

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ПЕДІАТРІВ УКРАЇНИ**

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З
СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
ПРИСВЯЧЕНОЇ 210-Й РІЧНИЦІ ХАРКІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**



**20 березня 2015 року
м. Харків**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ПЕДІАТРІВ УКРАЇНИ**

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З
СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ЛІКАРІВ-
ПЕДІАТРІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
ПРИСВЯЧЕНОЇ 210-Й РІЧНИЦІ ХАРКІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**20 березня 2015 року
м. Харків**

УДК: 616-053.2:616.89]-07-08

Проблемні питання діагностики та лікування дітей з соматичною патологією // Матеріали науково-практичної конференції лікарів-педіатрів з міжнародною участю, присвяченої 210-й річниці Харківського національного медичного університету / Під редакцією Одинця Ю.В., Алексеєвої Н.П., Головачової В.О. – Харків, 20 березня 2015 р. – 201 с.

У збірнику наведено результати наукових досліджень з актуальних проблем педіатрії.

©Харківський національний
медичний університет, 2015 р.

**ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА
«ЛИХОРАДОК НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА» У ДЕТЕЙ**
Акинина М.Н., Елоева З.В., Черняк И.В., Гришина И.Я.
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра детских инфекционных болезней

Повышение температуры тела может быть одним из признаков заболеваний инфекционной и соматической природы. Наибольшие затруднения в диагностике болезней представляют случаи так называемых лихорадок неясного генеза (ЛНГ), когда повышение температуры тела является практически единственным проявлением патологического процесса, установить причину которого не удается при первичном обследовании.

Целью работы было выяснение этиологической структуры ЛНГ. Нами проведен анализ результатов обследования 110 детей в возрасте 8 месяцев - 17 лет, поступавших с диагнозом «лихорадка неясного генеза». При тщательном изучении клинико-anamnestических и эпидемиологических данных, анализе результатов лабораторно-инструментального обследования больных с применением бактериологических, серологических методов диагностики, ИФА и ПЦР этиологическая расшифровка заболевания закончилась у 12 детей исключением инфекционной патологии. Инфекционная природа гипертермии выявлена у 98 пациентов в виде стрептококковой моноинфекции (48), сочетания её с герпесвирусной (40), хламидийной и микоплазменной (6), иерсиниозной (3) и аденовирусной (1). Полученные нами результаты согласуются с данными доступной литературы и подтверждают, что лидирующее место в структуре триггерных причин ЛНГ у детей занимают инфекции, а установление их этиологического фактора свидетельствует о доминирующей роли в возникновении подобных состояний у детей стрептококка и/или его сочетаний с другими инфекционными агентами. Поэтому стандарты этиологической расшифровки ЛНГ требуют, на наш взгляд, дальнейшего совершенствования.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СУБЛІНГВАЛЬНОЇ
АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ У
ПОЛІСЕНСИБІЛІЗОВАНИХ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ
АСТМОЮ ПОЄДНАНОЮ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ**

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

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

В останні роки зростає значення в лікуванні atopічних захворювань алерген-специфічної імунотерапії, серед методів якої сублінгвальна алерген-специфічна імунотерапія (СЛАСІТ) у дитячому віці найбільш прийнятна. Проте, до теперішнього часу залишається суперечливою ефективність СЛАСІТ у полі сенсibilізованих дітей.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності СЛАСІТ у полі сенсibilізованих дітей з БА поєднаною з АР. Обстежено 56 дітей у віці від 6 до 14 років з контрольованою БА поєднаною з АР, які обумовлені моно і полі сенсibilізацією. Діти методом рандомізації розподілені на 2 групи: основну – 30 дітей (53,6% – полісенсibilізовані) і групу порівняння – 26 дітей (46,4% – моносенсibilізовані). Всі діти на фоні базисної терапії отримували СЛАСІТ сумішшю кліщів домашнього пилу («SEVAFHARMA» Чехія).

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

Проведені нами дослідження показали, що СЛАСІТ у дітей ефективна як в основній групі (73,3%), так і в групі порівняння (84,6%, $p > 0,05$): регрес симптомів захворювання відмічався через 6 місяців, достовірне зниження алерген-специфічних IgE, підвищення IgG4 – через рік, зниження секреторної еозинофілії через 3 місяця.

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

ПЕРЕБІГ ФЕБРИЛЬНОЇ НЕЙТРОПЕНІЇ У ІМУНОКОМПРОМЕНТОВАНИХ ДІТЕЙ

Артьомова Н.С., Жук Л.А.

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра педіатрії №1 з педепедитикою та неонатологією

Розвиток постцитостатичної нейтропенії при застосуванні стандартних протоколів лікування гематологічної та онкологічної патології у дітей є основним та найбільш загрозливим проявом мієлотоксичності. Застосування поліхіміотерапії (ПХТ) ставить лікаря перед дилемою – дотримуватись дозування та інтенсивності проведення лікування з метою отримання достатнього ефекту від терапії та безрецидивної виживаємості, що беззаперечно призводить до мієлосупресії, або використовувати редукцію дози хіміопрепаратів з метою зменшення проявів токсичності та знизити ефективність від отриманого лікування. Частота летальних випадків, внаслідок розвитку фебрильної нейтропенії (ФН) становить 7-11% (за даними досліджень John Hopkins Hospital), а проведення лікування наслідків цитостатично індукованої нейтропенії збільшує загальну вартість лікування пацієнта від 25 до 40%.

Метою проведеного дослідження слугувало підвищення ефективності визначення частоти інфекційних ускладнень з післяцитостатичною фебрильною нейтропенією у дітей, а також оптимізація алгоритму проведення терапії ФН у дітей, які отримують ПХТ.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 214 випадків ФН у пацієнтів онко-гематологічного відділення Дитячої міської клінічної лікарні міста Полтави. Вік пацієнтів становив від 2 до 15 років. При цьому 46% випадків (n – 98) становили діти з гострим лімфобластним лейкозом, 24.3% (n – 52) пацієнти з лімфогранулематозом (за гістологічною класифікацією з них 31 випадок ФН – у пацієнтів зі склеронодулярним варіантом лімфогранулематозу, 21 – змішано-клітинний варіант), 9.1% досліджуваних випадків становили пацієнти з неходжкінськими лімфомами (n – 20), 20.6% становили діти з солідними пухлинами (n – 44). Наявність нейтропенії констатували за вмістом нейтрофілів при підрахунку абсолютної кількості нейтрофілів (< 1000 – 500кл/мм³, 3 ступінь мієлотоксичності за класифікацією NCIC-CTC), враховувалось наявність ознак інфекційного процесу за даними клініко-анамнестичних даних, бактеріологічних та інструментальних досліджень.

Результати дослідження. Згідно проведених досліджень виявлено, що з загальної кількості ФН 43%(92 випадки) – повторні епізоди хіміотоксичних нейтропеній (з них, 37 пацієнтів з ГЛЛ, 32 – ФН у дітей з ЛГМ, 15 епізодів у дітей з наявністю солідних пухлин, 8 пацієнтів повторних ФН з неходжкінськими лімфомами). Середня тривалість епізоду ФН у дітей з гострим лімфобластним лейкозом становила 6-7 діб, при цьому не виявлено статистично значимої залежності від того первинний чи повторний даний епізод ФН у пацієнта, в інших нозологічних групах 3-4 доби при первинних епізодах ФН із збільшенням тривалості нейтропенії при повторних курсах ПХТ до 5-6 діб у дітей з ЛГМ та солідними пухлинами. Ознаки локального інфекційного вогнища з'являлись в переважній більшості на 3- 4 добу в усіх нозологічних групах, при цьому у 37% виявляли ураження кишкової трубки (стоматит, езофагіт, ентероколіт), 18% (13 випадків) - флебіт та інфекції м'яких тканин, 45% (32 епізоди ФН) мали ускладнення у вигляді ураження респіраторного тракту (синусит, пневмонія), проте практично 143 випадки ФН (67%) мали перебіг без наявності локального інфекційного процесу. Виявлено, що при використанні деконтамінації кишківника перед прогнозованим виникненням нейтропенії на «-1» та «0» день виникнення ФН тривалість епізоду скорочується до 2-3 діб, навіть при використанні інтенсивних режимів ПХТ (у пацієнтів з ЛГМ та неходжкінськими лімфомами, солідними пухлинами) та при повторних випадках ФН у даного пацієнта. Проведення системної антибактеріальної терапії до досягнення рівня нейтрофілів 2000 - 1500кл/мм³ в будь-якій нозологічних груп значно скорочує тривалість епізоду ФН (за умови відсутності локального вогнища)

Висновки. Ймовірність виникнення ФН достовірно вища у пацієнтів з наявністю первинного ураження кістково-мозкового кровотворення (лейкемії) та після отримання повторних курсів ПХТ (ЛГМ, солідні пухлини), тривалість епізоду післяцитостатичної нейтропенії скорочується при проведенні деконтамінації кишкової трубки на «-1» добу прогнозованої нейтропенії до 24- 48 годин, на «0» до 48-72 годин. Застосування системної антибактеріальної терапії до досягнення рівня нейтрофілів більше 2000кл/мм³ при повторних курсах ПХТ та у пацієнтів з лейкеміями, та більше 1500 кл/мм³ в інших нозологічних групах значно скорочує тривалість епізоду ФН та достовірно знижує ризик виникнення інфекційних ускладнень у імунокомпрометованих пацієнтів.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Бабаева Л.А., Маджидов А.К., Ходжаева Н.М., Икромов Т.Ш.

