у дітей з гломерулопатіями, які мешкають в екологічно несприятливих районах міста. Виявлено достовірне підвищення рівнів лізофосфатидилхоліну [(ЛФХ) (99,5±7,4) мг/л] та фосфатидилінозиту [(ФІ) (75,5±11,6) мг/л], більш значуще зниження рівнів негативно заряджених фосфоліпідів: фосфатидилхолін – (267,3±12,9) мг/л, сфінгомієлін – (177,2±21,5) мг/л у дітей з гломерулопатіями в порівнянні з хворими на пієлонефрити: (64,5±16,7), (50,6±20,1), (300,4±17,5), (184,8±12,8) мг/л відповідно. При дизметаболічних нефропатіях також спостерігається підвищення рівнів ЛФХ – (84,36±20,04) мг/л та ФІ – (55,33±21,36) мг/л у порівнянні з хворими на пієлонефрити. Відсутність достовірних змін концентрації інших фракцій фосфоліпідів, напевно, обумовлена можливістю їх до взаємоперетворення, швидкістю пластичних процесів дитячого організму. Результати дослідження свідчать про наявність мембранних порушень, які корелюють з тяжкістю захворювання та активністю запалення при екозалежних нефропатіях.

## АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ЕФЕКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ

*Ю.В. Одинець, А.Ф. Ручко*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

В роботі наведені результати лікування дифузного хронічного atopічного дерматиту (АД) в стадії загострення, тяжкого перебігу у 58 дітей віком від 5 міс до 15 років, з них малюкова форма (до 2 років) – у 32 дітей, дитяча (від 2–12 років) – у 17, підліткова (з 12 років) – у 9. Індекс SCORAD у цих хворих коливався від 48,8 до 77,5 балів. У переважної більшості хворих спостерігалася харчова алергія, у 11 дітей діагностована причетність побутової та у 8 – поєднаної алергії. У 33 дітей встановлена наявність кишкового дисбактеріозу. Аналіз результатів лікування та тривалого (від 1 до 7 років) катамнестичного спостереження за хворими дозволяє стверджувати, що перебіг АД на фоні сучасної терапії відноситься до контрольованого. Останнє досягається тривалим застосуванням на фоні гіпоалергічної дієти, ферментів, еубіотиків, ентеросорбентів кларитину чи інших антигістамінних препаратів 2-го покоління (в період загострення впродовж декількох днів в поєднанні з препаратами 1-го покоління) з зовнішніми протизапальними глюкокортикостероїдними (елоком, адвантан) чи іншими (елідел) мазями. Кращі результати, одержані при тривалому застосуванні кларитину в поєднанні з еліделом назовні (на шкіру), дозволяють відносити цю терапію до «золотого стандарту» лікування АД у дітей. У 14 дітей з вкрай торпідною, рефрактерною течією АД позитивний результат досягнуто застосуванням препарату «Сандимун Неорал».

## АСИМЕТРИЧНИЙ ДИМЕТИЛАРГІНІН ТА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ДІТЕЙ

*Ю.В. Одинець, О.В. Кононенко*

*Харківський національний медичний університет*

У теперішній час багато уваги приділяється проблемі ранньої діагностики хронічної хвороби нирок (ХХН), особливо у педіатричній практиці, де спостерігається фактичне збільшення кількості хворих з хронічною нирковою патологією. Пізня діагностика ХХН безпосередньо асоційована з більш високою смертністю, з більш тяжким перебігом супутніх станів.



Було виявлено, що у хворих термінальною ХНН значно підвищений вміст у плазмі крові асиметричного диметиларгініну (АДМА), який є ендogenous конкурентним інгібітором синтезу оксиду азоту. Враховуючи той факт, що АДМА, можливо, є раннім предиктором хронічної ниркової недостатності, ми обстежили 80 дітей, із них 48 хлопчиків та 32 дівчинки з віком від 4 міс до 17 років з різними хронічними захворюваннями нирок з визначенням концентрації АДМА, L-аргініну,  $\text{NO}_2$ ,  $\text{NO}_3$ , S-нітрозотіолу у плазмі крові, а також дослідженням білкового та ліпідного спектра крові. Отримані дані можуть свідчити про наявність прямої залежності рівня АДМА від давнини, тяжкості захворювання та стану функції нирок. Виявлено суттєве підвищення рівня АДМА в залежності від стадії ХНН, особливо зумовленою запальними змінами. Наявність кореляції рівня АДМА та рівнів ліпідів дозволяє думати про причетність даної амінокислоти до прогресування атеросклерозу та хронізації хвороб нирок у дітей.

## ДІАГНОСТИКА РЕАКТИВНОГО АРТРИТУ У ДІТЕЙ

*Ю.В. Одинець, А.Ф. Ручко, А.В. Морозов*

*Харківський національний медичний університет*

Реактивний артрит (РА) може бути недіагностованим протягом тривалого часу у зв'язку з мізерною симптоматикою. У багатьох випадках хворі з недіагностованими РА вперше звертаються до лікаря, коли раптом опухає один із суглобів (частіше нижніх кінцівок). В анамнезі можуть бути урогенітальна, гастроентеральна (частіше) або інші інфекції: віруси, бактерії, protozoa, гельмінти (за М. Kowalewski, 1997). У 25 % випадків дані про попередні інфекції відсутні. Спеціальних стандартів для визначення наявності РА немає, і необхідно провести ряд досліджень, які б дозволили підтвердити або виключити діагноз: мікробіологічні тести – культура, серологічні тести, ПЛР; визначення ШЗЕ (у дітей з РА реакція частіше прискорена; ревмопроби – реакція на ревматоїдний фактор і антиядерні антитіла, звичайно негативні, рентгенографія суглобів – для РА характерним ураженням суглобів вважається опухання м'яких тканин, кальцієві депозити в місцях прикріплення сухожиль до суглобів і ураження хряща). Рентгенологічні дослідження можуть виключити інші варіанти артриту. Генетичні дослідження – аналіз на спадкове носіння HLA-B27-антигену – можуть допомогти у діагнозі. Отже, діагноз РА є найбільш вірогідним у разі типових клінічних симптомів, клінічно доведених попередніх інфекцій, серологічних досліджень або ПЛР і позитивної реакції на HLA-B27-антиген.

На базі ДМКЛ № 16 м. Харькова в 2000–2007 рр. спостерігалось 64 дитини з РА віком від 2 до 16 років. Розходження діагнозів направлення та клінічного спостерігалось у 16 хворих, (27,4±3,8) %. Серед помилкових, непідтверджених діагнозів були лімфолейкоз, інфекційно-алергічний артрит, ревмокардит та ін. У 4 хворих [(6,4±2,5) %] з клінічним діагнозом РА останній в процесі обстеження був знятий, були діагностовані гострий лімфобластний лейкоз, дифузні захворювання сполучної тканини, геморагічний васкуліт, ревматоїдний артрит. Лікування РА проводилося із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів та в більшості випадків, антибіотиків. Випадків хронізації хвороби не було.

## ОСОБЛИВОСТІ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ У ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З РИЗИКОМ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ГЕРПЕСВІРУСНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

*В.С. Олійник, Л.М. Булат, Н.В. Григорчук*

*Вінницький національний медичний університет і.м. М.І. Пирогова*

В останні роки відмічається ріст герпесвірусних інфекцій, а особливо тих, що викликаються вірусом простого герпесу та цитомегаловірусом. Ці інфекції частіше вражають плід і новонародженого, захисні системи яких в умовах внутрішньоутробного інфікування не здатні до адекватного реагування, що призводить до розвитку тяжких форм внутрішньоутробних інфекцій, хронізації процесу або персистенції інфекції.

Проаналізовано результати спостереження 36 новонароджених, які народились від матерів, у яких виявлені різноманітні перинатальні фактори ризику внутрішньоутробного

інфікування плода, а також під час вагітності були клінічні та лабораторні прояви загострення інфекцій, викликаних вірусом простого герпесу та цитомегаловірусом. У обстежених матерів за допомогою імуноферментного аналізу було виявлено підвищення IgM та IgG: до вірусу простого герпесу у 16 жінок (44,44 %), до цитомегаловірусу – у 12 (33,3 %), у 8 (22,22 %) вагітних було підвищення імуноглобулінів до обох вірусів. Обтяжений акушерський анамнез відзначався у 32 (88,9 %) матерів. Під час попередньої вагітності випадки самовільного абортів спостерігались у кожній другій жінки (50 %), у 5 (13,9 %) були повторні випадки, завмерла вагітність у 11 (30,55 %) жінок. Ускладнення під час вагітності відмічались у 33 (91,66 %) жінок. Загроза переривання останньої вагітності була виявлена у 16 (44,4 %) випадках, токсикоз першої чи другої половини вагітності – у 12 (33,33 %), передчасне відходження навколоплідних вод – у 3 (8,33 %), подовжений безводний період – у 2 (5,55 %), дефект частки плаценти – у 5 (13,88 %). У 10 (28,77 %) матерів були випадки загострення хронічної соматичної патології під час даної вагітності, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода у 7 (19,5 %), хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода у 16 (44,44 %). У 20 жінок під час вагітності спостерігалась ГРВІ, анемія у кожній другій. При ультразвуковому дослідженні у 9 (25 %) вагітних виявлено ФПН, у 3 (8,33 %) – передчасне старіння плаценти та аномальна кількість навколоплідних вод – у 7 (19,44 %).

Всі новонароджені досліджуваної групи народились природним шляхом, 10 (27,8 %) з них – з обвиттям пуповиною кругом ший. Показники фізичного розвитку відповідали гестаційному вікові у 29 (80,5 %) немовлят, у 7 (19,5 %) діагностовано ЗВУР. Маса тіла дітей коливалась від 2500 до 4100 г. Також у дітей при народженні відмічались асфіксія легкого ступеня у 16 (44,44 %), синдром дихальних розладів у 9 (25 %), вроджена пневмонія у 2 (5,5 %), вроджені вади розвитку у 1 (2,7 %), анемія у 11 (30,5 %), м'язова гіпотонія у 6 (16,6 %).

Небезпечність внутрішньоутробного інфікування плода в більшості випадків залежить від імунологічного статусу вагітної жінки та наявності в неї специфічних противірусних імуноглобулінів. Наявність у жінки латентної інфекції і специфічного імунітету в певній мірі захищає плід, але ризик його інфікування залишається і залежить від можливої активації інфекційного процесу у матері.

## ПРОБЛЕМА САНОГЕНЕЗА В ПЕДІАТРИИ

*С.С. Острополец*

*Донецкий национальный медицинский институт им. М. Горького*

В соответствии с современными представлениями саногенез – это динамический комплекс защитно-адаптационных механизмов, обеспечивающий формирование, сохранение и укрепление здоровья человека, а в случае возникновения заболевания определяющий выздоровление организма. Саногенез особенно динамичен у ребенка, который представляет собой меняющийся тип организма. Становление саногенетических механизмов в возрастные периоды происходит различно и детерминировано как эндогенными, так и экзогенными факторами. Учет их имеет важное значение не только для предупреждения, диагностики и терапии заболеваний, но также для прогнозирования возникновения, особенностей течения и исхода патологических процессов у детей различного возраста. Охарактеризованы ведущие факторы, обуславливающие саногенез.

## ОБҐРУНТУВАННЯ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

*М.М. Пеший, С.М. Тянянська, В.П. Бойко, В.І. Ільченко, Ю.А. Костенко*

*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 ноотропної і цереброваскулярної дії Пікамілон

в комплексному лікуванні дітей з ВД. З цієї метою обстежено 47 дітей з ВД віком від 7 до 14 років. Скарги хворих частіше мали церебрастенічний характер. При ЕКГ-дослідженні у 32 дітей спостерігалася синусова аритмія, у 4 – зареєстровано поодинокі екстрасистоли екстракардіального 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 кровообігу.

Під впливом комплексного лікування з включенням пікамилону 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 ( $p < 0,05$ ).

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

## ОСОБЛИВОСТІ ГЕНЕАЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ У ДІТЕЙ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

*Н.В. Пілюйко*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
факультет післядипломної освіти, м. Хмельницький*

Вивчався спадковий анамнез 182 родин, в яких діти хворіли хронічним пієлонефритом. Характеризуючи спектр захворювань, якими хворіли родичі по лінії матері, необхідно відмітити, що захворювання органів сечової системи більш часто зустрічалися серед родичів дітей, що хворіють на вторинний обструктивний і необструктивний пієлонефрит (22,80 і 22,13 % відповідно) у порівнянні з дітьми, хворими первинним пієлонефритом – 8,50 % ( $p < 0,01$ ).

В структурі захворюваності серед родичів переважали пієлонефрит (36,8 %), інфекції сечових шляхів (42,4 %), сечокам'яна хвороба (30,5 %), подвоєння нирки (3,0 %), кісти нирок (2,0 %). Слід відмітити, що у дітей, хворих на вторинний необструктивний пієлонефрит на тлі дисметаболическої нефропатії, сечокам'яна хвороба у родичів зустрічалася у 2,5 рази частіше (21,6 %) у порівнянні з іншими групами (8,9 %;  $p < 0,05$ ).

За результатами генеалогічного анамнезу, у 192 (21,05 %) родичів дітей з обструктивним пієлонефритом на тлі вроджених аномалій органів сечової системи констатовано патологію сечової системи у 67 (36,02 %) родичів першого ступеня спорідненості, з них 51 (37,5 %) батько і 16 (52,0 %) сибсів ( $p < 0,01$ ), що перевищує дані показники в групах хворих на первинний і необструктивний пієлонефрит. В родині дітей, хворих на обструктивний пієлонефрит, також частіше виявлені нефропатії серед родичів першого ступеня спорідненості: 51 (37,5 %) батько і 16 (52,0 %) сибсів.

Таким чином, аналіз даних сімейного анамнезу показав, що захворювання органів сечової системи зустрічалися достовірно частіше серед родичів дітей, які хворіли на вторинний обструктивний та необструктивний пієлонефрит, що може вказувати на генетичні фактори розвитку пієлонефриту у досліджуваних дітей.

## СИНДРОМОМ АСПІРАЦІЇ МЕКОНІЯ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННІ РОЗЛАДИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Н.С. Пицюра*

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

Смертність серед новонароджених з синдромом меконіальної аспірації (САМ) коливається від 4 до 46 % і досягає 2 % в структурі перинатальної смертності. Адже обструкція та запалення, що виникають при САМ, погіршують адаптацію дитини до позаутробного життя, знижують резистентність до інфекцій та у 60 % призводять до розвитку критичних станів, у тому

числі поліорганної недостатності. Серед провідних систем, що страждають при зазначеній патології, слід виділити серцево-судинну, нервову, сечовидільну тощо.

Продукти запальної реакції в легенях, гіпоксія й ацидоз зумовлюють збільшення синтезу судиноактивних речовин (тромбоксану  $A_2$ , простагландину  $E_2$ ) і є основною причиною змін у легеневій судинній системі з розвитком гіпертензії у малому колі кровообігу. Високий тиск у легеневій артерії призводить до скиду крові через артеріальну протоку та/або овальне вікно (шунт справа наліво), а згодом і до розвитку гіпертрофії правих відділів серця.