Таджикский государственный медицинский университет
имени Абуали ибни Сино

Кафедры пропедевтики детских болезней и
детских инфекционных болезней

ГОУ Институт последипломного образования в сфере
здравоохранения Республики Таджикистан

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Актуальность. В общей структуре заболеваемости детей за последние годы отмечается возрастание удельного веса инфекций мочевой системы. В 50-65% случаев воспалительные изменения приводят к необратимым повреждениям паренхимы почек с замещением поврежденных областей соединительной тканью, развитием хронической почечной недостаточности и артериальной гипертонии. Общеизвестно, что чаще всего факторами, приводящими к развитию пиелонефрита и способствующими его хронизации, являются обструкция, дисметаболические и другие нарушения. Тем не менее, у 41% детей склерозирование развивается при отсутствии нарушений уродинамики. То есть непосредственной причиной почечного повреждения является именно бактериальная инфекция. Поэтому основной задачей лечения пиелонефрита является ликвидация микробно-воспалительного процесса в почечной ткани и мочевыводящих путях. На сегодняшний день нет единого мнения относительно оптимальной продолжительности лечения антибактериальными препаратами. Клинический опыт свидетельствует о том, что одним из условий рациональной терапии пиелонефрита является разработка индивидуальных схем лечения с учетом свойств макро- и микроорганизмов. Склонность пиелонефрита к длительному, рецидивирующему течению диктует необходимость при оценке эффективности лечения учитывать не только непосредственные результаты, полную достигнутой ремиссии, но и ее длительность.

Целью настоящего исследования явился анализ эффективности лечения детей с первичным хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезней детей, находившихся на лечении в Республиканском детском нефрологическом центре г. Душанбе по поводу первичного хронического пиелонефрита. Все больные с пиелонефритом были разделены на 2 группы. В первую группу вошли

40 детей, которым лечение антибактериальными препаратами проводилось в определенной последовательности в течение 3-х и более месяцев. Во вторую группу вошли 20 детей, которые получали антибактериальную терапию не систематически и не более 1 месяца, преимущественно в период обострения (контрольная группа).

Полученные результаты. В группе больных, которые лечились непрерывно в течение 3-х и более месяцев, ремиссия сроком в 1 год и более была получена у 30 (75%) детей. В этой же группе больных в дальнейшем после непрерывного лечения рецидивы наблюдались в 9 случаях (22,5%). У больных второй группы рецидивы наблюдались в 84,2% случаев.

Динамика признаков активности пиелонефрита служила критерием оценки эффективности антибактериальных препаратов у больных пиелонефритом двух групп: 1) получавших антибактериальные препараты в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры (n=48) и 2) 12 больных, получавших антибактериальные препараты без учета чувствительности микрофлоры (контрольная группа) мочи. Проведенные нами клинические наблюдения подтверждают необходимость применения антибактериальных препаратов с учетом чувствительности к ним микрофлоры мочи. У большинства больных (n=39), что составило 81,25%, которым было проведено полное обследование, препараты назначались в дозе, соответствующей возрасту и массе ребенка, наряду с клиническими признаками пиелонефрита, бактериурия и лейкоцитурия ликвидировались на 6-8 день, что условно расценивалось как проявление начала клинико-лабораторной ремиссии. В тоже время у детей контрольной группы значительно чаще (66,8%) отсутствовал столь ранний эффект от антибактериальной терапии.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные указывают на то, что для поддержания непосредственных результатов лечения в дальнейшем, необходимо непрерывное лечение пиелонефрита в течение 3-х и более месяцев. При соблюдении этого условия рецидивы наблюдаются реже, чем у больных, которым лечение проводилось только в период обострения.

Большое значение в обеспечении эффективности антибактериальной терапии имеет предварительное определения чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам.

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ У ДІТЕЙ - ВИКЛИК БАТЬКАМ ТА ПЕДІАТРАМ

Банадига Н.В., Гаріян Т.В., Томашівська Т.В.
Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Лікування atopічного дерматиту (АД) у дітей складається, в першу чергу, з елімінаційних заходів (усунення алергенних та неалергенних тригерів); лікувально-косметичного догляду за шкірою; призначення зовнішньої протизапальної терапії (усунення свербіжів, відновлення пошкодженого епітелію, лікування вторинної інфекції); а також й у кожному індивідуальному випадку призначення системної фармакотерапії та лікування супутніх захворювань. Окрім цього важливим моментом є навчання дітей та їх батьків й проведення ефективної реабілітації для забезпечення тривалого контролю над захворюванням шляхом запобігання загостренням або зниження їх тяжкості. Батьки хворих дітей мають бути готовими до того, що терапія АД вимагає особливого догляду за шкірою (зволоження та живлення), а також тривалого застосування пом'якшувачів засобів. При урахуванні впливу цієї патології на якість життя пацієнта важливого значення набувають не тільки лікувальні, а й економічні та психосоціальні аспекти. З цією метою клініцисти ввели поняття якості життя, що оцінюється за допомогою різноманітних анкет, шкал та індексів. АД як хронічне рецидивуюче захворювання шкіри супроводжується вираженим свербінням шкірних покривів, тим самим спричиняючи страждання не тільки самим пацієнтам, а й особам, що доглядають за ними. У таких дітей відмічається порушення сну в результаті свербіжів та сухості шкіри. Як наслідок – нестача сну стає причиною зниження успішності в школі, зниженням рухової активності. Психологічні порушення проявляються зміною характеру: такі пацієнти стають боязливими, сором'язливими, у них розвиваються різноманітні комплекси та фобії. Економічний аспект у наш час також є вагомим: сухість шкірних покривів, шкірний свербіж вимагають постійного зовнішнього догляду. Не рідко АД поєднується разом із іншою atopічною патологією – бронхіальною астмою, алергічними ринітом та кон'юнктивітом, а також може ускладнюватися приєднанням грибкової та бактеріальної флори, що в свою чергу вимагає призначення відповідного лікування та збільшує фінансове навантаження на сім'ю пацієнта. Окрім особливої терапії діти з АД потребують спеціальних заходів по догляду (гіпоалергенний побут), дотримання дієтичних рекомендацій (гіпоалергенні дієти), особливих

міроприємств що стосуються зовнішнього середовища (температурний режим, вологість повітря), вибір спеціального одягу і т.і. Вищезгадані аспекти визначають одну вагому особливість цієї патології, що являє собою актуальну соціально-фінансову проблему для пацієнта, його сім'ї, а також для системи охорони здоров'я загалом. Хоча АД не являє загрози для життя, проте сильно знижує його якість та стає вагомим розладом, що призводить до значного погіршення психологічних та фінансових аспектів життєдіяльності хворого.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Беловол А.Н., Князькова И.И., Цыганков А.И., Розумович Б.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии

ГУ «Национальный институт терапии

им. Л.Т.Малой НАМН Украины»

Цель исследования было изучение структурно-функционального состояния сердца и сонных артерий у мужчин 18-25 лет с разным уровнем артериального давления (АД).

Материалы и методы. Обследовано 120 мужчин в возрасте 18-25 лет (средний возраст $21,4 \pm 0,14$ года), направленных на обследование в связи с выявлением повышенного АД. Критериями исключения были: вторичные формы АГ, профессиональные спортсмены, в анамнезе прием антигипертензивных препаратов менее, чем за 3 месяца до включения в исследование, нарушения ритма сердца, функции почек и печени и эндокринная патология. Контрольную группу составили 20 практически здоровых мужчин. Всем обследованным лицам проводили стандартные клинические, биохимические и инструментальные исследования. Проводились измерение клинического АД, суточное мониторирование АД (СМАД), эходоплеркардиография с оценкой диастолической функции левого желудочка, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий.

Результаты. В обследованной группе мужчин 18-25 лет отмечена высокая распространенность факторов риска: курения (56,6%), дислипидемии (20,8%), абдоминального ожирения (18,3%). При этом 1 фактор риска выявлен у 31,6%, 2 фактора риска – 28,3%, 3 и более 21,6%. Критерии метаболического синдрома обнаружены у 15% больных. Стабильная клиническая АГ определена в 81,7% случаев. Повышение клинического АД I степени имели 79,6%, II

степени 18,4% и 2,0% – III степени. При сопоставлении результатов клинического измерения и СМАД отмечено, что частота нормотонии составляет 16,6%, устойчивой АГ 57,5%, неустойчивой АГ 25,9%. Устойчивая АГ в 59,2% была представлена изолированной систолической АГ, в 40,8% - систоло-диастолической АГ. Отмечено, что в сравнении с группой контроля у пациентов с изолированной клинической АГ (ИКАГ) и АГ были существенно выше толщина межжелудочковой перегородки (на 16,7%, $p<0,05$ и 22,2%, $p<0,01$), толщина задней стенки левого желудочка (на 11,2%, $p<0,05$ и 20,2%, $p<0,01$), индекс массы миокарда левого желудочка (на 16,9%, $p<0,05$ и 26,8%, $p<0,01$), и относительная толщина стенок левого желудочка (на 16,7%. $p<0,05$ и 26,9%, $p<0,01$). Концентрическое ремоделирование ЛЖ выявлено у 25,8% пациентов с ИКАГ и в 59,4% случаев с устойчивой АГ. В последней группе у 4,3% больных обнаружена концентрическая гипертрофия левого желудочка. У пациентов с ИКАГ и устойчивой АГ отношение Е/А было на 9,6% ($p<0,05$) и 18,2% ($p<0,05$) ниже, чем в группе контроля. При этом различия были обусловлены более высокими значениями волны А при АГ. Значения толщины комплекса интимы-медиа (КИМ) находились в нормальных пределах (0,9 мм). При этом выявлены ранние структурные изменения стенки сосудов в виде ее утолщения. С увеличением АД происходило достоверное ($p<0,05$) увеличение толщины КИМ на 13,3% и 20% у пациентов с ИКАГ и устойчивой АГ, соответственно. Этому соответствовало нарушение эластичных свойств артерий, о чем свидетельствовало уменьшение коэффициента растяжимости (DC) (на 33,3%, $p>0,05$ и 41,7%, $p<0,05$) и коэффициента эластичности (на 13,9%, $p>0,05$ и 30,5%, $p<0,05$), увеличение модуля Юнга (на 16,7%, $p>0,05$ и 26,2%, $p<0,05$) и модуля Петерсона (на 8,3%, $p>0,05$ и 41,6%, $p<0,05$) общей сонной артерии в сравнении с группой контроля.

Таким образом, в популяции мужчин 18-25 лет с анамнезом повышения АД первыми факторами риска являются курение, дислипидемия и абдоминальное ожирение. С увеличением уровня АД у молодых мужчин наблюдается ремоделирование левого желудочка и нарушение его диастолической функции, а также признаки ремоделирования сонных артерий в виде увеличения КИМ и повышения жесткости стенки.

КОМОРБИДНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ

Белюсова О.Ю., Каафарани А.М., Савицкая Е.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии

Коморбидность при заболеваниях органов пищеварения широко освещается в литературе – сочетанное поражение органов гастродуоденальной зоны и гепатобилиарной системы, пищевода, кишечника является одной из отличительных особенностей течения заболеваний пищеварительной системы у детей, что требует тщательной диагностики и адекватной терапии сочетанных нарушений. Особенно интересной представляется взаимосвязь патологии желудочно-кишечного тракта и метаболических нарушений, корни которых уходят в детский и подростковый возраст.

Поджелудочная железа играет огромную роль в деятельности организма ребенка, определяя не только состояние эндокринной функции обуславливая возможность развития сахарного диабета, но и определяя экзокринную функцию, выпадение или снижение которой вызывает мальбассимиляцию, что в свою очередь приводит к метаболическим расстройствам. Особенно ярко поражения поджелудочной железы проявляются у подростков, имеющих избыточную массу тела или страдающих ожирением. Ранее считалось, что избыточное накопление висцерального жира и сопутствующее ему воспаление в основном ассоциированы с неалкогольной жировой дистрофией печени и холедохохолелитиазом, однако научные исследования последних лет показали, что дети, страдающие ожирением, имеют склонность к развитию не только липидного дистресс-синдрома или развитию неалкогольной жировой болезни печени, но и к аналогичным поражениям со стороны поджелудочной железы, а именно к развитию стеатоза поджелудочной железы. Стеатоз (стеатопанкреатит) относится к состояниям, которые рассматривают как один из этиологических факторов формирования хронического панкреатита, и эта патология вызывает в последнее время все больший интерес ученых с позиции развития метаболического синдрома. Поэтому эффективность профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оптимизацию пищевого рациона, борьбу с избыточной массой тела и удельным весом висцерального жира и коррекцию проявлений метаболического синдрома зависит от

слаженности и согласованности работы как эндокринолога, так и детского гастроэнтеролога.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЦИТОПРОТЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Белюсова О.Ю., Павленко Н.В., Волошин К.В.,

Ганзий Е.Б., Савицкая Е.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии

Язвенная болезнь (ЯБ) остается наиболее серьезной патологией гастродуоденальной зоны (ГДЗ) у детей, сочетающей в себе наивысшее проявление хронического воспалительного процесса с изъязвлением слизистой оболочки (СО) желудка и ДПК. ЯБ характеризуется рецидивирующим течением и возможностью осложнений, приводя к инвалидизации подростков и взрослых, ограничивая социальную адаптацию. Более 2% детского населения Украины страдают данной нозологической формой.

Лечение ЯБ – сложный последовательный многоступенчатый процесс, не ограничивающийся только эрадикацией *Helicobacter pylori* (НР) инфекции и ингибированием кислотно-пептического фактора. Заживление язв принципиально отличается от регенерации поврежденных других тканей: оно происходит в условиях действия на поверхность дефекта агрессивных факторов (кислотно-пептический, НР-инфекция, желчь, обилие экзогенных воздействий и т.д.). Гастродуоденальная цитопротекция включает большой спектр внутрипросветных и тканевых механизмов, взаимодействие которых обеспечивает целостность СО и ее устойчивость к факторам агрессии.

На кафедре педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии ХМАПО на протяжении многих лет накоплен практический опыт дифференцированного использования разных групп цитопротекторов для полноценного восстановления резистентности и функциональной активности СОЖ и ДПК при изъязвлениях ГДЗ. Препараты с цитопротективными свойствами были распределены по основным механизмам восстановления СОЖ и ДПК на 4 группы: 1 группа – пленкообразующие цитопротекторы, 2 – синтетические аналоги простагландинов и энкефалинов, 3 – ангиопротекторы и активаторы регионарной гемодинамики, 4 – препараты комплексного действия. Они назначались нами дифференцированно, в зависимости от индивидуальных особенностей и преобладающих факторов

повреждения, а также с учетом выраженности сочетанной патологии, сопровождавшей ЯБ (вовлечение пищевода, поджелудочной железы, гепато-билиарной зоны, кишечника). Наиболее востребованными, безопасными, эффективными и удобными в педиатрической практике при лечении ЯБ в последние годы зарекомендовали себя классические пленкообразующие цитопротекторы на основе коллоидного субсалицилата Вi, а также препараты комплексного действия с мощным цитопротективным эффектом: синтетические аналоги энкефалинов, смектиты, комплексные невсасывающиеся антациды, актовегины и ангиопротекторы, многочисленные природные антиоксиданты, а также гвайазулен с диметиконом и альгинаты. Все вышеуказанные препараты активно и всесторонне изучались и с успехом используются в нашей лечебной работе, доказав свою эффективность.