Головним фактором виникнення кардіоваскулярних порушень виступає гіпоксія, що є основним етіологічним чинником виникнення синдрому аспірації меконія. Порушення збудливості, провідності та скоротливості міокарда клінічно проявляється дизритмією та розвитком серцевої недостатності. Внутрішньосерцеві зміни носять метаболічний характер: збільшується цАМФ, активність цАМФ-залежної протеїнкінази, зміни потоків Са та зв'язування Са клітинними структурами міокарда тощо.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ФЛАВОЗИД У ДІТЕЙ З ГРВІ, УСКЛАДНЕНОЮ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

*М.П. Прохорова, О.П. Волосовець, С.П. Кривопустов, Н.Г. Бичкова*  
*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ*

Респіраторні інфекції є найбільш частою причиною розвитку бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей раннього віку. Практично у кожній другій дитині з ГРВІ в клінічній картині має місце той або інший ступінь вираженості бронхіальної обструкції. В загальній популяції дітей з використанням міжнародної методики дослідження ISAAC бронхіальна обструкція зустрічається майже у 30 % дітей на фоні ГРВІ.

Під нашим спостереженням знаходилося 35 дітей у віці від 2 до 7 років, які перехворіли ГРВІ з розвитком бронхообструктивного синдрому. Нами визначалися показники клітинної та гуморальної ланки імунітету  $CD3^+$ ,  $CD4^+$ ,  $CD8^+$ ,  $CD4^+/CD8^+$ ,  $CD16^+$ ,  $CD22^+$ , IgG, IgA, IgM методом непрямой імунофлюоресцентної реакції з моноклональними антитілами виробництва ЗАТ «Сорбент-сервіс» (м. Москва), чутливість лімфоцитів до імуномодулятора «Флавозиду» та виявлення в крові анти-ВІП-IgM і анти-ВІП-IgG 1-го типу. До комплексної терапії був включений препарат «Флавозид» («Екофарм»), у 100 мл якого міститься 2 мл протекфлазиду. Режим прийому – перорально за 20–30 хв до вживання їжі протягом 4 тижнів з урахуванням віку дитини: з 1-го по 3-й день по 1,5 мл 2 рази на добу, з 4-го дня терапії по 3 мл 2 рази на день у дітей віком від 2 до 4 років, від 4 до 6 років – з 1-го по 3-й день – по 3 мл 2 рази на день, з 4-го дня терапії по 4 мл 2 рази на день.

Після лікування спостерігалось достовірне збільшення вмісту в крові  $CD4^+$ ,  $CD8^+$ ,  $CD16^+$ , зменшення  $CD22^+$  і концентрації IgG, IgM та діагностичні титри анти-ВІП-IgM і анти-ВІП-IgG 1-го типу збереглися тільки у 2 пацієнтів. При прийомі препарату лихоманка була менш тривалою і вираженою, бронхообструктивний синдром купірувався на 2-гу–3-тю добу, і одужання наступало на 5-й день терапії. При прийомі профілактичної дози препарату діти не хворіли на ГРВІ і не спостерігалось бронхообструктивного синдрому.

Таким чином, ефект Флавозиду проявлявся у ліквідації активної вірусної інфекції, ерадикації герпес-вірусів. Флавозид може бути рекомендованим в комплексному лікуванні та профілактиці дітей з ГРВІ, ускладненою бронхообструктивним синдромом.

## ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Т.Л. Процюк, О.В. Чирка, Т.В. Потєєва, О.Г. Гулько*  
*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*  
*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*

Ознаки пальцевої і долонної дерматогліфіки відносяться до прогностичних критеріїв, в основі яких лежить висока спадкова обумовленість, незмінність з віком, значна індивідуальна і територіальна мінливість. Дерматогліфічне дослідження за методикою Н. Cummins і

Ch. Midlo у 438 дітей віком від 7 до 15 років, хворих на бронхіальну астму, виявило, що у хворих школярів, незалежно від віку, статі та місця проживання, середня частота різнодельтових візерунків відповідає формулі:  $\text{однодельтові} > \text{дводельтові} > \text{бездельтові}$ . В результаті аналізу частот різнодельтових візерунків гомотопних пальців хворих міських дітей встановлено, що незалежно від статі на всіх пальцях, за виключенням V, основним є однодельтовий візерунок. Статеві відмінності стосуються саме V пальця, де у хлопчиків основним візерунком є однодельтовий, а дводельтові візерунки і дуги зустрічаються рівною мірою. У дівчаток переважно зустрічаються дводельтові візерунки, які чергуються з дугами. У хворих сільських дітей незалежно від статі на I пальці рівною мірою зустрічаються як одно-, так і дводельтові візерунки; на III пальці однодельтові візерунки є основними і чергуються як з дугами, так і з дводельтовими візерунками рівною мірою; на IV пальці однодельтові візерунки – основні, а чергуються з дводельтовими візерунками. Статеві відмінності виявляються на V пальці, де у хлопчиків основний однодельтовий візерунок чергується з дугами, а у дівчаток дводельтовий візерунок і дуги виявляються рівною мірою.

Отже, прогностичні (дерматогліфіка) конституційні ознаки є специфічними генотипічними маркерами схильності до розвитку бронхіальної астми у дітей. Визначені прогностичні критерії можуть бути використані з метою виявлення схильності до розвитку бронхіальної астми у кожної конкретної дитини для проведення у неї цілеспрямованої індивідуально розробленої профілактики.

## ПЕРСПЕКТИВИ ВИВЧЕННЯ БІОАКТИВНОГО ЗАСОБУ НА ОСНОВІ ПОРОШКОВОГО СУБСТРАТУ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ШКІРИ СВИНІ ДЛЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ПРИ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

*Ю.С. П'ятницький*

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

В останні роки як джерело структурних білків з широким спектром біологічної активності все більшу увагу привертає біоорганічний субстрат на основі шкірної тканини ксеногенного походження. Завдяки значному вмісту в шкірі колагену, на який припадає 70 % (без води і жиру), структурних білків (ретикулін, еластин і кератин), а також інших біологічно активних речовин, зокрема, поліпептидного епідермального фактора росту, вміст яких тут утричі більший, ніж у крові, значного поширення набули трансплантаційні препарати, виготовлені із шкіри свині (В.В. Бігуняк, В.В. Дем'яненко). В біосубстраті з консервованої ксеношкіри містяться кислі мукополісахариди: гіалуронова і хондроїтинсірчана кислоти та гепарин. Високий окисно-відновний потенціал шкіри забезпечують також сірковмісні амінокислоти, зокрема цистеїн і метіонін, а також окислювальні ферменти (пероксидаза, цитохромоксидаза), біохімічна і фізико-хімічна мобілізація яких здійснюються завдяки вмісту в шкірі мікроелементів, зокрема, міді, цинку, миш'яку, кобальту та ін.

Таким чином, біоактивний засіб у вигляді порошкового ксенодермального субстрату, виготовленого із шкіри свині за сучасною технологією кріоконсервування і ліофілізації, здатний забезпечити високий рівень профілактичної та лікувальної ефективності для корекції порушених функцій організму дорослих і дітей, що свідчить про актуальність подальшого вивчення шляхів його розробки для внутрішнього застосування в педіатрії.

## КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ МІОКАРДА У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

*Ю.Г. Резніченко, О.М. Лебединець*

*Запорізький державний медичний університет*

Висока частота порушень метаболізму міокарда при різноманітних патологічних станах у дітей раннього віку диктує необхідність пошуку нових шляхів їх корекції. Нами вивчена ефективність застосування нового комплексного препарату Кориліп, який випускається у

формі ректальних супозиторіїв і містить кокарбоксілази гідрохлорид, рибофлавін, ліпову кислоту – коферменти утилізації простих вуглеводів у клітинах. Під наглядом було 44 дитини з метаболічними порушеннями міокарда, 18 з них (дослідна група) проведені 1–3 десятиденних курси кориліпу, решта дітей склали контрольну групу. Проведені через 3 місяці дослідження показали, що в групі дітей, які отримували кориліп, частота метаболічних порушень міокарда була в 1,5 раза меншою, ніж у дітей контрольної групи, кращим було збільшення маси тіла, меншою частота ОРЗ.

## ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ЛАКТУЛОЗИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАПОРІВ У ДІТЕЙ

*О.М. Руднєв, О.О. Руднєв*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Міська дитяча клінічна лікарня № 2, м. Київ*

Вивчали клінічний ефект від застосування препаратів лактулози у дітей, хворих на функціональний запор і поліпшення рівня життя. Було обстежено 30 дітей віком від 3 до 6 років, які хворіли на функціональний запор. У стаціонарі були проведені наступні обстеження: копрограмма, рентгенологічне обстеження товстого кишечника, бактеріологічне обстеження, за потребою – ректороманоскопія та біопсія слизової оболонки. Затримка дефекації в окремих випадках складала 28–36 годин. В лікуванні використовувалися препарати лактулози, прокінетики, спазмолітики, ферментні препарати, режим, дієта. Найбільш ефективними виявилися препарати лактулози, зокрема їх клінічний ефект, а саме нормалізація акту дефекації (у 80 % пацієнтів).

## ДІАГНОСТИКА ВТОРИННИХ КАРДІОМІОПАТІЙ, АСОЦІЙОВАНИХ З ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛІТОМ

*В.М. Савво, К.В. Панфілов, Т.О. Філонова*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

З метою удосконалення діагностики вторинних кардіоміопатій (ВКМП), асоційованих з хронічним тонзилітом, проаналізовано результати обстеження 30 дітей у віці від 5 до 16 років з ВКМП токсикоз-інфекційного генезу. Серед обстежених переважали школярі (76,6 %) з компенсованою формою хронічного тонзиліту (66,7 %). Бактеріологічними дослідженнями слизу з носоглотки доведена роль різноманітної патогенної мікрофлори у розвитку хронічних тонзилітів у 70 % дітей. Більшість дітей скаржилась на болі астеноневротичного та кардіального характеру (переважно короткочасні кардіалгії, відчуття серцебиття) – відповідно 83,3 і 76,7 %. Наявність ознак інтоксикації встановлено у 73,3 % дітей, у 50 % – виявлені фенотипічні маркери сполучнотканинної дисплазії. При фізикальному обстеженні у 46,7 % дітей виявлено приглушення I тону на верхівці серця. Найбільш частими ЕКГ-змінами були різні порушення ритму серця (60 % дітей) і зміни сегмента ST і зубця T (33,3 %). За даними добового моніторингу ЕКГ у 1/4 частини дітей зареєстровано напади суправентрикулярної пароксизмальної тахікардії під час сну та порушення внутрішньопередсердної провідності, які можуть бути предикторами серйозних порушень ритму у майбутньому. У 23,3 % дітей виявлені зміни морфофункціональних параметрів серця за даними ультразвукового дослідження (помірна дилатація порожнини лівого шлуночка, зниження його систолічної функції). Таким чином, діагностика вторинних кардіоміопатій у дітей потребує комплексного обстеження їх з використанням добового моніторингу ЕКГ та ЕхоКГ для раннього встановлення кардіальних змін і попередження їх прогресування.

## МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРЦЯ ПРИ ВТОРИННИХ КАРДІОМІОПАТІЯХ, АСОЦІЙОВАНИХ З ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛИТОМ

*В.М. Савво, Т.О. Філонова, К.В. Панфілов*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Вивчали морфологію серця, його функціональний стан у 30 дітей віком від 5 до 16 років з вторинною кардіоміопатією (ВКМП) токсикоз-інфекційного генезу, асоційованою з хронічним тонзилітом, за допомогою УЗД за стандартною методикою. Групу спостереження склали 10 практично здорових дітей шкільного віку. За результатами обстеження у більшості дітей – (76,7±7,0) % анатомічні параметри порожнин серця й товщини його стінок знаходилися в межах вікових нормативів. Помірна дилатація лівого шлуночка (на 3–7 мм) виявлена у (16,7±6,7) % дітей, у 2 дітей – (6,7±0,7) % – потовщення міокарда задньої стінки лівого шлуночка та міжшлуночкової перегородки. У значної більшості дітей встановлено різноманітні диспластичні аномалії розвитку серця, серед яких переважали пролапси клапанів (здебільшого передньої стулки мітрального клапана I та I–II ст.) і аномальні хорди лівого шлуночка (переважно продольні або діагональні). У 16,7 % дітей хорди були множинними. При оцінці показників центральної гемодинаміки у всіх дітей з некомпенсованою формою хронічного тонзиліту відмічено помірне зниження фракції викиду (56–59 %) і фракції скорочення міокарда лівого шлуночка (28–30 %). У частини дітей з компенсованою формою захворювання встановлено повільне підвищення цих показників на 5–7 % порівняно з нормативними. Таким чином, зазначені морфофункціональні особливості серця у дітей при ВКМП, асоційованих з хронічним тонзилітом, є відображенням різних стадій компенсації гемодинаміки у відповідь на хронічну інтоксикацію при наявності диспластичних аномалій розвитку серця, що потрібно враховувати при виборі лікувально-профілактичних заходів.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

*В.М. Савво, Ю.В. Сороколат, О.М. Апанасенко*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Пролапс мітрального клапана (ПМК) відносять до малих аномалій розвитку серця. Цей стан набуває клінічного та прогностичного значення у випадках, коли супроводжується міксоматозною дегенерацією стулок і/або мітральною регургітацією, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень. Досліджували особливості перебігу первинного ПМК у дітей дошкільного віку. Під спостереженням знаходилися 34 дитини з ПМК у віці від 3 до 7 років (16 хлопчиків, 18 дівчаток). У всіх дітей були виявлені ознаки системної дисплазії сполучної тканини. Найчастіше скарги були на кардіалгії (24,4 %). Для більшості дітей (56,1 %) був характерний асимптоматичний перебіг. У 29 дітей при ЕхоКГ був виявлений ПМК I ст. (85,3 %), ПМК II ст. був діагностований лише у 4 пацієнтів (11,8 %), III ст. – у 1 дитини (2,9 %). Мітральну регургітацію виявили у 20,6 % дітей з ПМК, при цьому регургітація I ст. була зареєстрована в 17,7 % випадків, II ст. – у 2,9 %. Міксоматозна дегенерація стулок мітрального клапана, що є морфологічним субстратом та основним маркером первинного ПМК, виявлялася у 9 дітей (26,5 %), достовірно частіше у хлопчиків ( $p < 0,05$ ). У 8 пацієнтів це були мінімальні ознаки міксоматозної дегенерації, у 1 дитини – II ст. дегенеративного процесу. Таким чином, для більшості дітей ПМК був ехокардіографічною ознакою з мінімальним ступенем пролабування стулок і не супроводжувався скаргами. Мітральна регургітація та міксоматозна дегенерація, які можуть обтяжувати прогноз ПМК, були діагностовані тільки у 1/5 і 1/4 частини дітей. Але, зважаючи на підвищені навантаження у шкільному віці та прогресивний перебіг диспластикозалежної патології, діти дошкільного віку з ПМК підлягають динамічному нагляду.

## СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

*Г.С. Сенаторова, Т.В. Чайченко, Л.Г. Тельнова, Т.В. Лутай*

*Харківський національний медичний університет*

Широка розповсюдженість і суттєві інвалідизуючі наслідки метаболічного синдрому у дорослих обумовлюють актуальність вивчення особливостей його формування в дитячому віці.

Обстежено 35 дітей (28 хлопчиків і 7 дівчаток), середній вік обстежених –  $(14,82 \pm 0,64)$  років. Діагноз встановлювали згідно з міжнародними стандартами. Стан вуглеводного обміну визначали за рівнем імунореактивного інсуліну, С-пептиду, за результатами стандартного орального глюкозотолерантного тесту, розрахунку коефіцієнтів НОМА, Бодуена, Рафальського, Сокольнікова.

Індекс маси тіла становив  $32,12 \pm 1,08$ , відношення об'єму талії до об'єму стегон –  $0,97 \pm 0,21$ . Артеріальна гіпертензія діагностувалась у  $(83 \pm 1,2)$  % обстежених. Рівень імунореактивного інсуліну становив  $(10,32 \pm 1,08)$  нг/мл, С-пептиду –  $(3,26 \pm 0,22)$  мкМЕ/мл, загального холестерину –  $(6,38 \pm 1,15)$  ммоль/л. Порушення утилізації глюкози були у 83 % пацієнтів: підвищена глікемія натщесерце – у 11,4 %, знижена глікемія натщесерце – у 14,3 %, глікемічна крива з відстроченим піком – у 54,2 %, з відсутністю адекватної гіпоглікемічної фази – у 80 %. Гіперглікемічний коефіцієнт дорівнював  $0,48 \pm 0,04$ ; гіпоглікемічний –  $1,2 \pm 0,06$ ; коефіцієнт Сокольнікова –  $1,97 \pm 0,34$ ; коефіцієнт НОМА –  $0,66 \pm 0,19$  (із значенням більше 2 у 3 пацієнтів).

Встановлено, що тип глікемічної кривої із визначенням відповідних коефіцієнтів є більш вірогідним критерієм порушення толерантності до вуглеводів, ніж значення показників натщесерце або рівень глюкози через 2 год після навантаження. Це дає змогу визначити найбільш ранні фази функціонального уповільнення викиду інсуліну та призначити специфічну терапію.

## КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

*Г.С. Сенаторова, В.В. Поляков, Н.Р. Бужинська, М.К. Уривасва*

*Харківський національний медичний університет*

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків*

Обстежено 40 дітей віком від 4 до 14 років, хворих на бронхіальну астму (БА). Оцінка стану кардіореспіраторної системи дозволила виявити наступні порушення з боку серцево-судинної системи: номотопні (93,3 %) та гетеротопні (3,3 %) порушення ритму, перевантаження правого шлуночка (26,6 %), дилатація порожнини правого шлуночка (26,6 %), підвищення середнього тиску в легеневій артерії (15,2 %). Встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок ( $+0,7-0,8$ ) між порушеннями показників функції зовнішнього дихання та центральної гемодинаміки. Встановлено, що вентиляційні зміни при БА призводять до ранніх порушень легенево-серцевих відношень. Це має значення для прогнозу захворювання у дітей і потребує корекції терапії.

## ПЕРЕБІГ ДИХАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ТА ЇХ ВИХОДИ

*Г.С. Сенаторова, О.О. Ріга, Г.Х. Саліхова\*, Н.Г. Метелецька\*, Н.М. Федоренко*

*Харківський національний медичний університет*

*\*Обласна клінічна лікарня, м. Харків*

Обстежено 300 дітей, що народилися шляхом операції кесарева розтину, 29 новонароджених з вагою менш 1500 г, у 38 новонароджених, що перебували на ШВЛ, поглиблено вивчали катамнез. Для визначення факторів тривалого перебування дитини на ШВЛ використовувалася монофакторний дисперсійний аналіз даних. Дослідженням встановлено, що у всіх



матерів дітей, які потребували ШВЛ, мав місце ускладнений перебіг вагітності. У 78 % жінок кесарів розтин був обумовлений наявністю діатезу плоду. У 12 дітей, народжених шляхом планового кесарева розтину, мали місце процеси дезадаптації в ранньому неонатальному віці, 4 з них мали дихальні розлади. При зрівнянні перебігу дихальних розладів глибоконедоношених дітей з несприятливим і сприятливим перебігом відповідно встановлено: ВШК – 86 та 36 %; «жорсткі» параметри ШВЛ – 86 та 13,7 %; РІР – (23,66±6,46) и (17,66±4,06) см вод. ст.; FiO<sub>2</sub> (88±0,15) та (86±0,15) %; St Нb – 83±0,02 та 91±0,3.

Час перебування на ШВЛ поза межами акушерського стаціонара складав: 1 доба – 52,2 %, 10 діб – 13,1 %, більше – 34,7 %. Ускладнення перинатального періоду та ШВЛ: інтубаційний бронхіт – 10,4 %, плеврит – 2,6 %, легенева гіпертензія – 7,8 %, емфізема – 2,6 %, парез діафрагмального нерва – 5,2 %, БЛД – 5,2 %, ВШК – 59,3 %, персистуючий фетальний кровотік – 55,2 %, судоми – 13,1 %.

За допомогою дисперсного монофакторного аналізу встановлений вплив деяких факторів на тривалість перебування дитини на ШВЛ (більше 10 діб): терміну гестації, ургентної операції кесарева розтину, пренатальної та інтранатальної гіпоксії з достовірністю у 99 %, внутрішньоутробної пневмонії у 95 %.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*А.С. Сенаторова, Т.С. Малич, И.Ю. Кондратова,  
О.Л. Логвинова, С.С. Улько, О.Н. Цюра*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Рост частоты пневмонии с осложненным течением у детей раннего возраста обуславливает необходимость пересмотра эффективности диагностики данной патологии. У 164 детей в возрасте от 2 мес до 3 лет проведено бактериологическое исследование мокроты. У 30 обследованных оценивали уровень цитохимической активности митохондриальных ферментов лимфоцитов: сукцинат-, глутамат- и глицерофосфатдегидрогеназы.

У обследованных детей высевався пневмококк (47,3 %), *Pseudomonas aeruginosa* (36,6 %) *Klebsiella pneumoniae* (33,3 %), *H. influenzae* (9,8 %;  $p < 0,05$ ). Регистировались высокая резистентность ассоциаций возбудителей к цефазолину, меньшая устойчивость к цефуроксиму, амоксицилину, цефтриаксону, цефепиму. Выявлено снижение активности всех митохондриальных ферментов в остром периоде заболевания, особенно если пневмония развивалась на фоне хронической гипоксии (БЛД и гипотрофии III ст.).

Этиологическим фактором осложненной пневмонии на современном этапе являются ассоциации возбудителей с высокой резистентностью к цефазолину и меньшей устойчивостью к цефуроксиму, амоксицилину, цефтриаксону и цефепиму. Тяжелое течение пневмонии у детей раннего возраста обусловлено также снижением уровня митохондриальной активности, неблагоприятным преморбидным фоном и перенесенной гипоксией.

## МОЖЛИВОСТІ ПОВЕРХНЕВОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ В ІДЕНТИФІКАЦІЇ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНОГО МЕХАНІЗМУ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ ТАХІКАРДІЙ У ДІТЕЙ

*Г.С. Сенаторова, М.К. Уривасва, С.М. Білогуров*

*Харківський національний медичний університет*

Було обстежено 20 дітей пубертатного віку із нападами пароксизмальних суправентрикулярних тахікардій (ПСТ). Діагностичний пошук проводився між ортодромною атріовентрикулярною реципрокною тахікардією (АВРТ) та атріовентрикулярною вузловою реципрокною тахікардією (АВВРТ). Критеріями диференційної діагностики були наявність псевдо-r'-зубців і псевдо-S-хвиль, можливість візуалізації зубця Р, тривалість інтервалу RP, рівень депресії сегмента ST, ЧСС під час пароксизму, варіабельність тривалості циклів пароксизмів.

Наявність псевдо-r'-зубців (у відведенні V1) та псевдо-S-хвиль (у відведеннях II, III, aVF) дозволяло ідентифікувати у кінцевій частині комплексу QRS-зубець *p* ретроградної морфології,

що вказувало на електрофізіологічний механізм, характерний для АВВРТ. Візуалізація зубця Р та тривалість інтервалу RP' менше 100 мс у групі АВВРТ спостерігалася у 90 % випадків, у групі АВРТ тривалість інтервалу RP' була більше 100 мс ( $p < 0,05$ ). Рівень депресії сегмента ST більше 2 мм був у групі АВРТ, у групі АВВРТ сегмент ST був ізоелектричний або не перевищував значення депресії 0,5 мм ( $p < 0,05$ ). Достовірних відмінностей по частоті серцевих скорочень і тривалості циклів пароксизмів у групах не спостерігалася.

Використання досліджуваних критеріїв у якості електрокардіографічних диференційно-діагностичних ознак допомагає неінвазивно діагностувати електрофізіологічний механізм пароксизмальної суправентрикулярної тахікардії у дітей.

## РОЛЬ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ У ДІТЕЙ

*Г.С. Сенаторова, Л.Г. Тельнова, І.О. Стенкова, Т.В. Чайченко,  
О.О. Різа, Т.В. Лутай\*, Н.В. Шульга\**

*Харківський національний медичний університет*

*\*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків*

Обстежено 54 дитини, хворих на вперше виявлений цукровий діабет (ЦД) І типу, які знаходились в ендокринологічному відділенні ОДКЛ м. Харкова. Проведено аналіз анамнестичних і клінічних даних, а також результатів вірусологічного дослідження – наявність IgM та IgG до вірусів простого герпесу I, II, VI та VIII типів, цитомегаловірусу, вірусу Епштейна-Барр.

Виявлено, що 44 % дітей мали обтяжену спадковість щодо ЦД, 29 % – обтяжений алергологічний анамнез; 68 % дітей часто хворіли на гострі респіраторні захворювання. Серед дітей, хворих на ЦД І типу, 88,6 % дітей є вірус-інфікованими. Найбільш значущим щодо маніфестації ЦД є інфікування вірусом простого герпесу I і II типів – 77,4 % та VI типу – 73,3 %; 53 % хворих мають ознаки мікст-інфікування, що спостерігається переважно в ранньому віці. Поєднання обтяженої спадковості щодо ЦД і вірусного інфікування можна розглядати як маркер дебюту ЦД І типу в дитячому віці.

## ДИАГНОСТИКА МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

*А.С. Сенаторова, М.А. Гончарь, А.И. Страшок, А.Д. Бойченко*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Областной детский кардиологический центр, г. Харьков*

Изучали плазменную концентрацию тропонина I (TnI) и мозгового натрийуретического пептида (pre-BNP) у детей раннего возраста с осложненным и неосложненным течением врожденных пороков сердца (ВПС). Обследовано 120 пациентов (ЭКГ, рентгенография ОГК, ДЭХОКГ) в возрасте от 1 мес до 3 лет с ВПС с увеличенным легочным кровотоком, средний возраст  $(1,70 \pm 1,04)$  лет. У 57 (47,5 %) больных диагностирована сердечная недостаточность (СН), у 53 (48,2 %) – легочная гипертензия: умеренная – у 37 (30,8 %), высокая (ВЛГ) – у 16 (13,3 %). В группе детей с умеренной гипертензией систолическое давление в легочной артерии составляло  $(42,3 \pm 6,7)$  мм рт. ст., в группе с ВЛГ –  $(68,7 \pm 9,2)$  мм рт. ст. ( $p > 0,005$ ). При исследовании плазменной концентрации TnI и pre-BNP у 42 больных повышение уровня TnI  $(2,83 \pm 0,93)$  нг/мл выявлено у 13 (30 %). Средний уровень pre-BNP составил  $(0,670 \pm 0,046)$  пмоль/мл. В группе детей с ВЛГ установлена корреляционная зависимость между TnI и pre-BNP ( $r = +0,7$ ), а также между повышением TnI и наличием легочной гипертензии ( $r = +0,47$ ); pre-BNP, TnI и наличием СН ( $r = +0,55$ ),  $ФВ_{лж}$  и уровнем pre-BNP ( $r = +0,46$ ).

Таким образом, повышение уровня тропонина I и плазменной концентрации pre-BNP у детей с ВПС свидетельствует о повреждении миокарда, генез которого требует уточнения.

**АЛЕРГІЧНІ ПРОЯВИ ГЕНЕТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ***Н.І. Сінчук**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Незважаючи на типові прояви генетичних захворювань, діти часто лікуються з приводу алергічних захворювань, та навпаки. Загальними симптомами для цієї групи захворювань можуть бути часте чихання; зуд у ділянці носу; утруднене носове дихання; кашель; шкірні прояви. Так, при хворобі Брутона у хворих частим діагнозом є алергічний риніт, атопічний дерматит. Хворі на синдром Віскотта–Олдрича тривалий час лікуються від екземи практично без ефекту. Постійне шумне утруднене дихання, виділення з носу є приводом для постановки діагнозу алергічного риніту на ранніх етапах прояву аутосомно-рецесивного захворювання – мукополісахаридозу. Аутосомно-рецесивне захворювання – синдром Франческетті перебігає з постійно закладеним носом, що у випадках неповної пенетрації гена трактується як алергічний риніт. Типовими помилками в цих випадках є призначення антигістамінних препаратів першої генерації, судинозвужувальних крапель, антибіотиків, хірургічне лікування.

Отже, генетичні захворювання у дітей часто мають маски алергічних захворювань. Знання лікарем цих проявів допоможе своєчасно поставити діагноз і призначити адекватне лікування.

**СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ  
З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ІЗ ГРУПИ РАДІАЦІЙНОГО РИЗИКУ***О.І. Сміян, Н.О. Савельєва-Кулик**Медичний інститут Сумського державного університету*

Протягом останніх років відмічається тенденція до збільшення кількості дітей з проявами вегетативної дисфункції (ВД). Визначали рівні CD3<sup>+</sup>-, CD4<sup>+</sup>-, CD8<sup>+</sup>-, CD16<sup>+</sup>-клітин, а також фагоцитарний індекс в плазмі крові у дітей з ВД. Під наглядом знаходилось 14 дітей з ВД та обтяженим радіаційним анамнезом (1-ша група), а також 16 дітей, хворих на ВД, без додаткових факторів ризику (2-га група). Контрольну групу склали 13 практично здорових дітей відповідного віку (13–17 років). За результатами проведеного дослідження виявлено достовірно підвищений рівень CD3<sup>+</sup>-клітин в 1-й групі відносно 2-ї та 3-ї ( $p < 0,05$ ). Різниця між показниками 2-ї та 3-ї груп не була достовірною ( $p > 0,05$ ). Рівні CD4<sup>+</sup>- та CD8<sup>+</sup>-клітин в 1-й групі були вірогідно вищими відносно контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Різниця між показниками 1-ї та 2-ї груп не була вірогідною ( $p > 0,05$ ). Простежено тенденцію до підвищення рівня CD4<sup>+</sup>- та CD8<sup>+</sup>-клітин у дітей 2-ї групи відносно контролю. Фагоцитарний індекс був достовірно нижчим у дітей 1-ї групи відносно 2-ї групи, при цьому порівняння з контрольною групою не виявило вірогідної різниці. Простежено тенденцію до підвищення рівня CD16<sup>+</sup>-клітин у дітей з ВД відносно контролю, але різниця результатів не була вірогідною ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, результати дослідження свідчать про напруженість процесів адаптації клітинної ланки імунної системи у дітей з ВД, особливо тих, що мають обтяжений радіаційний анамнез. Це зумовлює необхідність подальшого вивчення нейроімунологічного механізму формування і підтримання вегетативних розладів у дітей.