АНАЛІЗ ФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Бобрикович О.С., Гаріджук Л.І., Сем'янчук В.Б., Чорна Н.В.,
Зелінська Л.М.*, Коновалова М.Т.**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра дитячих хвороб ННІ післядипломної освіти

*Обласна дитяча клінічна лікарня м. Івано-Франківськ

Мета: удосконалити діагностику метаболічного синдрому у дітей старшого шкільного віку.

Завдання: вивчити роль функції щитовидної залози у розвитку ожиріння у дітей старшого шкільного віку з проявами метаболічного синдрому.

Матеріали та методи: Обстежено 225 дітей віком від 14 до 18 років (90 – дітей виключно з ожирінням, 135 – дітей з проявами метаболічного синдрому). Всім дітям проведено детальне клінічне обстеження, яке включало вимірювання росту, маси тіла, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ). Для оцінки функціонального стану щитовидної залози визначали сироваткові рівні ТТГ, Т3,Т4. Ступінь збільшення щитоподібної залози оцінювали відповідно до міжнародної класифікації, прийнятої ВООЗ (1994 р.). Також проводилось ультразвукове дослідження (УЗД) щитовидної залози. Для діагностики метаболічного синдрому використовували критерії міжнародної діабетичної федерації адаптовані для дітей. Обробку отриманих результатів проводили з використанням методів медичної статистики і пакету прикладних програм Statistica 7.0 MS Excel.

Результати дослідження: Порівняльний аналіз вмісту ТТГ в сироватці крові у дітей старшого шкільного віку дає можливість констатувати, що при метаболічному синдромі гіпотиреоз діагностовано у два рази частіше (24,4%), ніж у хворих на ожиріння (11,1%, $p < 0,05$). Аналогічно мінімальна тиреоїдна недостатність у дітей з проявами метаболічного синдрому виявлено у 2,8 рази частіше (40%), ніж у дітей, хворих на ожиріння (14,4%, $p < 0,05$). Відповідно нормальні величини ТТГ у сироватці крові у два рази частіше спостерігалось у дітей, хворих на ожиріння (74,5%), ніж у дітей з проявами метаболічного синдрому (35,6%, $p < 0,05$). Виявлений дисбаланс тиреоїдних гормонів у найбільшій мірі спостерігається у дітей з гірських районів проживання: вміст T_4 знижений до $(0,6 \pm 0,05)$ нмоль/л, вміст T_3 – в межах нормальних величин та підвищений рівень ТТГ до $(6,3 \pm 1,6)$ мОД/л. У дітей з передгір'я Карпат показники гормональної функції щитовидної залози знаходились в межах нормальних величин. У дітей, в котрих при наявності зобу виявлено підвищений рівень ТТГ, можна стверджувати про наявність субклінічного гіпотиреозу. Клінічно виражений гіпотиреоз зустрічався відносно рідко серед обстежених дітей.

Висновки: патологія щитовидної залози, а саме її гіпофункція сприяє розвитку метаболічного синдрому, та ускладнює перебіг практично всіх його складових. Тому пропонуємо здійснювати обстеження дітей з факторами ризику розвитку метаболічного синдрому з метою виявлення тиреоїдної патології.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЕФЦИТУ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

*Большот Ю.К., Бордій Т.А., Годяцька К.К., Ульянов В.А.**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології

*КУ «Днепропетровская детская городская

клиническая больница №6» ДООС»

Однією з актуальних проблем клінічної педіатрії на сучасному етапі її розвитку залишається проблема бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей раннього віку. Наряду з такими факторами рецидивування БОС як обтяжений сімейний алергоанамнез, ознаки атопії, стійка еозинофілія великий інтерес представляє рівень забезпеченості вітаміном D (25(OH)D). В ряді досліджень вивчалися численні несkeletalні ефекти вітаміну D, в тому числі його потенційна

роль при захворюваннях органів дихання (Угай та ін., 2012; Brown SD et al., 2012; J. Garsia de Tena et al., 2014). На сьогоднішній день відомо, що більшість органів, включаючи епітеліальні клітини дихальних шляхів та клітини імунної системи, серед яких мононуклеари, дендритні клітини, макрофаги, Т-клітини мають рецептори вітаміну D (VDR). Високі рівні 25(OH)D в сироватці крові асоційовані з підвищенням числа циркулюючих Th₁-клітин, які стимулюють секрецію протизапальних цитокінів (γ -інтерферон, IL-2, IL-12, TNF- α), тоді як зниження сироваткової концентрації 25(OH)D супроводжується активацією імунної відповіді Th₂-направленості, тобто збільшенням популяції IL-4, IL-5, IL-13, які сприяють atopічній реактивності організму. Sabetta et al. (2010) продемонстрували, що концентрація 25(OH)D в сироватці крові 38 нг/мл та вище сприяє зниженню захворюваності гострими респіраторними вірусними інфекціями, включаючи грип, принаймні, протягом осені та зими в помірних зонах. Вітамін D знижує запальну реакцію на RSV-інфекцію в епітелії дихальних шляхів. Останні дослідження показали, що рівень 25(OH)D був значно нижчим у пацієнтів з рецидивуючим БОС та позитивним прогностичним індексом розвитку астми (API) порівняно з пацієнтами, які не мали рецидивуючого БОС та мали негативний API (M. Uysalol et al., 2014). Цільова концентрація 25(OH)D в сироватці крові дітей повинна відповідати рівню понад 30 нг/мл для забезпечення всіх позитивних впливів цього вітаміну на організм. Дефіцит вітаміну D, тобто зниження концентрації 25(OH)D в крові нижче, ніж 20 нг/мл, може сприяти розвитку тяжкого та рецидивуючого перебігу БОС. Таким чином, визначення сироваткового рівню 25(OH)D у дітей раннього віку при рецидивуючому перебігу бронхообструкції та застосування його в якості ад'ювантної терапії при виявленні дефіциту або недостатності може бути корисним. Усі механізми впливу вітаміну D на легеневу функцію при БОС вивчені недостатньо, що потребує проведення подальших досліджень.

**СТАН МІСЦЕВОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК
ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ПОВТОРНИХ
БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ГРВІ У ДІТЕЙ ТА
ОПТИМІЗАЦІЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ГРВІ**

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

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології

Враховуючи високу розповсюдженість ГРВІ серед дітей та схильність певної групи дітей до повторних бактеріальних ускладнень ГРВІ, метою дослідження стало вивчення стану місцевої резистентності слизових оболонок верхніх дихальних шляхів (ВДШ) при бактеріальних ускладненнях ГРВІ.

Обстежено 104 дитини з бактеріальними ускладненнями ГРВІ: гострим гнійним середнім отитом або ріносинуситом. І групу дослідження складало 64 дитини з частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ 2 та менше випадки протягом останнього року, II – 40 дітей з частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ 3 та більше епізоди за рік. Визначались в динаміці рівні людського кателіцидину (LL-37), секреторного імуноглобуліну А (sIgA), лізоциму та лактоферину в ротоглотковому секреті. Референтні показники отримані у 30 умовно здорових дітей.

Тривалість інтоксикаційного та катарального синдромів, а також загальна тривалість захворювання у дітей II групи вірогідно перевищувала таку в I групі ($3,85 \pm 0,21$ проти $3,47 \pm 0,15$ дні; $6,61 \pm 0,42$ проти $4,47 \pm 0,56$ дні; $12,05 \pm 1,01$ проти $9,22 \pm 0,95$ дні відповідно, $p < 0,05$).

Концентрації LL-37 і лактоферину в ротоглотковому секреті у дітей I та II груп дослідження на початку розвитку бактеріального процесу не відрізнялись (LL-37 - $65,68 \pm 7,20$ нг/мл та $46,75 \pm 6,93$ нг/мл; лактоферин - $64,11 \pm 3,24$ мкг/мл та $53,93 \pm 3,77$ мкг/мл відповідно в I і II групі, $p > 0,05$) та вірогідно перевищували контрольні значення і рівні, визначені в інтеркурентному періоді. Подібна динаміка була характерна і для рівня sIgA. Вміст лізоциму у дітей II групи був вірогідно нижчим порівняно з I групою і контрольними значеннями як на початку розвитку бактеріального процесу ($21,84 \pm 2,12$ пг/мл в II групі проти $36,94 \pm 2,60$ пг/мл в I групі і $37,72 \pm 2,23$ пг/мл в контролі, $p < 0,001$), так і в інтеркурентному періоді ($19,29 \pm 1,33$ пг/мл проти $26,24 \pm 1,85$ пг/мл в I групі, $p < 0,05$), а наприкінці захворювання був співставним з контрольними значеннями і також вірогідно нижчим за

показники I групи (48,26±3,29 пг/мл проти 64,72±2,93 пг/мл в I групі, $p < 0,01$).

У дітей, схильних до повторних бактеріальних ускладнень ГРВІ, використання в місцевій терапії препарату, що містить лізоцим (лісобакт), сприяло зниженню частоти розвитку бактеріальних ускладнень ГРВІ на 19,8%, скороченню тривалості основних симптомів захворювання на 1,7 дні.

Отже, у дітей з повторними бактеріальними ускладненнями ГРВІ існує недостатність факторів місцевого захисту слизових оболонок ВДШ, зокрема лізоциму. Місцева терапія ГРВІ препаратами, що містять лізоцим, у таких дітей є патогенетично обґрунтованою та дозволяє підвищити ефективність лікування.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ГОМЕОСТАЗА У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

*Большот Ю.К., Толстикова Е.А., Ковтуненко Р.В., Сегеда Л.С.**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Кафедра госпитальной педиатрии №2 и неонатологии

*КУ «Днепропетровская детская городская
клиническая больница №6» ДООС»

Ожирение, являясь одной из актуальных медико-социальных проблем, представляет собой комплекс обменно-гормональных расстройств, включающих дисфункцию инсулярного аппарата, изменения углеводной толерантности, дислипидемию и др.

Целью исследования явилось изучение липидограммы у подростков с разными формами ожирения.

Обследовано 58 подростков с избыточной массой тела и ожирением (33 - 56,9% мальчиков и 25 - 43,1% девочек), средний возраст - 14,3±1,5 года. Пациенты были распределены на 4 группы: 1-я группа - дети с избыточной массой тела - 14 детей - 24,1% (мальчиков - 8 (54,1%)); 2-я группа - с алиментарно-конституциональным ожирением 1 степени (ИМТ до 85 перцентилья) - 19 детей - 29,6% (11 - 48,3% мальчиков), 3-я группа - пациенты со II степенью ожирения (ИМТ 85-97 перцентилья) - 9 чел. - 19,4% (мальчиков - 6 (42,1%)), 4-я группа - подростки с III степенью ожирения (ИМТ свыше 97 перцентилья) - 6 - 26,5% человек (4 - 46,2% мальчиков). Определяли общий холестерин крови (ОХ), липопротеиды высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), индекс атерогенности (ИА). Группу контроля составили 22 здоровых подростков. Уровень липопротеидов исследовали ферментативно-калориметрическим

методом. Достоверность оценивали с помощью t-критерия (Стьюдента). Разница считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Оценка липидограммы у детей проводилась с учетом рекомендаций ADA, 2002г. и ISPAD, 2006–2007гг. Уровни общего холестерина в 1-й группе и группе сравнения составили: $4,39 \pm 0,11$ ммоль/л и $4,13 \pm 0,12$ ммоль/л соответственно. Значение ОХ и триглицеридов было существенно повышено у детей 3 и 4 групп. Количество ЛПВП статистически не различалось у детей 1-й группы и группы сравнения, в то время как отмечалось их достоверное снижение у пациентов 3-й и 4-й группы и незначительное – у детей с ожирением 1 степени. Выявлена прямая корреляция ЛПНП со степенью ожирения, их повышение зарегистрировано у половины детей с избыточной массой тела.

Таким образом, дислипидемия выявлена у 65% детей с простым ожирением, и у 100% детей с гипоталамическим ожирением; при этом 30% детей с простым и 41% детей с гипоталамическим ожирением имеют дислипидемию типа 2б, связанную с гипертриглицеридемией, гиперхолестеринемией, высоким уровнем ЛПНП и низким уровнем ЛПВП. Это может свидетельствовать в пользу отсутствия стабильности фракции защитных липидов у детей, дебютирующую при избыточной массе тела и прогрессирующую по мере нарастания степени ожирения.

ТРАНЗИТОРНАЯ ЭРИТРОБЛАСТОПЕНИЯ В СТРУКТУРЕ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Бордий Т.А., Чергинец Л.Н. *, Попович В.В. *, Копытько Л.А. *,
Скотарь С.А. **

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Кафедра госпитальной педиатрии 2 и неонатологии

*КУ «Днепропетровская детская городская клиническая №6» ДООС»

Транзиторная эритробластопения детей (ТЭД) – наиболее часто встречающаяся в детском возрасте приобретенная парциальная красноклеточная аплазия. Характеризуется медленно развивающейся анемией вследствие временного иммунного подавления красного ростка в костном мозге. Этиология заболевания неизвестна. Предполагается роль вирусной инфекции (но не парвовируса В19), т.к. заболеванию часто предшествует вирусная инфекция, хотя никаких определенных патогенов выявить не удалось. Не исключается также и генетическая предрасположенность.

Заболеваемость ТЭД невысока, но достаточно стабильна. В городское гематологическое отделение ДГКБ №6 г.Днепропетровска каждый год поступает от 3 до 5 пациентов с ТЭД. Возраст детей составляет от 6 месяцев до 3 лет. Основное клиническое проявление ТЭД – постепенно, в течение нескольких недель, нарастающая бледность. Из-за медленно нарастающей анемии родители замечают бледность ребенка довольно поздно. При поступлении в стационар уровень гемоглобина составлял от 24 до 57 г/л. ТЭД характеризуется нормоцитарной, нормо- или гипохромной, гипо- или арегенераторной анемией. У 44% детей с ТЭД мы обнаруживали также нейтропению. Количество тромбоцитов у большинства больных было нормальным, у некоторых – повышенным.

В пунктатах костного мозга выявляли уменьшение количества ретикулоцитов и прешественников эритроцитов.

При поступлении в стационар большинству пациентов проводилась трансфузия эритроцитарной массы. Согласно данным литературы длительность анемии при ТЭД обычно составляет 1-2 мес. У наших пациентов восстановление продукции эритроцитов происходило в течение первых 2 недель от момента госпитализации. Повышению уровня эритроцитов в крови всегда предшествовал ретикулоцитоз. В повторной гемотрансфузии ни один ребенок с ТЭД не нуждался. Рецидивов заболевания не наблюдалось. Все дети выздоровели полностью и без осложнений.

ТЭД в первую очередь необходимо отличать от анемии Блекфена-Даймонда и железодефицитной анемии (ЖДА). В отличие от анемии Блекфена-Даймонда ТЭД возникает в более позднем возрасте (после 6 мес.), отсутствуют аномалии развития и задержка роста, показатели MCV соответствуют возрасту, выявляются нормальные уровни фетального гемоглобина в крови и активности аденозиндезаминазы эритроцитов. От ЖДА ТЭД отличают нормальные размеры эритроцитов и нормальные показатели обмена железа.

ДИАГНОСТИКА, МОРФОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Борисова Т.П.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Кафедра госпитальной педиатрии №2 и неонатологии

Цель. Изучение клинической, морфологической характеристики и эффективности терапии волчаночного нефрита (ВН) у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 32 ребенка с ВН. Проведено комплексное нефрологическое обследование, которое включало клинические, биохимические, иммунологические, ультразвуковые методы, прижизненное морфологическое исследование почек (световая микроскопия, иммуногистохимия).

Результаты. У большинства больных признаки ВН возникали одновременно с другими симптомами системной красной волчанки (СКВ). У 12,5 % пациентов ВН был единственным признаком СКВ. Развитие ВН наблюдалось в первые 5 лет от начала СКВ. Доминирующим проявлением ВН являлась протеинурия (100% пациентов). Нефротический синдром имел место примерно у половины больных. В период максимальной выраженности НС имели место отеки, выраженная протеинурия, гипопротеинемия. Гиперхолестеринемия наблюдалась лишь у 2/3 больных. Более чем у 59,3 % детей НС сопровождался АГ, у всех пациентов – гематурией. Микрогематурия присутствовала почти всегда и сочеталась с протеинурией. Макрогематурия отмечена у 9,4 % больных, лейкоцитурия - у 81,3 % больных. У половины больных зарегистрировано нарушение функции почек, причем у 9,4 % - быстро прогрессирующая почечная недостаточность. По морфологическим данным выявлялись изменения, характерные для ВН IV класса (62,5%), III класс составил 37,5%. Тубуло-интерстициальный компонент обнаружен практически у всех больных.