**ВПЛИВ ДЕЯКИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ  
НА СТАН КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ДІТЕЙ  
З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ***О.І. Сміян, О.Г. Васильєва**Медичний інститут Сумського державного університету*

На сучасному етапі найбільш частою причиною розвитку дисбактеріозу кишечника є застосування антибіотиків, які напрямки пригнічують життєдіяльність мікроорганізмів і значно змінюють «мікробний пейзаж» шлунково-кишкового тракту.

Вивчали порушення кількісного та якісного складу мікрофлори кишечника у дітей раннього віку в залежності від антибіотиків. Обстежено 42 хворі на пневмонію дитини, які були поділені на дві групи в залежності від виду антибіотикотерапії. Першу групу хворих (16 дітей) лікували ампіциліном, амоксициліном, аугментіном (амоксиклавом). Ампіцилін пригнічував ріст як анаеробної, так і аеробної мікрофлори. Амоксицилін та його похідні мінімально пригнічували активність більшості нормальних мікроорганізмів кишечника та призводили до збільшення популяції ентеробактерій. Вони не сприяли розмноженню стафілококів, грибів та *C. difficile*. Друга група хворих (26 дітей) отримувала цефалоспорини I, II та III поколінь. Більшість із них при парентеральному введенні (майже 60 %) сприяли росту ентерококів та *C. difficile*. З іншого боку, при пероральному їх призначенні (цефутил та ін.) не було встановлено впливу цих антибіотиків на якісний склад мікрофлори кишечника. Отже, незважаючи на тривалу історію антибактеріального лікування і велику кількість праць, присвячених вивченню побічних ефектів цієї терапії та їх корекції, ця проблема продовжує залишатися актуальною.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПРОЯВАМИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

*І.С. Сміян, Г.А. Павлишин*

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

Перинатальна інфекційна патологія у новонароджених супроводжується синдромом метаболічної інтоксикації, глибина якого визначається порушенням інтеграції окремих ланок гомеостазу, дестабілізацією роботи життєво важливих органів, тому актуальним є пошук консервативних методів корекції виявлених порушень на ранніх етапах його розвитку. Під спостереженням знаходилося 77 новонароджених з проявами перинатальних інфекцій. Першу групу склали 42 пацієнти, які отримували традиційне лікування, до 2-ї увійшло 35 хворих, котрим базисна терапія доповнювалась застосуванням антигомтоксичних препаратів «Traumeel S» та «Coenzyme compositum» за схемою: 0,2 мл/(кг·д) парентерально або перорально впродовж 4–5 днів поспіль, з наступним переходом на 1 раз у три дні, тривалістю від 2 до 4 тижнів. Оцінка ефективності диференційованих методів лікування базувалася на аналізі динаміки клінічних ознак, результатах клініко-лабораторних досліджень, прогнозі захворювання. У новонароджених з клінічними проявами перинатальної інфекційної патології на фоні комплексної метаболічної терапії (2-га група) спостерігалось достовірне зменшення тривалості стаціонарного лікування: (25,86±2,09) днів у 2-й групі, (34,47±2,46) днів у 1-й групі та збільшення показника виживання, оскільки у 1-й групі померло 12 дітей (15,58 %), у 2-й – 3 дітей (3,89 %). Водночас на фоні метаболічної терапії швидше купіруються гемодинамічні, дихальні розлади, інтоксикаційний синдром, поліпшення загального стану наступає на (13,78±1,02) день лікування, у той час як у 1-й групі – на (18,46±2,36) день. Позитивні зміни в клінічній картині поєднуються з поліпшенням та нормалізацією параклінічних показників (МСМ при довжині хвилі 254–280 нм, еритроцитарний та лейкоцитарний індекси інтоксикації, ЦІК, малоновий діальдегід), що підтверджує оптимальне відновлення метаболічного гомеостазу на фоні комплексного лікування з антигомтоксичними засобами. Ефективність запропонованої схеми лікування зумовлена поєднанням універсального протизапального ефекту та допоміжної імунологічної реакції траумелю і мембранопротекторних, антиоксидантних, енергомодуючих властивостей коензиму, що сприяють стабілізації процесів окисного фосфорилування, активації клітинних ферментативних систем, забезпечують анаболічну спрямованість.

## ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ

*Г.Є. Сологуб, О.М. Місюра, М.В. Хайтович*

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

Згідно з проведеним нами популяційним дослідженням ожиріння і надмірна маса тіла виявляються відповідно у 1,9 і 9 % школярів м. Києва. Серед дітей із значенням процентилу

індексу маси тіла (ІМТ) більше 85 артеріальна гіпертензія виявляється майже у 40 %. Дитяче ожиріння частіше розвивається в результаті складної взаємодії дієтичних, психологічних, спадкових і фізіологічних факторів. Внаслідок неадекватного виховання у дітей закріплюються нав'язані стереотипи харчової поведінки, які пригнічують фізіологічні реакції насичення. Останні дослідження доводять зв'язок між ІМТ і розладом образу тіла.

Нами за допомогою модифікованого і адаптованого варіанту набору креативних тестів Ф. Вільямса (САР) встановлено, що діти з надмірною масою тіла та ожирінням відрізняються за рядом характеристик – нижчим показником оригінальності мислення, більшою допитливістю, але меншою схильністю до ризику.

## ВИЗНАЧЕННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ МЕТОДОМ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ДПК

*Т.В. Сорокман, Л.Г. Паламар, У.Б. Пісік*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

У відповідь на будь-яку дію навколишнього середовища організм реагує універсальною оперативною реакцією – зміною серцевого ритму (СР), яка відображає стан ВНС. Оскільки функціональний стан ВНС визначає ступінь вираженості патологічного процесу, методом дослідження вегетативної дисфункції сьогодні приділяється особлива увага. Серед способів дослідження, найбільш доцільних для вивчення нейровегетативного фону розвитку вегетативної дисфункції і стану показників вегетативного гомеостазу в дітей, є 24-годинне Холтерівське моніторування електрокардіограми і дослідження добової варіабельності ритму серця (ВРС).

Аналіз результатів, отриманих з їх використанням, свідчить, що найбільш виразна відмінність спостерігається з боку показника НФ, який характеризує ступінь парасимпатичної активності. У співвідношенні симпатичної та парасимпатичної активностей має місце підвищення останньої з них. Про це беззаперечно свідчить достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчий показник LF/HF у хворих на виразкову хворобу у порівнянні з ідентичним показником у групі здорових дітей. Методом спектрального аналізу ВРС виявлено, що при виразковій хворобі вегетативний гомеостаз характеризується об'єктивним послабленням симпатичного впливу, що, власне, є основним свідченням наявної та клінічно маніфестованої вегетативної дисфункції.

## ПИТАННЯ ШКІЛЬНОЇ ДІЄТЕТИКИ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ ДИТИНСТВА В ДІЯЛЬНОСТІ ВІТЧИЗНЯНИХ ПЕДІАТРІВ

*В.П. Стельмахівська*

*Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова, м. Київ*

Витоки шкільної дієтики та медицини дитинства в Україні сягають часів Київської Русі («Ізбірник Святослава», «Повчання Володимира Мономаха дітям» тощо). Елементи шкільної дієтики можна знайти в діяльності Київської колегії та братських шкіл: «Громадянства звичаїв дитячих» (Єпіфаній Славинецький), «Духовний регламент» (Феофан Прокопович) та ін. Але найбільш суттєвий внесок в розвиток медицини дитинства зробили українські педіатри: Кіндрат Грум-Гржимайло («Керівництво з виховання, навчання та зміцнення здоров'я дітей»), С.Ф. Хотовицький («Педіатрика», «Лікарсько-народна настанова для духовних училищ»), Нестор Амбодік-Максимович («Мистецтво сповивання») та ін.

Наприкінці ХІХ та на початку ХХ ст. значну роль у становленні медицини дитинства відіграли Н.А. Тольський («Про значення гігієни в суспільному житті і особливо в застосуванні її до наших навчальних закладів», «Про вплив школи на здоров'я її вихованців»), І.В. Троїцький («Курс лекцій з хвороб дитячого віку», «Гігієна дітей») та ін.

В ХХ ст. значну роль у розвитку медицини дитинства та шкільної гігієни відіграли видатні вітчизняні педіатри О.В. Тур, О.М. Хохол, В.М. Сідельников, П.С. Моцич та ін.

Перспективи подальшого розвитку профілактичної медицини дітей та підлітків в Україні диктують необхідність постійної співпраці гігієністів дитинства, психологів, педагогів і педіатрів.

## ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ НЕФРОПАТІЙ У ДІТЕЙ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

*Т.В. Стоєва, Г.К. Копійка, М.В. Федін*

*Одеський державний медичний університет*

Проведено анкетування 150 дітей з метою виявлення вагомих факторів ризику розвитку нефропатій на підставі методів математичного аналізу, яке включало визначення наступних показників: відношення шансів (OR), атрибутивного ризику (AR) та популяційного атрибутивного ризику (PAR).

Анкетні дані дозволили сформувати групу дітей з нефропатіями (50 хворих) та контрольну групу (100 практично здорових дітей). Серед факторів ризику, що вивчалися, достовірно (95 % ДІ вище 1,0) сильну асоціацію (OR вище 5,0) показали наступні: патологія нирок у матері під час вагітності (OR=5,17), аборти в анамнезі (OR=5,64), захворювання нирок (OR=8,14) і цукровий діабет (OR=5,26) з боку матері, захворювання нирок (OR=5,26) з боку батька, наявність хронічної патології ЛОР-органів у дитини (OR=5,1), дисбіотичні розлади в анамнезі (OR=7,11), синехії для дівчаток (OR=7,23) та фімоз для хлопчиків (OR=9,78), періодичні болі в попереку (OR=9,6) та ацетонемічні стани в анамнезі (OR=6,25), недотримання харчового раціону відповідно віку дитини (OR=5,33) та вживання сирі води (OR=5,2). Специфічність установлених факторів ризику для виникнення нефропатій у дітей підтверджується також показником атрибутивного ризику (AR), що перевищує 50%-ий бар'єр.

## РОЛЬ ПЕРСИСТУЮЧОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРИ РЕЦИДИВУЮЧОМУ БРОНХІТІ У ДІТЕЙ

*Р.М. Товмаш*

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

Останніми роками змінилася структура респіраторної патології – збільшилася частота рецидивуючого бронхіту (РБ) у дітей з 11 до 38 %.

Обстежено 110 дітей у віці від 2 до 12 років, серед них 34 дитини хворіли на рецидивуючий простий бронхіт – РПБ (1-ша група), 36 – на обструктивний інфекційно-залежний рецидивуючий бронхіт – ОРБ (2-га група). Двадцять дітей відносились до тих, хто часто хворіє на ГРЗ (3-тя група). Групу контролю склали 20 здорових дітей.

Вивчали рівень IgG та IgM до CMV, EBV, HSV1 вірусів; імунний статус (за методом моноклональних антитіл). Було виявлено, що в групі дітей з РПБ достовірно превалює персистенція EBV у 41,7 % (15) дітей. В групі дітей з ОРБ переважає виявлення антитіл до CMV – в 50 % випадків (17 дітей). В той же час персистування HSV1 було характерно як для дітей з РПБ та ОРБ, так і для дітей, що часто хворіють на ГРЗ.

Отримані дані дозволяють припустити значущу роль CMV у формуванні ОРБ (поліклональна стимуляція CD22<sup>+</sup>-клітин) та EBV інфекції для формування РПБ (синтез ІЛІ-10 подібного білка призводить до інгібіції синтезу  $\gamma$ -інтерферону). Натомість висока частота HSV1 інфекції у дітей як з рецидивуючими захворюваннями бронхолегеневої системи, так і з частими ГРЗ може свідчити про його роль у формуванні неспецифічного імунодепресивного стану.

## ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*С.Р. Толмачева*

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

В Украине проблемы детской инвалидности приобрели особый государственный статус с 1992 г. Инвалидность с детства, являясь социально-экономической, медицинской и правовой категорией, остается малоизученной. Хронические соматические заболевания и особенно патология сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре инвалидности лиц молодого возраста.

Исследованиями, проведенными сотрудниками Института охраны здоровья детей и подростков в рамках Национальной программы «Дети Украины», установлено, что в 10,9 % случаев инвалидность связана с хроническими соматическими заболеваниями. В семьях, воспитывающих детей-инвалидов, выявлены негативные факторы медико-демографического, социально-психологического и экономического характера.

Главными приоритетами в настоящее время должны стать профилактика детской инвалидности и улучшение медико-социальной помощи детям с ограниченными возможностями и семьям, в которых они воспитываются. Профилактика детской инвалидности должна начинаться с охраны здоровья семьи и женщин репродуктивного возраста, так как в большинстве случаев в ее формировании играет роль наследственная, врожденная и перинатальная патология, а также своевременное проведение восстановительного лечения детям с острой и хронической соматической патологией.

## ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНО-ТОКСИЧНОГО ШОКУ У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ЛІМФОБЛАСТНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ ПІД ЧАС ПРОГРАМНОЇ ТЕРАПІЇ

*О.О. Трояновська, С.Л. Няньковський*

*Національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів*

Проаналізували інфекційні ускладнення у дітей з гострою лімфобластною лейкемією (ГЛЛ) на різних етапах програмної терапії, ефективність їх лікування та методи попередження інфекційно-токсичного шоку.

У 30 хворих з ГЛЛ віком від 1 до 17 років, які лікувались у ЛЮДСКЛ згідно з міжнародною програмою ALL IC BFM-2002, вивчено інфекційну патологію, що ускладнювала перебіг лейкемії, і проаналізовано її лікування.

Під час лікування виявлено два критичні періоди появи важких інфекційних ускладнень з ризиком розвитку інфекційно-токсичного шоку: 20-й–40-й дні на етапі індукції ремісії та 17-й–35-й дні терапії консолідації ремісії. У ці періоди у 93 % хворих перебіг лейкемії ускладнювався інфекціями, які мали генералізований характер у 81 % випадків у 1-му критичному періоді та у 75 % випадків у 2-му критичному періоді. У 6,6 % дітей розвинувся інфекційно-токсичний шок, що спричинило смерть. Дані періоди характеризувалися різким зниженням рівня циркулюючих імуноглобулінів, В- і Т-лімфоцитів, а також глибокою нейтропенією у всіх хворих.

Вивчення терапевтичних підходів до дітей з лейкемією, ускладненою важкими інфекційними процесами, показало, що у більшості випадків застосовувалась ефективна комплексна терапія, яка включала комбінацію 2–3 антибіотиків широкого спектра дії (фторхінолони, аміноглікозиди, цефалоспорины III–IV поколінь, іміпенеми), сучасних протигрибкових препаратів (ітраконазол, амфотерицин В, вориконазол), гранулоцитарних факторів росту та імуноглобуліну для внутрішньовенного введення «Біовен Моно». Аналіз летальних випадків виявив, що комплексна терапія цієї групи хворих проводилась без застосування імуноглобуліну «Біовен Моно».

Таким чином, застосування імуноглобуліну для внутрішньовенного введення «Біовен Моно» в комплексній терапії дітей з ГЛЛ, ускладненою інфекційним процесом, можна розглядати як ефективний метод попередження інфекційно-токсичного шоку у цих хворих.

## ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЕСЕНЦІАЛЬНИМИ МІКРОЕЛЕМЕНТАМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ

*Л.О. Турова, І.В. Тарасова*

*Медичний інститут Сумського державного університету*

Перинатальні ураження центральної нервової системи (ЦНС) залишаються актуальною проблемою неонатології і проявляються не лише ураженням цієї системи, а й дисфункцією інших органів. Гіпоксичні стани діагностуються у 85 % доношених та майже у 100 % недоно-

пених новонароджених. Недостатньо вивчені есенціальні мікроелементи, їх вплив на репродуктивну функцію жінок і розвиток плода, участь у метаболічній адаптації новонароджених.

Досліджували вміст заліза, цинку та міді у сироватці крові 85 новонароджених з гіпоксичним ураженням ЦНС важкого ступеня в період неонатального розвитку. В дослідну (1-шу) групу увійшло 23 дитини з гіпоксичним ураженням ЦНС важкого ступеня, в 2-гу – 30 здорових доношених новонароджених (група порівняння). Вміст мікроелементів вивчали методом атомно-абсорбційної мас-спектрофотометрії.

Рівень заліза та цинку був достовірно вищим у новонароджених 1-ї групи і складав: заліза –  $(18,78 \pm 0,7)$  проти  $(14,04 \pm 0,9)$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ), цинку –  $(17,47 \pm 1,9)$  проти  $(11,16 \pm 2,2)$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), утім вміст міді, навпаки, знижувався майже на 35 % і складав  $(1,31 \pm 0,24)$  проти  $(2,2 \pm 0,36)$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ) у дітей групи порівняння. У співвідношенні цинк/мідь у сироватці крові дітей досліджуваних груп переважав цинк.

Оскільки цинк має антиоксидантну дію, слід вважати, що його підвищення у новонароджених з гіпоксичним ураженням ЦНС важкого ступеня тяжкості має компенсаторний характер.

Отже, для новонароджених з гіпоксичним ураженням ЦНС важкого ступеня тяжкості властивий дисбаланс даних мікроелементів.

## РОЛЬ РАННІХ ПРОФІЛАКТИЧНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ СПАДКОВОЇ АЛЕРГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ В АЛЕРГІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ

*О.В. Тяжка, Л.О. Левадна*

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

Під нашим спостереженням було 75 дітей раннього віку зі спадковою алергічною схильністю на доклінічному етапі і 25 дітей аналогічного віку з atopічним дерматитом. Вивчення імунологічного стану та мікроелементів магнію, фосфору та кальцію в обох групах виявило однонаправлені зміни, значніше виражені при atopічному дерматиті. Динамічне спостереження показало, що підвищення ІЛ-4 паралельно зниженому рівню магнію є ранньою прогностичною ознакою трансформації алергічної схильності в алергічне захворювання і показанням до проведення профілактично-реабілітаційних заходів. Окрім препаратів магнію та мембраностабілізаторів, ці заходи повинні включати ферментні препарати, пробіотики та сорбенти, зважаючи на те, що у дітей даного віку переважає харчова алергія. Проведення розроблених нами заходів починаючи з грудного віку сприяло попередженню розвитку алергічних захворювань у досліджуваних дітей.

## ФОРМУВАННЯ І ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

*О.В. Тяжка, В.І. Боброва*

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

В останні роки серед дітей спостерігаються значне «омолодження» гастроудоденальної патології, збільшення частоти атрофічних процесів, рецидивуючий перебіг з швидким прогресуванням морфологічних змін, відсутністю бажаного ефекту від лікування. Нами був проведений аналіз формування гастроудоденальної патології серед дітей соматичного відділення. Початок формування порушень функції органів гастроудоденальної зони (ГДЗ) припадає на вік 7–10 років і складає 43 %, серед дітей 15–18 років у структурі захворювань органів ГДЗ провідне місце займає хронічний гастроудоденіт (ХГД) – 58–74 %. У 95 % дітей з ХГД був відмічений рецидивуючий перебіг захворювання. Встановлено, що у 55 % дітей спадковість по захворюваннях травної системи була не обтяжена. В ранньому дитинстві і дошкільному віці діти страждали на часті респіраторні захворювання і неодноразово одержували жарознижувальні препарати і антибіотики. Своєчасна діагностика функціональних порушень і їх подальша трансформація в органічні зміни слизової оболонки ГДЗ дозволила б розширити уявлення щодо закономірностей формування і перебігу гастроудоденальної патології в дитячому віці і сприяла б розробці ефективного лікування.



## ОЦІНКА ГЛІКОЛІТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ І ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ ЕРИТРОЦИТІВ У ДІТЕЙ З ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*О.В. Тяжка, Т.В. Починок, Н.І. Горобець, А.О. Горобець, Л.О. Фік*  
*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця*

Останнім часом велике значення надається визначенню ролі порушень клітинного енергообміну в розвитку патологічних станів і тому, як вони впливають на характер перебігу патології, особливо поєднаної. При дослідженні показників енергетичного обміну та метаболітів гліколізу еритроцитів, активності гліколітичного ферменту – глюкозо-6-фосфатізомерази у дітей віком від 1 до 4 років виявлено, що у разі залізодефіцитної анемії 1-го та 2-го ступенів важкості і відсутності супутніх захворювань має місце підвищення активності показників енергообміну та гліколітичних процесів в еритроциті у порівнянні з практично здоровими дітьми. Збільшується концентрація 2,3-дифосфогліцерату, АТФ, лактату, співвідношення лактат/піруват, активність глюкозо-6-фосфатізомерази. Це пояснюється тим, що у стані гіпоксії поглиблюється енергодефіцит в організмі дитини і компенсаторно активуються метаболічні процеси клітин та одержання енергії для їх функціонування з додаткових джерел. У групі дітей з залізодефіцитною анемією в поєднанні з супутніми захворюваннями показники гліколітичних процесів та обміну еритроцитів мали ще більш глибокі відхилення і виявляли залежність від виду супутньої патології, особливо при ЗДА в поєднанні з бронхолегеневими захворюваннями та кишковими дисбактеріозами.

## МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ КІСТКОВОЇ ТА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ В СУЧАСНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ

*Т.В. Фролова, О.В. Охалкіна, І.Р. Сіняєва, О.П. Медведєва\**  
*Харківський національний медичний університет*  
*\*ННЦ «Фізико-технічний інститут», м. Харків*

Вивчали регіональні особливості мінерального гомеостазу (МГ) у дітей з метаболічною патологією кісткової тканини і дисплазією сполучної тканини (ДСТ). Методом  $\gamma$ -активаційного аналізу вивчено рівень мікроелементів у волоссі 622 дітей віком 9–16 років. Встановлено, що концентрація Р, Mg, та Si у дітей з ДСТ нижча, ніж у дітей без ДСТ, на 15–20% ( $p < 0,05$ ). У дітей з ДСТ і супутньою остеопенією (ОП) має місце зниження рівнів Ca, Mo, Zn, Cu і Se та підвищення накопичення остеотоксичних металів: Al, Sr і Pb ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з групою дітей без ОП. Доведено прямий взаємозв'язок між ступенем важкості ОП і вмістом Al, Sr і Pb ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,05$ ), проте щодо вмісту Ba, Be, Bi, Hg, As і Te достовірних відмінностей не встановлено.

Таким чином, для дітей з метаболічною патологією кісткової тканини і ДСТ, які мешкають у Харківському регіоні, характерними порушеннями МГ є накопичення остеотоксичних металів, зниження вмісту Ca, Mo, Zn, Cu на тлі притаманного для ДСТ зниження рівнів Р, Mg, та Si, тобто підвищення і накопичення у волоссі остеотоксичних металів підвищує ризик розвитку остеопорозу при ДСТ у таких пацієнтів у майбутньому.

## РЕГІОНАЛЬНИЙ МОНІТОРИНГ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ ФОРМУВАННЯ ПІКА КІСТКОВОЇ МАСИ У ДІТЕЙ

*Т.В. Фролова, О.В. Охалкіна, І.Р. Сіняєва, Н.Ф. Стенкова, І.І. Терещенкова*  
*Харківський національний медичний університет*

В останні роки проблема поширення донозологічних розладів, які пов'язані з екологічними та соціальними умовами життя, набуває все більшої актуальності. Шляхом проведення експедиційних досліджень у м. Харкові та районах Харківської області з подальшим

динамічним наглядом в міському лікувально-діагностичному центрі метаболічних захворювань КТ у дітей комплексно обстежено 2123 дитини віком 9–17 років. Встановлено, що поширеність остеопенічних порушень (ОП) у дітей регіону коливається від (14,6±2,3) до (30,3±4,0) % і залежить від віку, статі та району проживання. У 68 % дітей м. Харкова (переважно дівчатка 11–12 років та хлопчики 10–11 років) ОП мала транзиторний характер, тоді як у дітей сільських районів вона складала лише 36 %. Зростовий «спурт» у дівчаток регіону відмічається в 12–13 років, а у хлопчиків в 13–14 років, тому транзиторні ОП в сучасних екологічних умовах повинні розглядатися як донозологічні розлади, до яких слід привертати увагу спеціалістів-педіатрів і сімейних лікарів з метою попередження прогресування стану та розвитку остеопорозу в майбутньому.

## НЕДОСТАТНІСТЬ ЕРИТРОПОЕТИНУ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

*О.Л. Цимбаліста, З.В. Вовк, Т.І. Біда\*, А.Л. Іваненко\*, Л.І. Голотюк\**

*Івано-Франківський державний медичний університет*

*\*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ*

У дітей дошкільного віку з верифікованою залізодефіцитною анемією (ЗДА) з наростанням ступеня важкості захворювання спостерігається значне підвищення вмісту сироваткового ЕПО: від (82,00±15,37) мМО при легкому до (242,51±45,23) мМО при середньому і до (865,31±123,0) мМО при важкому ступені ЗДА у дівчаток. У хлопчиків аналогічно спостерігається приріст сЕПО від (82,57±52,85) мМО при легкому до (205,78±24,13) при середньому і до (799,95±155,52) мМО при важкому ступені захворювання. У 19 % випадків діагностовано рівень сЕПО, нижчий від нормальних величин, – знижений вміст еритропоетину щодо тяжкості ЗДА: до (66,84±9,87) мМО у дівчаток і до (51,5±7,4) мМО у хлопчиків ( $p>0,05$ ). Факторами ризику зниженого рівня сЕПО, за нашими даними, слід вважати знижену регенераторну здатність кісткового мозку (ретикулоцити  $\leq 4,1$  %  $PI<2,2$ ), низький вміст феритину сироватки крові ( $\leq 12$  % нг/мл), коефіцієнт насичення трансферину  $< 2,8$  %.

Вивчено залежність зниженої концентрації ЕПО від типу порушень обміну заліза у дітей, хворих на ЗДА: нормальний варіант розподілу досліджуваних ознак виявлено у дітей контрольної групи. Серед обстежених 121 дитини, хворої на ЗДА, виявили три характерних типи розподілу досліджуваних показників: нормоеритропоетиновий зі зниженими показниками метаболізму заліза; гіпоеритропоетиновий з нормальними та субнормальними показниками обміну заліза; гіпоеритропоетиновий зі зниженими показниками обміну заліза.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ВИКОРИСТАННЯМ АКТИВНОЇ САНАЦІЇ ТРАХЕОБРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА

*О.Л. Цимбаліста, Т.М. Мельник\*, М.В. Глазович\*, О.Д. Шустакевич\*,*

*М.В. Макян\*, О.І. Гаврилюк*

*Івано-Франківський державний медичний університет*

*\*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ*

Проведено аналіз обстеження і лікування 124 дітей у віці від одного до 14 років, яким в процесі комплексного лікування різних форм захворювань органів дихання проводилась бронхоскопія, у тому числі з гострою пневмонією – 92 (74,8 %), хронічним бронхітом (ХБ) – 27 (21,8 %), бронхоектатичною хворобою – 5 (4,2 %). Важкість клінічних проявів пневмонії зумовлена у 79,3 % випадків гнійно-обструктивним синдромом. Рентгенологічно найчастіше діагностували вогнищеву пневмонію (72,8 %), майже у третини пацієнтів (28,2 %) – вогнищєво-зливу. Остання ускладнена ателектазом 2–3 сегментів (17,3 %), емпіємою плеври (7,6 %), абсцедуванням (3,3 %) та бактеріальною деструкцією легень (6,5 %). За характером переважав двобічний гнійний ендобронхіт (70,6 %). У дітей при загостренні ХБ найчастіше діагностували двобічний гнійний ендобронхіт (86,4 %).

У всіх п'яти дітей з бронхоектатичною хворобою в періоді загострення при бронхоскопії діагностовано двобічний гнійний ендобронхіт. Гнійні легеневі ускладнення розвивались у дітей зі зниженою реактивністю організму: у 36,2 % випадків гіпопротеїнемія за рахунок зниження усіх класів імуноглобулінів, у решти – відсутність запальних реакцій у протеїнограмі і лейкограмі. Комплексне лікування поєднувало антибактеріальну терапію препаратами широкого спектра дії, лікувальні бронхоскопії (2–3 на курс), детоксикаційну та у частини дітей замісну імунотерапію внутрішньовенним імуноглобуліном.

### КОРЕКЦІЯ ГІПОФІЗАРНОГО НАНІЗМУ У ДІТЕЙ З ВИКОРИСТАННЯМ РЕКОМБІНАНТНИХ ФОРМ ПРЕПАРАТІВ ГОРМОНУ РОСТУ

*О.Л. Цимбаліста, Н.М. Фоменко, Р.Й. Котурбаш\*,  
Н.В. Чорна\*, О.І. Гаврилюк\*, О.С. Бобрикович  
Івано-Франківський державний медичний університет  
\*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ*

Під спостереженням у диспансері знаходилося 27 дітей з гіпофізарним нанізмом (співвідношення за статтю 1:1). У більшості дітей захворювання маніфестувало у віці від 2 до 5 років. Клінічно у 13 дітей відмічався симптомокомплекс, що характерний для ізольованого дефіциту СТГ. У 10 дітей діагностований пангіпопітуїтарний синдром. У 4 дітей нанізм зумовлений іншими спадковими синдромами: у однієї дитини діагностовано синдром Корнелії Де Ланге, у 2 – гіпохондроплазію та в однієї дитини – сімейну форму нанізму з частковим дефіцитом СТГ. Визначався як базальний рівень секреції СТГ, так і його рівень після стимуляції клофеліном та при фізичному навантаженні. Всім дітям була призначена замісна терапія рекомбінантними препаратами гормону росту (нордитропіном, генотропіном, сайзенон, растаном) у дозі 0,017–0,020 мг/кг на добу впродовж 6 міс. Переносимість препаратів задовільна. Тривалість курсу лікування на даний час складає у більшості дітей від 2 до 5 років.