Кортикостероиды (КС) назначали в дозе 1-1,5 мг/кг/сут в течение 2 мес. с последующим снижением до поддерживающей дозы. В лечении III, IV классов ВН использовали комбинацию КС с циклофосфамидом (ЦФ). Проводилась пульс-терапия ЦФ (10-15 мг/кг) один раз в месяц в течение 6 мес., затем один раз в 3 мес. Длительность внутривенного введения ЦФ в комбинации с пероральным преднизолоном составила в среднем 3-4 года. Применение данных лечебных подходов позволило достичь клинической ремиссии у 96,8 % больных.

Выводы. Основным клиническим симптомом ВН является протеинурия. В половине случаев развивается НС в сочетании с гематурией, у 59,3 % больных - с артериальной гипертензией. Морфологические изменения в почках у детей соответствуют III и IV классам ВН. В иммунодепрессивной терапии III и IV классов ВН эффективным методом лечения является сочетание кортикостероидов с цитостатиками.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ПАЗАРИТОЗАМ СРЕДИ ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Боярский А.А., Губарь С.О.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

За последние десятилетия широкое использование антибиотиков и других лекарственных препаратов изменили клиническую картину паразитарных заболеваний. В связи с этим актуальными являются поиски методов ранней диагностики паразитарной инвазии с целью своевременного и качественного лечения и разработки мероприятий по их профилактике.

Цель работы: провести эпидемиологический анализ заболеваемости паразитами в Харьковской области за 2013 год.

Материалы и методы: отчеты Харьковской областной санитарно-эпидемиологической службы за 2013 год, статистические методы.

Результаты. На протяжении 2013 года на территории Харьковской области зарегистрировано 15 нозологических паразитарных болезней. Массовыми среди них являются энтеробиоз, аскаридоз, лямблиоз.

За 2013 год в Харьковской области выявлено около 3,5 тысяч всех случаев паразитарных болезней, среди них 81,1% - у детей: 3,1 тысяч больных гельминтозами и 366 случаев поражения простейшими. По сравнению с предыдущими годами в 2013 году отмечается тенденция к повышению инвазированности гельминтами (на 0,2%) и к снижению – простейшими (на 0,2%).

74,4% больных гельминтозами и протозоозами составляют дети организованных коллективов. Среди них энтеробиоз диагностирован у 63,6%, лямблиоз – у 8,1%, аскаридоз – у 2,3% детей.

Контингент неорганизованного детского населения с инвазией паразитами составляет 25,6%. Среди них детей, заболевших энтеробиозом – 19,6%, лямблиозом – 3,2%, аскаридозом – 2,8%.

Выводы. Таким образом, несмотря на достижения в диагностике и лечении паразитарных заболеваний, инвазированность гельминтами и простейшими в педиатрии достаточно высока и требует пристального внимания со стороны практикующих педиатров и научных работников.

ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Будрейко О.А., Чумак С.О., Філіпова Н.В., Морозов О.В., Курбацька Т.П.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»
Відділення ендокринології

Найбільш небезпечним наслідком цукрового діабету 1 типу (ЦД1), особливо за умови його початку в дитячому віці, є діабетичні серцево-судинні ускладнення. Розвиток вегетативної дисфункції як основи формування автономної кардіальної нейропатії при ЦД1 є небезпечним наслідком метаболічних порушень в умовах абсолютного інсулінодефіциту та потребує ретельного вивчення у хворих дитячого віку.

Мета дослідження – оцінка стану вегетативної регуляції у дітей, хворих на ЦД1.

Матеріали і методи. У 172 хворих на ЦД1, віком 7-18 років (87 дівчат і 85 хлопців) проводилось вивчення стану компенсації вуглеводного обміну за показниками глікемії, глюкозурії, глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}), за рівнем якого хворі були розділені на 3 групи: 1 - $HbA_{1c} < 7,5$ ($n=53$); 2 - $HbA_{1c} = 7,5-9,0$ % ($n=47$), 3 - $HbA_{1c} > 9,0$ % ($n=72$) згідно рекомендацій ISPAD (2011). Функціональний стан серцево-судинної системи оцінювався на основі показників частоти серцевих скорочень (ЧСС), артеріального тиску – АТ (систоличного – САТ та діастолічного – ДАТ) з оцінкою загальної адаптації за функціональним станом вегетативної нервової системи згідно з величиною вегетативного індексу Кердо (ВІК) за формулою $ВІК = 100 \times (1 - ДАТ/ЧСС)$: при значеннях від +10 од до -10 од діагностувався стан еутонії, при $ВІК > +10$ од діагностувалась симпатикотонія, при $ВІК < -10$ од - парасимпатикотонія. Статистичний аналіз отриманих даних проводилися з використанням пакету прикладних програм SPSS 17.0 методом варіаційної статистики.

Результати. В цілому по групі за показником ВІК ($(15,5 \pm 1,5)$ од) у обстежених дітей виявлено легку симпатикотонію. Із зростанням тривалості ЦД1 симпатикотонія значно зменшувалась: від $(22,9 \pm 7,0)$ од в перший рік хвороби до $(9,9 \pm 2,4)$ од після 8 років існування ЦД1, $p=0,034$). Однак ці зміни мали місце переважно у хлопців (коливання ВІК від $(28,5 \pm 3,9)$ од в перший рік хвороби до $(4,4 \pm 1,4)$ од після 8 років існування ЦД1, $p=0,045$), але не у дівчат (коливання ВІК від $(17,3 \pm 5,9)$ од в перший рік хвороби до $(18,0 \pm 3,0)$ од після 8 років існування ЦД1, $p > 0,05$). Аналіз ВІК у дітей в залежності від стану

компенсації ЦД1 за рівнем HbA_{1c} , показав вірогідну тенденцію до симпатикотонії у хворих із глікемічним контролем високого ризику в початковий період хвороби - до 1 року ((32,8±8,9) од) та при тривалості хвороби більше 3 років ((21,1±3,4) од) порівняно з відповідними за тривалістю ЦД показниками при оптимальному глікемічному контролі ((17,7±6,5) од) та ((15,2±3,4) од, $p=0,041$). В групі обстежених, що хворіють на ЦД 1 типу більше 8 років, симпатикотонія зменшувалась, але залишалась тенденція до збільшення її виразності в групі хворих із зростанням рівня HbA_{1c} (від (6,3±2,4) од при $HbA_{1c}<7,5\%$ до (13,4±3,5) од при $HbA_{1c} >9,0\%$, $p=0,046$).

Висновок. У дітей, хворих на ЦД1, існує симпатикотонічна спрямованість вегетативної регуляції, що тісно пов'язана з метаболічною декомпенсацією обумовлює високий ризик формування діабетичної кардіопатії.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Вялкова А.А., Гриценко В.А., Зыкова Л.С., Гордиенко Л.М.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский
университет МЗ РФ»

Оренбург, Российская Федерация

Етиологічний підхід к діагностиці інфекції мочевої системи на основі ідентифікації істинного збудителя ренальної інфекції являється основою успішного лічення пієлонефриту (Вялкова А.А., Гриценко В.А., 2002; 2010; 2012).

С целью определения етиологічної структури інфекції мочевої системи (ИМС) у дітей обстежено 140 больних с пієлонефритом(60), циститом (30) и ізолированою бактеріурією (ИБУ – 50).

Истинний збудитель ИМС определялся по результатам бактеріологічного ісследования мочи с учетом видової приналежности и біологічних характеристик урофлоры. Ідентифікація істинного збудителя ИМС проводилась по показателям вирулентных свойств уробактерий, включая комплекс персистентного потенціала, в том числі антилізоцимної (АЛІА) и антиінтерферонової активності (АІА) урофлоры.

Нами не виявлено достовірних отличий видової приналежности уробактерий, ізолированных у больних с ИМС (пієлонефрит, цистит, ИБУ, $p \geq 0,05$).

В этиологической структуре ИМС у всех больных преобладали энтеробактерии (62% - эшерихии, протей, клебсиелла, энтеробактер), реже - стафилококки (22%), псевдомонады и другая (16%) урофлора. При этом нами установлены достоверные различия показателей вирулентных свойств и персистентного потенциала уробактерий, изолированных у больных с ренальной инфекцией по сравнению с хроническим циститом ($p < 0,05$).

Доказано, что рецидивирующее течение пиелонефрита поддерживается персистенцией возбудителя в кишечнике как в активную стадию заболевания, так и в ремиссию ренального патологического процесса. У 40% детей с изолированной бактериурией выявлено повышение показателей АЛА и АИА микрофлоры мочи, свидетельствующее о высокой патогенности уробактерий, выделенных у пациентов с изолированной бактериурией.

Для оптимизации диагностики инфекции мочевой системы у детей важно установить этиологию заболевания на основе результатов бактериологического анализа мочи и определения истинного возбудителя с учетом вирулентных свойств урофлоры.

В структуре диагноза пиелонефрита необходимо указать этиологию заболевания по виду истинного возбудителя, вызвавшего микробное воспаление почек, что является существенным дополнением клинического диагноза ренальной инфекции.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНУ ПНЕВМОНІЮ НА ТЛІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ

Гаріджук Л.І., Бобрикович О.С., Сем'янчук В.Б., Витвицька В.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячих хвороб ННПО

Пневмонії у дітей раннього віку є однією з актуальних проблем пульмонології, що пов'язано з високим рівнем розповсюдженості та смертності. В останні роки спостерігається збільшення числа хворих на пневмонію серед дітей раннього віку на тлі залізодефіцитної анемії (ЗДА). Мета нашого дослідження полягала у вивченні діагностичної цінності показників запальної відповіді (ІЛ-6, ІЛ-8, ФНПа, С-реактивного білка) у сироватці крові дітей раннього віку, хворих на ускладнену пневмонію (УП) на тлі ЗДА. Проведене комплексне клінічно-лабораторне обстеження 160 дітей віком від двох місяців до трьох років, хворих на УП, із них 120 – на тлі ЗДА. Усіх дітей розподілено на

групи: I – пневмонія без анемії, IIa, IIб і IIв – поєднання пневмонії з анемією легкого, середнього і важкого ступенів, відповідно. Помірне підвищення рівня С-реактивного білка до (11,9 мг/л) відмічалось у 101 (63,1 %) дитини: у 40,0 % (16) дітей – при УП без анемії і у (70,8 %) випадків – при поєднанні пневмонії із дефіцитом заліза 57,5 % (23) – при легкому ступені, 72,5 % (29) – при середньому і 82,5 % (33) дітей – при важкому ступенях дефіциту заліза, відповідно. З наростанням тяжкості ЗДА частота підвищеного вмісту С-реактивного білка у сироватці крові в межах (12-23,9) мг/л знижувалась і відмічалась у 48 (30 %) дітей: від 47,5 % (19) дітей, хворих на УП без анемії, до 30 % (12) – при легкому, 25,0 % (10) – при середньому і 17,5 % (7) – при важкому ступені ЗДА, відповідно. Вміст С-реактивного білка >24 мг/л у сироватці крові виявлявся у п'яти дітей I та IIa групи (12,5 %) і у одній дитині II б групи (2,5 %). У дітей, хворих на УП, з наростанням ступеня тяжкості ЗДА мало місце зростання вмісту прозапальних (ІЛ-6, ІЛ-8 та ФНПa) цитокінів у сироватці крові. Вміст ІЛ-6 у 3,6 рази підвищився у дітей I групи до (46,50±2,12) пг/мл ($p_N < 0,001$) і надалі збільшується по мірі прогресування ступеня тяжкості ЗДА: до (55,40±2,88) пг/мл – при легкому ступені ($p_N < 0,05$), до (71,35±3,14) пг/мл – при середньому ($p_N < 0,001$) і до (109,4±3,85) пг/мл ($p_N < 0,001$) – при важкому ступені ЗДА. Концентрація ІЛ-8 зросла в 4,6 рази у дітей, хворих на УП без анемії до 107,96±1,76 пг/мл ($p_N < 0,001$) і надалі збільшувалась при наростанні ступеня тяжкості ЗДА. Максимально відображав активність запалення в організмі ФНПa: вміст його найбільше зріс залежно від ступеня дефіциту заліза: у дітей без анемії рівень його підвищився у 4,7 рази (до 134,15±2,51 пг/мл, $p < 0,001$) і збільшився до 147,35±2,06 пг/мл ($p < 0,01$) – при легкому, до 173,35±2,54 пг/мл ($p < 0,001$) – при середньому і до 201,15±2,97 пг/мл ($p < 0,01$) – при важкому ступені ЗДА.

Висновки: встановлено, що у дітей з ускладненим перебігом пневмонії з наростанням ступеня тяжкості залізодефіциту достовірно знижується рівень С-реактивного білка, при одночасному зростанні рівня ІЛ-6, ІЛ-8 та ФНПa.

СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА

Давыдова А.Г., Курочкин М.Ю., Буйный И.А., Кожевников А.Б.*,
Городкова Ю.В.*

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра детских болезней факультета последипломного образования
*Запорожская городская детская многопрофильная больница №5

Заболевания пневмококковой этиологии являются актуальной проблемой практического здравоохранения, что обусловлено ведущей ролью *Streptococcus (Str.) pneumoniae* в структуре инфекций дыхательных путей. Другой проблемой, связанной с пневмококковыми инфекциями, является рост устойчивости возбудителей, выделенных от больных с инвазивными инфекциями к антибиотикам. Несмотря на то, что пневмококк является наиболее частым возбудителем крупозной пневмонии у детей, терапия этого заболевания остается сложной, течение – тяжелым, а исход – непредсказуемым, что подтверждает следующий клинический случай.

Больная В., 8 лет, поступила в отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ) Запорожской городской детской многопрофильной больницы № 5 в тяжелом состоянии за счет дыхательной недостаточности, интоксикационного синдрома. Диагностирована правосторонняя крупозная пневмония, осложненная экссудативным плевритом. Назначена комбинированная антибактериальная пневмония, инфузионная пневмония в режиме детоксикации, оксигенотерапия, плазмаферез, произведена пункция и дренирование плевральной полости. Однако на 2-е сутки пребывания в отделении, несмотря на проводимую терапию, отмечалась отрицательная рентгенологическая динамика за счет увеличения объема пневмонической инфильтрации справа и появления очага слева, прогрессирования деструктивного процесса. Кроме того, по результатам исследования индексов интоксикации (лейкоцитарного индекса интоксикации по формуле Кальф-Калифа, ядерного индекса Г. Д. Даштаянца, индекса сдвига лейкоцитов по А.Я.Любимовой, соотношения средних молекул 1-го и 2-го порядка) при поступлении интоксикационный синдром соответствовал среднетяжелому, а на вторые сутки пребывания ребенка в ОАИТ - тяжелому.

Результаты бактериологических исследований: кровь на стерильность – массивный рост *Str. pneumoniae*, чувствительный к большинству антибактериальных препаратов; пунктат из плевры – массивный рост *Str. pneumoniae*; смывы из ротоглотки – *Haemophilus*

influenzae, Str. pneumoniae. Выставлен диагноз: Септицемия (Str. pneumoniae). Внегоспитальная двусторонняя полисегментарная пневмония: тотальная деструктивная плевропневмония справа, очаговая слева (S₁₀). Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови I степени, кардиореспираторный синдром, дыхательная недостаточность II степени.

Из анамнеза известно, что девочка – гражданка Канады – ранее получила весь комплекс пневмококковой вакцинации.

С первого дня пребывания в отделении ребенок получал комбинированную антибактериальную терапию – меропенем в комбинации с ванкомицином с последующей сменой на левофлоксацин и сульбактомакс, затем – на линезолид в комбинации с амикацином. Кроме того, проводилась иммунотерапия внутривенным иммуноглобулином в течение 6-ти суток, инфузионная терапия в режиме детоксикации, назначались нитраты, антикоагулянты и дезагреганты, противогрибковые препараты. Производилась санационная фибробронхоскопия, пункция и дренирование плевральной полости по Бюлау с введением в плевральную полость ферментных препаратов. На 1-е и 2-е сутки пребывания ребенка в ОАИТ был произведен дискретный плазмаферез (ДПФ). Несмотря на проводимую терапию желаемой положительной динамики не наблюдалось, в частности сохранялась одышка до 70 дыхательных движений в минуту, повышение температуры тела до высоких цифр, плохо купирующееся антипиретиками; индексы интоксикации соответствовали тяжелому состоянию.