Практично у всіх дітей досягнута позитивна динаміка росту. Збільшення в рості за один місяць під час курсу лікування складає від 0,5 до 1,0 см, у середньому по всій групі – 0,8 см. Досягнута позитивна динаміка росту у дітей середніх і старших вікових груп супроводжувалася значним поліпшенням психоемоційного стану та якості життя хворих.

### КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗАСТРАВОХІДНИХ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ВІКУ ЗА ДОПОМОГОЮ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО ВНУТРІШНЬОСТРАВОХІДНОГО рН-МОНІТОРИНГУ

*М.О. Шаламай, І.В. Сторожук, Т.Л. Маланіна  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*

Проблемі гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у дітей приділяється багато уваги в теперішній час, що зумовлено її значною поширеністю, рецидивуючим перебігом серед дитячого населення. У частини дітей прояви ГЕРХ мають позастравохідний характер. Механізми їх розвитку пов'язують з мікроаспірацією вмісту шлунка в рото- та носоглотку, дихальні шляхи, подразненням п. vagus. Проаналізовані результати обстеження 40 дітей з атиповими клінічними проявами ГЕРХ віком 11–15 років. У 86 % обстежених дітей кашель був основною скаргою. Частіше він спостерігався у дівчаток і носив нічний та непродуктивний характер. У 80 % випадків кашель виникав при раптовій зміні положення тіла. При проведенні добового стравохідного рН-моніторингу специфічність і чутливість якого складала 82 і 87 %, нами відмічена наявність сильного кореляційного зв'язку атипових симптомів ГЕРХ з епізодами кислих рефлюксів. Наявність зв'язку епізодів кашлю та рефлюксу має більшу діагностичну цінність, ніж загальний час контакту шлункового вмісту зі слизовою оболонкою стра-

воходу. Отже, вчасна діагностика позастравохідних проявів ГЕРХ у дітей старшого віку є актуальною для вирішення питання своєчасного призначення лікування.

## СТРУКТУРНІ ЗМІНИ В КИСНЕВОТРАНСПОРТНІЙ СИСТЕМІ НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ХРОНІЧНУ УТРОБНУ ГІПОКСІЮ

*Л.І. Шевченко, К.В. Розова\*, Н.Я. Митник*

*Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України, м. Київ*

*\*Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, м. Київ*

Дослідження ультраструктурних змін в органах кисневотransпортної системи плодів і новонароджених (плацента, легені та серце) проведені на 40 статевозрілих кролицях масою 3000–3500 г зі строком вагітності 14–15 діб та їх кроленятах, а також на 10 статевозрілих щурах-самицях лінії Вістар масою 250–300 г зі строком вагітності 15–16 діб та їх щуренятах. Хронічну утробну гіпоксію плодів у кролиць створювали за допомогою дозованого двостороннього звуження основних венозних стовбурів, що відходять від рогів матки, яке виконували на 14-ту–15-ту добу вагітності. Хронічну утробну гіпоксію плодів у щурів моделювали починаючи з 15-ї–16-ї доби вагітності і до пологів за допомогою переривчастих гіпоксичних тренувань газовими сумішами, що містили 12 (помірна гіпоксія) та 7 % O<sub>2</sub> в азоті (тяжка гіпоксія), щоденно по 2 години. Вивчення досліджуваних тканин проводили електрономікроскопічним методом на мікроскопі GEM-100 CX (Японія).

У кролиць з моделлю хронічної утробної гіпоксії спостерігалися зміни маточно-плацентарного кровообігу – розвивалася плацентарна недостатність, яка є пусковим механізмом для прояву внутрішньоутробної хронічної гіпоксії плода. Морфологічні дослідження тканин легень і серця новонароджених кроленят також вказували на наявність в організмі проявів утробної гіпоксії. Так, спостерігався набряк клітинних структур, що входять до складу досліджуваних тканин: у легенях набряк охоплював переважно клітини ендотелію, проте потовщеними інколи були клітини епітелію, а також неклітинні елементи інтерстицію. Мітохондрії також були значно порушеними – мав місце набряк органел, дисконплексація крист, вакуолізація (часткова або повна), поява розгалужених мітохондрій. Значні порушення спостерігалися у функціонуванні сурфактантної системи легень: зниженим виявлявся як синтез, так і секреція легеневого сурфактанта. В міокарді також спостерігалися прояви набряку, зокрема кардіоміоцитів – загальний та крайовий. Значно зміненим був і ендотелій кровонесних судин. Мітохондрії зазнавали порушень у плані втрати регулярності крист, вакуолізації та набухання.

Через місяць після народження у щуренят, які зазнали утробної гіпоксії помірного ступеня, спостерігалися відмінності в структурі тканин серця та легенів. Зокрема, спостерігалися активація процесів піноцитозу в епітеліальній стінці капілярів і збільшення кількості вільних рібосом в клітинах тканин легень і серця. Обидві ці особливості можуть свідчити про активний перебіг синтетичних і обмінних процесів у досліджуваних тканинах. При відсутності явних проявів набряку в обох тканинах спостерігалися помітні зміни в мітохондріальному апараті клітин, особливо легеневої тканини. Відмічалася велика кількість везикулярних мітохондрій на тлі зруйнованих (частіше вакуолізованих) форм органел. Було виявлено значну кількість юних форм мітохондрій, що може свідчити про наявність активних адаптаційно-приспосувальних процесів у мітохондріях. Останнє є особливо характерним для тканини міокарда. Відмічалось достовірне посилення морфогенезу мітохондрій, значна кількість яких знаходилась в гіперактивному стані та була перенапружена. Такі зміни можуть відбуватися завдяки конформаційним перебудовам органел, що відповідає змінам енергетичного метаболізму. У щуренят, які перенесли тяжку хронічну утробну гіпоксію, виявлені осередки набряку – найчастіше в ендотелії легеневих капілярів і кардіоміоцитах. Особливо зміненим був мітохондріальний апарат досліджуваних тканин (частіше в тканині легень, дещо рідше – серця). Багато мітохондрій були в стадії руйнування, при якій зберігалася лише зовнішня мітохондріальна мембрана. Частина органел характеризувалася деструкцією крист або різким збільшенням розмірів (утворення енергетично малоактивних мегамітохондрій). Таким чином, проведені дослідження показали, що у новонароджених тварин, які перенесли хронічну утробну гіпоксію, навіть через місяць після народження виявляються структурні зміни в органах, відповідальних за функціонування кисневотransпортної системи організму. Причому тяжка утробна гіпоксія призводить до порушення енергетичного метаболізму, зриву

адаптаційного процесу і розвитку синдрому дезадаптації. Проведені експериментальні дослідження можуть служити підтвердженням того, що хронічна утробна гіпоксія плода суттєво впливає на функціонування кисневотранспортної системи в організмі новонароджених. Це спричиняє порушення процесів ранньої неонатальної адаптації і вимагає проведення у цьому періоді коригуючих заходів.

## АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

*Л.Р. Шостакович-Корецька, Т.А. Гайдук*

*Дніпропетровська державна медична академія*

Артеріальна гіпертензія зберігає свою актуальність в усіх вікових групах. Обстежено 60 дітей з первинною артеріальною гіпертензією (АГ) у віці 14–18 років. Усім дітям проведено добове моніторування артеріального тиску (АТ) та ЕКГ, визначення ліпідного профілю крові та рівня глюкози натщесерце, проведення глюкозотолерантного тесту. Метаболічний синдром (МС) визначався у відповідності до критеріїв Adult Treatment Panel III (АТР ІІІ, 2001). Визначено, що транзиторна АГ спостерігалася у 15,0 % (9 дітей), лабільна – у 38,3 % (23 дитини), стабільна – у 46,7 % (28) дітей. Порушення циркадного ритму АТ відмічалася у 48,3 % (29 дітей) та характеризувалося недостатнім зниженням артеріального тиску вночі (тип non-dipper). Ураження органів-мішенів визначалося у 33,3 % (20 дітей). Ізольована АГ без змін у ліпідному профілі крові спостерігалася тільки у 18,3 % (11) дітей. У 33,3 % (20) дітей було діагностовано метаболічний синдром, причому комбінація 3 компонентів спостерігалася у 25,0 % (15) дітей, 4 компонентів – у 5,0 % (3), 5 – у 3,3 % (2) дітей.

Найбільш часто АГ існувала одночасно з наявністю надлишку маси тіла (50,0 %), гіпертригліцеридемією (28,3 %), зниженням рівня ліпопротеїдів високої щільності (11,3 % дітей). Підвищення рівнів загального холестерину відмічалася у 11,2 % дітей, ліпопротеїдів низької щільності – у 5,0 % і ліпопротеїдів дуже низької щільності – у 2,0 % дітей. Комбінація двох компонентів МС (АГ у поєднанні з надлишком маси тіла) спостерігалася у 28,3 % (17) дітей.

Таким чином, отримані дані свідчать про актуальність ранньої діагностики АГ у дітей, необхідність зміни тактики педіатричного нагляду: впровадження рутинного контролю АТ та стану органів-мішенів, оцінки факторів ризику.

## РОЛЬ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАХОДІВ ПЕДІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

*І.Д. Шкробанець, Ю.М. Нечитайло*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Інформатизація сучасного суспільства швидко змінює стиль життя суспільства та інтенсивно втілюється навіть у таку консервативну галузь, як охорона здоров'я. В багатьох країнах із розвинутою інфраструктурою медицини набувають популярності спеціальні інформаційні технології (НІТ – health information technology). Вони включають сучасні засоби комунікації, електронні бази медичних реєстрів і медичної статистики, методи та засоби розрахунків балансу вартості і ефективності діагностичних і лікувальних заходів тощо. На основі анкетування визначали поширеність сучасних інформаційно-комунікаційних засобів у повсякденній діяльності лікарів-педіатрів Чернівецької області. Серед опитаних 120 лікарів міста та області мобільними телефонами користуються 96 % лікарів-педіатрів, до Інтернету мають доступ 37 %. У професійній діяльності консультуються по робочому телефону із колегами 59 % лікарів, мобільними телефонами – 72 %, домашніми у позаробочий час – 34 %. Телефон став також засобом комунікації із пацієнтами у 36 % лікарів. У той же час спілкування електронною поштою практикують тільки 3,2 % лікарів, а електронними реєстрами користуються лікарі тільки однієї медичної установи. Жоден педіатр не користується кохрановськими чи іншими комп'ютерними базами даних «доказової медицини». Таким чином, сучасні інформаційні технології починають функціонувати і у нашій медичній системі, але вони носять спонтанний характер і практично не впливають на прийняття управлінських рішень чи підвищення рівня доказовості методів діагностики чи лікування.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРАТЕГИИ ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

*Е.Н. Щербинская*

*Киевская городская детская клиническая больница № 7*

Всемирной организацией здравоохранения в сотрудничестве с ЮНИСЕФ была разработана стратегия «Интегрированное ведение болезней детского возраста», целью которой является снижение частоты и тяжести заболеваний, инвалидности и смертности, а также вклад в улучшение роста и развития детей. Для практической педиатрии наиболее важными ее следующие принципы: все больные дети должны быть обследованы на наличие «общих признаков опасности», всех больных детей следует рутинно оценивать по основным симптомам и рутинно проводить оценку статуса питания, прививочного статуса, проблем кормления, а также других возможных проблем у детей.

Важна проверка на следующие признаки опасности больного ребенка в возрасте от 2 мес до 5 лет: 1) судороги; 2) летаргия/без сознания; 3) не может пить/сосать грудь; 4) рвота. Оценка основных симптомов: 1) кашель/затрудненное дыхание; 2) диарея; 3) лихорадка; 4) проблема с ушами. Например, для оценки больного ребенка с кашлем или затрудненным дыханием особенно важно использовать следующие три клинических признака: частота дыхания, втяжение нижней стенки грудной клетки, стридор.

Ни один клинический признак не обладает лучшим сочетанием чувствительности и специфичности для выявления пневмонии у детей в возрасте младше 5 лет, чем учащенное дыхание. Пороговые значения для определения учащенного дыхания зависят от возраста ребенка: от 2 до 12 мес – 50 дыхательных движений в минуту и более, от 12 мес до 5 лет – частота дыхания 40 в минуту и более.

Основываясь на сочетании перечисленных признаков, детей с кашлем или затрудненным заболеванием можно классифицировать по трем следующим категориям: 1) дети, нуждающиеся в направлении в стационар, с возможной тяжелой пневмонией или очень тяжелым заболеванием; 2) дети, нуждающиеся в амбулаторном лечении с помощью антибактериальных препаратов вследствие высокой вероятности наличия у них бактериальной пневмонии; 3) дети, у которых кашель или простуда и которые не нуждаются в лечении с помощью антибактериальных препаратов.

## ВПЛИВ СТЕП-ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

*Т.П. Щотка*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2*

Під наглядом знаходилися 45 дітей у віці 6–14 років, які були розподілені на три групи за терапією, яку вони отримували: 1-ша – «step up»-терапію, 2-га – «step down»-терапію, 3-тя – терапію лише під час загострення бронхіальної астми. Для визначення якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму використовували адаптовані опитувальники. Показники якості життя визначалися на початку дослідження, через 3 міс та через 9 міс.

Зроблено висновки, що якість життя дітей, які отримували «step down»-терапію бронхіальної астми та в динаміці спостерігалися дитячим алергологом, була, за даними статистичного аналізу, вірогідно вищою, ніж якість життя дітей, які отримували лише епізодичну терапію. Показники якості життя дітей, які отримували «step up»-терапію бронхіальної астми, були вищі, ніж у дітей 3-ї групи, але нижчі, ніж у дітей 2-ї групи.

## ВИЗНАЧЕННЯ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО КАТІОННОГО ПРОТЕЇНУ У ДІТЕЙ У ВІЦІ ДО ТРЬОХ РОКІВ ДЛЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

*Т.П. Щотка*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2*

Під спостереженням знаходилося 50 дітей у віці від 6 міс до 3 років, які мали в анамнезі рецидивуючий бронхообструктивний синдром. Крім загальноприйнятого клініко-лабораторно-інструментального обстеження, додатково визначався еозинофільний катіонний протеїн та IgE у сироватці крові. Групу контролю склали 15 дітей того ж віку. У 25 дітей був виявлений рівень еозинофільного катіонного протеїну вище 24 нг/мл, при цьому загальний IgE був підвищений лише у 12 дітей. У 15 пацієнтів знайдено IgE до *Mycoplasma pneumoniae*. Так, діти з підвищеним рівнем еозинофільного катіонного протеїну та відповідними проявами з боку клінічної симптоматики, функції зовнішнього дихання отримували протиастматичну терапію та спостерігалися нами протягом одного року в динаміці.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ПЫЛЬЦЕВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Д.А. Ярцева*

*Запорожский государственный медицинский университет*

До сих пор остаются открытыми вопросы этиологии, особенностей патогенеза, клиники, причины вовлечения в процесс нижних дыхательных путей при пыльцевой аллергии у детей.

Вявлены некоторые особенности в формировании пыльцевой аллергии у детей: перенесенный в детстве коклюш достоверно повышает риск развития полленовой БА; изолированное течение астмы не отмечено ни у кого из детей, в то же время выявлено частое сочетание БА и сезонного ринита, что согласуется с данными литературы. У детей с пыльцевой сенсibilизацией преобладает легкое интермиттирующее течение БА, в то время как у детей с другими видами сенсibilизации – персистирующее среднетяжелое течение. Дебют заболевания у детей с полленовой астмой достоверно чаще характеризуется внезапностью начала, частыми обструктивными бронхитами в анамнезе, а также провоцируется изменениями погоды и временем возникновения симптомов при выходе на улицу.

Исследование функций внешнего дыхания показало, что при пыльцевой астме наблюдается смешанный тип дыхательных расстройств, в отличие от астмы, обусловленной другими видами гиперчувствительности.

## ЗМІСТ

<b>О.П. Волосовець, С.П. Кривопустов, Л.В. Терещенко, Г.В. Шафаренко, О.Ф. Черній.</b> <i>Віктор Михайлович Сідельников: життєвий шлях лікаря, вченого, педагога, громадянина</i> .....	7
--	---

## ДОПОВІДІ

<b>О.П. Волосовець.</b> <i>Стан і перспективи дитячої кардіоревматологічної служби України</i> .....	16
<b>А.П. Волосовець, С.П. Кривопустов.</b> <i>Пероральні цефалоспорины в практиці стаціонарної і амбулаторної педіатрії</i> .....	21
<b>А.Е. Абатуров.</b> <i>Значення модифікації активності і рецепції цитокінів в медикаментозному контролі течення бронхіальної астми</i> .....	26
<b>М.Л. Аряєв, Н.В. Котова, О.О. Старець.</b> <i>Фактори ризику перинатальної трансмісії ВІЛ і прогресування ВІЛ-інфекції у дітей</i> .....	31
<b>Ю.К. Більбот, Т.А. Бордій, С.В. Аліфанова, О.М. Таран.</b> <i>Сучасний погляд на застосування індукторів інтерферону при респіраторній патології у дітей</i> .....	34
<b>Т.П. Борисова.</b> <i>Рациональные подходы к терапии и профилактике инфекции мочевой системы у детей</i> .....	39
<b>Т.М. Волосовець.</b> <i>Попередження рецидивів клінічних проявів запальних захворювань тканин пародонта, асоційованих з персистуючою вірусною інфекцією в порожнині рота у хворих-вірусоносіїв</i> .....	43
<b>Н.Н. Каладзе, Н.В. Савелко.</b> <i>Состояние гормональной регуляции обмена кальция у больных ювенильным ревматоидным артритом</i> .....	47
<b>Н.Н. Каладзе, Е.В. Титова.</b> <i>Факторы риска формирования остеопении у детей с хроническим пиелонефритом</i> .....	52
<b>В.С. Приходько, А.С. Сенаторова, Е.В. Сергиенко, Х.Н. Какабадзе.</b> <i>Заболевания миокарда у детей раннего возраста. 20 лет спустя</i> .....	60
<b>Е.В. Прохоров.</b> <i>Вопросы терминологии и диагностических критериев ювенильного ревматоидного артрита</i> .....	67
<b>Г.Э. Сухарева.</b> <i>Взаимосвязь коарктации аорты у детей с сочетанной сосудистой патологией шеи и головы</i> .....	71
<b>Е.И. Юлиш, И.В. Балычевцева, С.Г. Гадецкая, С.И. Вакуленко.</b> <i>Новый подход к лечению детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом, ассоциированным с персистирующими внутриклеточными инфекциями</i> .....	75
<b>Е.И. Юлиш, О.Е. Чернышева, С.Я. Ярошенко, Е.И. Абилова.</b> <i>Персистирующая внутриклеточная инфекция – фактор, влияющий на смертность и состояние здоровья детей</i> .....	79

## ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

<b>Д.Р. Андрійчук, Т.В. Сорокман.</b> <i>Патогенетичне значення оксиду азоту в розвитку виразкового процесу гастродуоденальної зони у дітей</i> .....	86
<b>Н.В. Банадига.</b> <i>Диференційна діагностика уражень підшлункової залози</i> .....	86
<b>В.В. Безрук, Ю.М. Нечитайло, О.В. Макарова.</b> <i>Проблема інфекцій сечовидільної системи у дітей</i> .....	87
<b>Ю.В. Белоусов.</b> <i>Бактериальная транслокация и гепатобилиарная система: клинические проявления и принципы коррекции</i> .....	87



<b>О.Ю. Белоусова.</b> Хронічний неспецифічний невиразковий коліт у дітей: критерії діагностики та принципи лікування .....	87
<b>В.В. Бережний, Т.В. Марушко.</b> Особливості клінічного перебігу та терапії ювенільного ревматоїдного артриту у хворих із дисплазією сполучної тканини .....	88
<b>В.В. Бережний, Ю.І. Тодика.</b> Визначення маркерів кісткового обміну у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом .....	88
<b>В.В. Бережний, Н.І. Токарчук, Г.Ю. Звенігородська.</b> Особливості гормонального стану дітей першого року життя .....	89
<b>Л.В. Беш, О.І. Мацюра, О.М. Беш.</b> Аналіз помилок в лікуванні бронхіальної астми у дітей: погляд крізь призму часу .....	89
<b>Н.В. Богатова, М.М. Каладзе.</b> Нейроендокринні показники реактивності організму дітей з ювенільним ревматоїдним артритом .....	90
<b>В.М. Богомаз, С.Н. Горолевич, А.О. Рацупкин, Е.В. Фещенко.</b> Опыт внедрения «Клинического протокола медицинского наблюдения за здоровым ребенком в возрасте до трех лет» в практику детской поликлиники .....	90
<b>В.М. Буряк, Р.Ф. Махматов.</b> Динаміка функціональної активності стовбурових структур мозку під впливом оксигенобаротерапії у дітей з артеріальною гіпотензією .....	91
<b>О.Г. Буряк, Н.О. Попелюк.</b> Вплив надмірної нейтрофільної активації на стан лейкоцитів у новонароджених при окисному стресі .....	91
<b>Л.І. Вакулєнко.</b> Клінічні варіанти перебігу пієлонефриту у дітей .....	91
<b>С.М. Віничук, А.О. Волосовець.</b> Особливості клінічної діагностики нейрогенної ротоглоткової дисфагії в гострому періоді мозкового інсульту .....	92
<b>А.В. Возняк, С.Л. Няньковський.</b> Рівень магнію в сироватці крові у дітей з функціональними розладами вегетативної нервової системи .....	92
<b>О.П. Волосовець, С.П. Кривопустов, М.М. Сребний, О.Л. Дзюба, О.Ф. Черній.</b> Удосконалення післядипломної підготовки лікарів-педіатрів .....	93
<b>О.П. Волосовець, С.П. Кривопустов, О.Ф. Черній, В.Г. Мигаль, Ю.О. Марценюк, О.Л. Ковальчук, К.М. Ковбаско.</b> Впровадження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до трьох років у навчальний процес .....	93
<b>О.П. Волосовець, І.О. Логінова, Н.С. Печура, Т.І. Шевцова, Л.Л. Семенюк, Ю.В. Ткаченко.</b> Досвід клінічного спостереження та ведення новонароджених від матерів з ВІЛ на етапі пологового будинку .....	94
<b>О.П. Волосовець, С.П. Кривопустов, І.О. Логінова, Н.С. Печура, Т.І. Шевцова, Ю.В. Ткаченко, А.В. Правдюк.</b> Пери- та інтравентрикулярні крововиливи у недоношених дітей: деякі чинники розвитку .....	94
<b>А.П. Волосовець, С.П. Кривопустов.</b> Макролиды в клинической практике современной педиатрии .....	95
<b>А.П. Волосовець.</b> Проблема астении у детей и поиск путей ее решения .....	95
<b>А.П. Волосовець, С.П. Кривопустов.</b> Современные подходы к лечению бронхита у детей .....	96
<b>А.П. Волосовець.</b> Воспаление и боль: современные подходы к лечению в педиатрии и детской кардиоревматологии .....	97
<b>О.П. Волосовець, Ю.В. Марушко.</b> Засвоєння навичок надання невідкладної допомоги – складова формування особистості лікаря .....	97
<b>О.М. Волошин, Б.О. Безкаравайний, Г.Г. Бондаренко, Л.І. Паталахіна.</b> Взаємозв'язок недиференційованої дисплазії сполучної тканини і дефіциту магнію у дітей .....	98
<b>О.Н. Герасименко, А.Е. Абатуров.</b> Клинико-патогенетические особенности гастродуоденальной патологии у детей, ассоциированной с <i>Helicobacter pylori</i> .....	98

<b>Ю.Б. Гречанина, О.В. Васильєва.</b> Мітохондріальна недостатність у дітей з хронічними захворюваннями органів травлення .....	98
<b>Н.В. Григорчук, В.С. Олійник, Л.М. Булат.</b> Герпетична інфекція – деякі особливості її реабілітації у дітей грудного віку .....	99
<b>О.В. Дружина.</b> Порушення метаболічних процесів у міокарді у новонароджених з гемолітичною хворобою .....	99
<b>В.М. Дудник.</b> Сучасні погляди на анемію у дітей .....	100
<b>И.Б. Ершова, Т.В. Ширина, Н.А. Белых, А.А. Мочалова.</b> Ацетонемические состояния в педиатрической практике .....	100
<b>О.В. Зубаренко, Т.В. Стоєва.</b> Особливості урофлоуметрії при кристалуричних нефропатіях у дітей .....	101
<b>С.Г. Іванусь, К.Д. Дука.</b> Методи корекції мітохондріальних дисфункцій у дітей із вторинними кардіоміопатіями на тлі хронічної бронхолегеневої патології .....	101
<b>О.Г. Іванько.</b> Симетикон при остром аппендиците и функциональной абдоминальной боли у детей .....	101
<b>С.І. Ільченко, К.Д. Дука.</b> Формування рецидивуючих і хронічних захворювань органів дихання у дітей підліткового віку .....	102
<b>Е.К. Каблуківа, Акрам Слиміє.</b> Клеточные механизмы формирования хронического гломерулонефрита у детей .....	102
<b>Н.Н. Каладзе, Е.М. Соболева, А.В. Юрьєва.</b> Эффективность использования метода биорезонансной вибростимуляции в реабилитации детей с бронхиальной астмой .....	103
<b>Н.Н. Каладзе, И.В. Кармазина, Е.М. Мельцева, Л.И. Семенова.</b> Коррекция нарушенной структурно-функционального состояния костной ткани у детей с гемобластозами на санаторно-курортном этапе .....	103
<b>Н.Н. Каладзе, Л.А. Семеренко, Н.А. Ревенко, Т.М. Дусалєєва.</b> Динамика состояния нейроэндокринной регуляции у детей с экстрасистолической аритмией и синусовой дисфункцией в процессе санаторно-курортной реабилитации .....	104
<b>Н.Н. Каладзе, Н.Н. Скоромная.</b> Изменение показателей адренокортикотропного гормона и кортизола у больных ювенильным ревматоидным артритом .....	104
<b>А.В. Каменчик.</b> Динамічна структура вроджених вад серця у дітей у Запорізькій області .....	105
<b>О.В. Катілов, Д.В. Дмитрієв, О.В. Мазулов.</b> Постназальний синдром затікання слизу в практиці педіатра .....	105
<b>О.В. Катілов, О.В. Мазулов, Д.В. Дмитрієв.</b> Досвід використання сучасних технологій в процесі викладання педіатрії .....	105
<b>Л.В. Квашніна, В.П. Родіонов, В.В. Матвійчук.</b> Показники локального імунітету носоглотки у здорових дітей молодшого віку та засоби його корекції .....	106
<b>В.О. Кондратьєв, О.В. Єгоренко, М.В. Ширікіна.</b> Діагностичні можливості добового моніторингу функції зовнішнього дихання у дітей .....	106
<b>В.О. Кондратьєв, Л.П. Бадогіна.</b> Особливості серцевої діяльності у здорових дітей першого року життя .....	107
<b>М.М. Коренєв, Г.О. Бориско, А.І. Бутенко, В.Л. Кашіна.</b> Фактори, які впливають на формування здоров'я підлітків із сімей ліквідаторів наслідків Чорнобильської катастрофи .....	107
<b>Ю.С. Коржинський, А.Є. Лісний.</b> Чи існує зв'язок між рівнем цинку в організмі та вертикальною передачею ВІЛ? .....	107

<i>С.П. Кривоустов. Клиническое значение цефтриаксона/сульбактама в педиатрии .....</i>	<i>108</i>
<i>С.П. Кривоустов, А.И. Молочек, П.М. Попивчак, Е.Н. Щербинская. Оптимизация лечения острого ринита у детей .....</i>	<i>108</i>
<i>С.П. Кривоустов. Клиническое значение комбинированного применения Lactobacillus и витаминов B<sub>9</sub>, B<sub>12</sub> в современной педиатрии .....</i>	<i>109</i>
<i>С.П. Кривоустов. Доказательная база клинического применения Saccharomyces boulardii в практике современной педиатрии .....</i>	<i>109</i>
<i>С.П. Кривоустов. Комбинированное применение сиропа «Трайфед экспекторант» и препарата «Цефодокс» у детей с патологией дыхательной системы .....</i>	<i>110</i>
<i>С.П. Кривоустов. Клиническое значение блокаторов H<sub>1</sub>-рецепторов в практике детской аллергологии и педиатрии .....</i>	<i>110</i>
<i>А.С. Кривоустов. Педиатрические аспекты формирования кардиоваскулярной патологии взрослых .....</i>	<i>111</i>
<i>Н.С. Кривоустов. Использование информационных технологий для образовательного и научного поиска в современной медицине .....</i>	<i>111</i>
<i>Т.О. Крючко, О.Я. Ткаченко. Антибиотикотерапія та антибіотикорезистентність – один погляд на дві проблеми .....</i>	<i>112</i>
<i>Т.О. Крючко, Ю.М. Кінаш. Профілактика рецидивів і комплексне лікування дітей молодшого віку з рецидивуючим бронхітом .....</i>	<i>113</i>
<i>А.Я. Кузьменко, О.М. Руднев, В.Г. Мизаль. Програма викладання педіатрії студентам 6-го курсу медичного факультету зі спеціальності «Лікувальна справа» .....</i>	<i>113</i>
<i>М.Е. Кутькин. Отдаленные результаты санаторно-курортной реабилитации детей с экзависимой патологией .....</i>	<i>113</i>
<i>В.Ф. Лапшин, Т.Р. Уманець, А.Б. Семіног, Л.С. Степанова, Л.С. Вербицька, А.В. Кухарська, О.П. Беляев. Ефективність нових спеціальних харчових продуктів у лікувально-профілактичному комплексі дітей з хронічним гастродуоденітом і рецидивуючим бронхітом в процесі реабілітації .....</i>	<i>114</i>
<i>О.М. Лебединець, Ю.Г. Резніченко. Профілактика респіраторних захворювань у дітей – мешканців великого промислового міста .....</i>	<i>114</i>
<i>Г.О. Леженко, О.С. Пашкова. Особливості електрокардіографічної картини у дітей, хворих на муковісцидоз .....</i>	<i>115</i>
<i>Г.О. Леженко, О.М. Чакмазова, О.С.Пашкова. Стан окислювальної модифікації білків у дітей, хворих на цукровий діабет .....</i>	<i>115</i>
<i>Г.О. Леженко, О.М. Гиря, Т.В. Борисенко. Підходи до діагностики кардіальної патології у дітей раннього віку з вродженою цитомегалією .....</i>	<i>115</i>
<i>Б.С. Литвин, А.П. Бурлака, М.В. Хайтович. Вплив церебролізину на металозалежні процеси ліпопероксидації у дітей з вегетативними дисфункціями .....</i>	<i>116</i>
<i>А.М. Лобода. Зміни активності лактатдегідрогенази при гострому пієлонефриті у дітей .....</i>	<i>116</i>
<i>О.М. Лук'янова, В.С. Березенко, А.Г. Ципкун. Спосіб медикаментозного стримування фіброгенезу у дітей з хронічними вірусними гепатитами .....</i>	<i>116</i>
<i>О.М. Лук'янова, Ю.Г. Антикін, Л.І. Омельченко. Актуальні питання превентивної педіатрії в аспекті збереження здоров'я людей .....</i>	<i>117</i>
<i>Н.І. Макєєва, Г.С. Сенаторова, А.Д. Бойченко, Н.К. Мацієвська, Т.Б. Іщенко. Стан серцево-судинної системи у дітей з хронічним захворюванням нирок .....</i>	<i>117</i>
<i>М.Є. Маменко, Н.А. Бєлих. Програмний підхід до ліквідації дефіциту мікронутрієнтів .....</i>	<i>118</i>

<b>Ю.В. Марушко, Г.Г. Шеф, О.В. Лисовець, Т.В. Марушко.</b> Проблеми терапії стрептококового тонзиліту у дітей .....	118
<b>С.О. Мокія-Сербіна, Н.В. Василенко, В.В. Чечель.</b> Особливості біологічної та інтелектуальної зрілості дітей старшого дошкільного віку при наявності дефіциту заліза .....	118
<b>Т.С. Мороз.</b> Сучасні способи вивчення дисфункції ендотелію у дітей .....	119
<b>Н.В. Назорна, М.П. Лимаренко.</b> Ефективність різних терапевтичних курсів ріабалу у дітей з функціональними гастроінтестинальними розладами .....	120
<b>Н.В. Назорная, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая, Е.В. Пшеничная, Н.Н. Конопко, О.С. Карташова, Н.А. Четверик.</b> Коррелятивная зависимость видов аритмии и структурных изменений соединительной ткани сердца у детей .....	121
<b>С.М. Недельська, Л.І. Кляцька, І.В. Литвиненко, І.А. Ковальова.</b> Цефікс у лікуванні пієлонефритів у дітей .....	121
<b>С.М. Недельська, Т.С. Шумна, І.В. Солодова, В.І. Мазур, І.М. Пащенко, О.Ю. Павленко.</b> Роль макро- та мікроелементів у формуванні клініко-імунологічного статусу дітей з алергічними захворюваннями .....	121
<b>С.М. Недельська, О.Д. Кузнєцова.</b> Розповсюдженість гіперчутливості до цвільових грибів у дітей з бронхіальною астмою та алергічним ринітом .....	122
<b>З.В. Нестеренко, Г.И. Натальченко, В.Е. Солдатенкова.</b> Особенности клинического течения атипично протекающих пневмоний у детей .....	122
<b>Ю.М. Нечитайло, Н.І. Ковтюк, О.Ю. Нечитайло.</b> Якість життя дітей із хронічною неврологічною патологією .....	123
<b>Д.Ю. Нечитайло, Ю.М. Нечитайло.</b> Механізми впливу перинатальної патології гіпоксично-ішемічного генезу на подальший розвиток дітей .....	123
<b>О.В. Ніколаєва, В.С. Приходько, Г.С. Сенаторова, М.М. Єрмолаєв, О.В.Осипенко, Ферас Абу Халіл, О.В. Омельченко, О.І. Чуб, М.Р. Кузьмінська.</b> Стан ендокринної функції підшлункової залози у дітей з хронічною патологією травної системи .....	123
<b>С.Л. Няньковський, М.С. Яцула.</b> Соматичні аспекти адаптації першокласників до навчання .....	124
<b>Ю.В. Одинець, К.К. Ярова, Г.І. Губіна-Вакулік, Т.В. Горбач, В.О. Головачова.</b> Зміни фосфоліпідного складу крові при нефропатіях у дітей, які мешкають в екологічно несприятливих умовах .....	125
<b>Ю.В. Одинець, А.Ф. Ручко.</b> Атопічний дерматит у дітей: сучасні напрямки ефективної терапії .....	125
<b>Ю.В. Одинець, О.В. Кононенко.</b> Асиметричний диметиларгінін та діагностика хронічної хвороби нирок у дітей .....	125
<b>Ю.В. Одинець, А.Ф. Ручко, А.В. Морозов.</b> Діагностика реактивного артрити у дітей .....	126
<b>В.С. Олійник, Л.М. Булат, Н.В. Григорчук.</b> Особливості неонатального періоду у дітей, які народилися з ризиком внутрішньоутробного інфікування герпесвірусними інфекціями .....	126
<b>С.С. Острополець.</b> Проблема саногенеза в педиатрії .....	127
<b>М.М. Пеший, С.М. Таняньська, В.П. Бойко, В.І. Ільченко, Ю.А. Костенко.</b> Обґрунтування підходів до лікування вегетативної дисфункції у дітей та підлітків .....	127
<b>Н.В. Пілюйко.</b> Особливості генеалогічного анамнезу у дітей, що хворіють на хронічний пієлонефрит .....	128
<b>Н.С. Пицюра.</b> Синдромом аспірації меконія та серцево-судинні розлади у новонароджених .....	128

<b>М.П. Прохорова, О.П. Волосовець, С.П. Кривопустов, Н.Г. Бичкова.</b> Ефективність препарату флавозид у дітей з ГРВІ, ускладненою бронхообструктивним синдромом .....	129
<b>Т.Л. Процюк, О.В. Чирка, Т.В. Потєєва, О.Г. Гулько.</b> Прогностичні критерії розвитку бронхіальної астми у дітей шкільного віку .....	129
<b>Ю.С. П'ятницький.</b> Перспективи вивчення біоактивного засобу на основі порошкового субстрату кріоконсервованої шкіри свині для лікувально-профілактичного використання при соматичних захворюваннях у дітей .....	130
<b>Ю.Г. Резніченко, О.М. Лебединець.</b> Корекція метаболічних порушень міокарда у дітей першого року життя .....	130
<b>О.М. Руднєв, О.О. Руднєв.</b> Застосування препаратів лактулози для лікування та корекції функціональних запорів у дітей .....	131
<b>В.М. Савво, К. В. Панфілов, Т.О. Філонова.</b> Діагностика вторинних кардіоміопатій, асоційованих з хронічним тонзилітом .....	131
<b>В.М. Савво, Т.О. Філонова, К.В. Панфілов.</b> Морфофункціональна характеристика серця при вторинних кардіоміопатіях, асоційованих з хронічним тонзилітом .....	132
<b>В.М. Савво, Ю.В. Сороколат, О.М. Апанасенко.</b> Особливості перебігу пролапсу мітрального клапана у дітей дошкільного віку .....	132
<b>Г.С. Сенаторова, Т.В. Чайченко, Л.Г. Тельнова, Т.В. Лутай.</b> Стан вуглеводного обміну у дітей з метаболічним синдромом .....	133
<b>Г.С. Сенаторова, В.В. Поляков, Н.Р. Бужинська, М.К. Уриваєва.</b> Клініко-функціональний стан серцево-судинної системи у дітей, хворих на бронхіальну астму .....	133
<b>Г.С. Сенаторова, О.О. Різа, Г.Х. Саліхова, Н.Г. Метелецька, Н.М. Федоренко.</b> Перебіг дихальних розладів у дітей в неонатальному періоді та їх виходи .....	133
<b>А.С. Сенаторова, Т.С. Малич, И.Ю. Кондратова, О.Л. Логвинова, С.С. Улько, О.Н. Цюра.</b> Этиологические механизмы формирования осложненной пневмонии у детей раннего возраста .....	134
<b>Г.С. Сенаторова, М.К. Уриваєва, С.М. Білогуров.</b> Можливості поверхневої електрокардіограми в ідентифікації електрофізіологічного механізму пароксизмальних суправентрикулярних тахікардій у дітей .....	134
<b>Г.С. Сенаторова, Л.Г. Тельнова, І.О. Стенкова, Т.В. Чайченко, О.О. Різа, Т.В. Лутай, Н.В. Шульга.</b> Роль герпесвірусної інфекції у розвитку цукрового діабету I типу у дітей .....	135
<b>А.С. Сенаторова, М.А. Гончарь, А.И.Страшок, А.Д. Бойченко.</b> Диагностика миокардиальной дисфункции у детей с врожденными пороками сердца .....	135
<b>Н.І. Сінчук.</b> Алергічні прояви генетичних захворювань .....	136
<b>О.І. Сміян, Н.О. Савельєва-Кулик.</b> Стан клітинного імунітету у дітей з вегетативними дисфункціями із групи радіаційного ризику .....	136
<b>О.І. Сміян, О.Г. Васильєва.</b> Вплив деяких антибактеріальних препаратів на стан кишкової мікрофлори у дітей з негоспітальними пневмоніями .....	136
<b>І.С. Сміян, Г.А. Павлишин.</b> Ефективність застосування метаболічної терапії у новонароджених з проявами перинатальних інфекцій .....	137
<b>Г.Є. Сологуб, О.М. Місюра, М.В. Хайтович.</b> Психологічні аспекти ожиріння у дітей ....	137
<b>Т.В. Сорокман, Л.Г. Паламар, У.Б. Пісік.</b> Визначення варіабельності серцевого ритму методом холтерівського моніторингу в дітей, хворих на виразку ДПК .....	138
<b>В.П. Стельмахівська.</b> Питання шкільної дієтики та профілактичної медицини дитинства в діяльності вітчизняних педіатрів .....	138

<i>Т.В. Стоєва, Г.К. Копійка, М.В. Федін. Прогнозування розвитку нефропатій у дітей з позиції доказової медицини .....</i>	<i>139</i>
<i>Р.М. Товмаш. Роль персистуючої герпетичної інфекції при рецидивуючому бронхіті у дітей .....</i>	<i>139</i>
<i>С.Р. Толмачева. Детская инвалидность как проблема здравоохранения .....</i>	<i>139</i>
<i>О.О. Трояновська, С.Л. Няньковський. Попередження інфекційно-токсичного шоку у дітей з гострою лімфобластною лейкемією під час програмної терапії .....</i>	<i>140</i>
<i>Л.О. Турова, І.В. Тарасова. Забезпеченість есенціальними мікроелементами новонароджених з гіпоксичним ураженням центральної нервової системи важкого ступеня .....</i>	<i>140</i>
<i>О.В. Тяжка, Л.О. Левадна. Роль ранніх профілактично-реабілітаційних заходів для попередження трансформації спадкової алергічної схильності в алергічне захворювання .....</i>	<i>141</i>
<i>О.В. Тяжка, В.І. Боброва. Формування і перебіг хронічної гастродуоденальної патології у дітей .....</i>	<i>141</i>
<i>О.В. Тяжка, Т.В. Починок, Н.І. Горобець, А.О. Горобець, Л.О. Фік. Оцінка гліколітичних процесів і енергетичного обміну еритроцитів у дітей з залізодефіцитною анемією за наявності супутніх захворювань .....</i>	<i>142</i>
<i>Т.В. Фролова, О.В. Охалкіна, І.Р. Сіняєва, О.П. Медведєва. Метаболічні порушення кісткової та сполучної тканини у дітей в сучасних екологічних умовах .....</i>	<i>142</i>
<i>Т.В. Фролова, О.В. Охалкіна, І.Р. Сіняєва, Н.Ф. Стенкова, І.І. Терещенкова. Регіональний моніторинг донозологічних розладів формування піка кісткової маси у дітей .....</i>	<i>142</i>
<i>О.Л. Цимбаліста, З.В. Вовк, Т.І. Біда, А.Л. Іваненко, Л.І. Голотюк. Недостатність еритропоєтину при залізодефіцитній анемії у дітей дошкільного віку .....</i>	<i>143</i>
<i>О.Л. Цимбаліста, Т.М. Мельник, М.В. Глазович, О.Д. Шустакевич, М.В. Макян, О.І. Гаврилюк. Комплексне лікування захворювань бронхолегеневої системи у дітей з використанням активної санації трахеобронхіального дерева .....</i>	<i>143</i>
<i>О.Л. Цимбаліста, Н.М. Фоменко, Р.Й. Котурбаш, Н.В. Чорна, О.І. Гаврилюк, О.С. Бобрікович. Корекція гіпофізарного нанізму у дітей з використанням рекомбінантних форм препаратів гормону росту .....</i>	<i>144</i>
<i>М.О. Шаламай, І.В. Сторожук, Т.Л. Маланіна. Клініко-функціональна характеристика позастравохідних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей старшого віку за допомогою показників добового внутрішньостравохідного рН-моніторингу .....</i>	<i>144</i>
<i>Л.І. Шевченко, К.В. Розова, Н.Я. Митник. Структурні зміни в кисневотранспортній системі новонароджених, що перенесли хронічну утробну гіпоксію .....</i>	<i>145</i>
<i>Л.Р. Шостакович-Корецька, Т.А. Гайдук. Актуальні проблеми артеріальної гіпертензії у дітей .....</i>	<i>146</i>
<i>І.Д. Шкробанець, Ю.М. Нечитайло. Роль інформаційних технологій у підвищенні ефективності заходів педіатричної служби .....</i>	<i>146</i>
<i>Е.Н. Щербинская. Практическое использование стратегии интегрированного ведения болезней детского возраста в современной педиатрии .....</i>	<i>147</i>
<i>Т.П. Щотка. Вплив step-терапії на якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму .....</i>	<i>147</i>
<i>Т.П. Щотка. Визначення еозинофільного катіонного протеїну у дітей у віці до трьох років для ранньої діагностики бронхіальної астми .....</i>	<i>148</i>
<i>Д.А. Ярцева. Клинико-функциональная характеристика детей с пыльцевой бронхиальной астмой .....</i>	<i>148</i>