Ввиду неэффективности консервативной терапии был сделан вывод о необходимости хирургической санации очага инфекции. На восьмые сутки пребывания в отделении проведена торакоскопия справа. Обнаружен фибриновый налет панцирной плотности на средней и нижней долях легкого, который частично удален; произведена санация и дренирование плевральной полости в 5-м межреберье по lin. axillaris anterior и в 7-м – по lin. axillaris posterior. Уже на следующий день была отмечена некоторая положительная динамика лабораторных показателей. На девятые сутки после очередного сеанса ДПФ наблюдалась явная положительная динамика как лабораторно (улучшение показателей клинического анализа крови и индексов интоксикации) и рентгенологически (уменьшение объема пневмонической инфильтрации), так и клинически за счет регресса одышки, улучшения самочувствия, снижения температуры тела.

На 18-е сутки ребенок был переведен в хирургическое отделение для дальнейшего лечения и реабилитации. Рентгенография органов

грудной клетки на 52-е сутки – сохраняется правосторонний фиброторакс. Наличие фиброторакса подтверждено также компьютерной томографией органов грудной клетки, заключение которой - фиброателектаз сегментов S_{1,2} верхней доли справа; фиброз, плевральные спайки справа.

Данный клинический случай позволяет сделать вывод, что главными направлениями терапии деструктивной пневмонии пневмококковой этиологии, помимо комбинированной антибактериальной терапии с учетом дезэскалационного принципа, являются также своевременная активная хирургическая тактика в комплексе с экстракорпоральными методами детоксикации.

НЕКОТОРЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Дмитряков В.А., Корниенко Г.В., Спахи О.В., Свекатун В.Н.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра последипломного образования

Курс детской хирургии

Пороки развития органов мочевыделительной системы занимают одно из ведущих мест и составляют более 40% среди врожденных заболеваний детского возраста.

До настоящего времени мегауретер является одной из важных проблем в урологии.

Около 14,0% всех пороков мочевой системы приходится на обструктивный и рефлюксирующий мегауретеры.

Встречается мегауретер с частотой 1:10000, чаще у мальчиков. Соотношение мальчиков и девочек 4,8:1,0. Левый мочеточник поражается чаще. Двухсторонний мегауретер встречается в 10-20% случаев.

Наиболее сложной проблемой в настоящее время является диагностика и лечение первичного обструктивного мегауретера.

В детской практике наиболее часто используется классификация обструктивного мегауретера, предложенная (D. Beurton, 1986).

1(А)стадия - расширение мочеточника в дистальном отделе, без расширения чашечно-лоханочной системы (ЧЛС).

1(В)стадия - расширение мочеточника в дистальном отделе и средней трети с незначительным расширением ЧЛС.

2 стадия - выраженное расширение мочеточника на всём протяжении и дилатация чашечек.

3 стадия - резко расширенный извитой мочеточник, расширение ЧЛС с дилатацией чашечек и истончением паренхимы почки.

Причиной возникновения первичного обструктивного мегауретера являются структурные нарушения в мышечном слое дистального отдела мочеточника, которые характеризуются различной степенью недоразвития, уменьшения или отсутствия продольных фиброзно-мышечных волокон, гипертрофией и гиперплазией циркулярных или увеличением соединительнотканых волокон.

Все эти процессы неразрывно связаны с явлениями диспропорции роста и дисфункции созревания тканей и органов мочевыделительной системы на фоне патологических изменений уродинамики и крово-лимфообращения с дисбалансом продукции цитокининов и фактора роста.

При любом виде мегауретера возобновление и поддержка уродинамики вместе с профилактикой нарушений кровообращения и воспаления создаёт условия для ликвидации диспропорции роста и дисфункции созревания (матuration) как самих мочеточников, так и других органов мочевыделительной системы.

Одним из перспективных методов лечения является метод трансвезикального ретроградного внутреннего стентирования (ТРВС) мочеточников

Стентирование мочеточников позволяет решить целый комплекс проблем:

- 1) возобновить и длительно удерживать уродинамику в пределах физиологических параметров
- 2) улучшить состояние лимфодренирования и кровообращения в почке и мочеточниках
- 3) создать безопасные условия для матuration
- 4) верифицировать диагноз и выявить сопутствующую патологию
- 5) провести уродинамическое обследование больного
- 6) подготовить, при необходимости, больного к другим методам лечения
- 7) использовать, с пользой для пациента, фактор времени.

Мы использовали классический двойной стент типа "поросячий хвост" изготовленный из текофлекса, который размягчается при температуре тела. Имеет гидрофильное покрытие. Размеры: диаметр 4,5 - 8,5 Fg, длина 8-30 см.

За период с 2006 по 2013 годы в клинике детской хирургии с диагнозом первичный обструктивный мегауретер пролечено 38 детей (42 мочеточника) возрастом от 3 мес. до 5 лет. Исходя с классификации

D. Beurton (1986г.) больные распределились: Iб ст. – 14, II ст. – 18, III ст. – 6 детей. Стент удерживали от 1 до 3 месяцев. У 8 больных (из 38) стентирование было безуспешным, так как из-за механического препятствия стент провести не удалось. Результаты лечения: 36,7% (11 детей) – отлично, 30,0% (9 детей) – хорошо, 20,0% (6 детей) – удовлетворительно, 13,3% (4 детей) – неудовлетворительно.

ВЫВОДЫ

Лечение урологической патологии у детей должно проходить исходя из понимания диспропорционального роста и дисфункционального созревания органов мочеполовой системы.

Трансвезикальное ретроградное внутреннее стентирование (ТРВС) скомпроментованных мочеточников в большинстве случаев является альтернативой открытых хирургических методов лечения мегауретера у детей.

ТРВС является для всех возрастных категорий малоинвазивным и может использоваться как метод окончательного лечения, так и метод подготовки больного к другим вариантам лечения.

Дальнейшее изучение и усовершенствование метода даст возможность определить его окончательное место в лечении мегауретера у детей.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК У ДІТЕЙ

*Дудник В.М., Звенигородська Г.Ю., Андрікевич І.І., Гумінська Г.С.,
Педосенко О.Б.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра педіатрії №2

В Україні щорічно виявляють 3600–3700 дітей з вродженими вадами сечовидільної системи, у 15-20 % з них виявляють кістозні хвороби. Актуальність проблеми кістозних уражень нирок у дітей обумовлена частим розвитком ускладнень, таких як артеріальна гіпертензія та ниркова недостатність.

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

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 17 дітей, з аутосомно-домінантним полікістозом нирок, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні педіатрії №1 Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні у 2013 р. У дослідження були включені діти віком від 3 до 18 років (середній вік – 8 років), серед них хлопчиків було 9 (52,95 %), дівчаток – 8 (47,05 %).

Верифікація діагнозу відбувалася на основі клінічних та інструментальних даних: у дітей молодше 15 років наявність 1 або 2 кіст в нирках за даними УЗД при наявності полікістозу нирок у родичів першої лінії, у підлітків старше 15 років наявність більше 3 кіст в нирках, наявність збільшення розмірів нирок та більше 5 кіст при відсутності сімейного анамнезу. Протягом тривалого часу єдиною ознакою полікістозу є лише зниження функції нирок. Функціональний стан нирок оцінювали на основі визначення швидкості клубочкової фільтрації, вирахованої по формулі Шварца, та концентраційної функції.

Результати. Основними клінічними проявами полікістозу нирок у дітей є сечовий синдром, представлений мінімальною протеїнурією та помірною еритроцитурією (6 дітей 35,2 %). У третини дітей різних вікових груп, хворих на полікістоз нирок, виявлено артеріальну гіпертензію (29,4 %). Також, нами встановлено наявність у 2 (11,7 %) хворих на полікістоз нирок кісти інших органів (печінки). При дослідженні функції нирок нами виявлено їх порушення в 15 дітей, хворих на полікістоз нирок (88,2 %). При чому, частіше у обстежених дітей виявляли порушення концентраційної функції нирок по тубулярному типу (9 дітей 52,94 %), тоді як азотвидільної функції – у 6 дітей (35,2 %), середній показник ШКФ склав 86 мл/хв./м²

Висновки. До спільних ознак полікістозу належать протеїнурія, гематурія, підвищення артеріального тиску. Частина дітей із полікістозом нирок маніфестує із порушень функції нирок, без сечового синдрому, ускладнюючи ранню діагностику даного захворювання. Ключовою в діагностиці полікістозу залишається ультразвукова діагностика в пренатальному періоді, вивчення сімейного анамнезу та молекулярно – генетичне дослідження.

АНАЛІЗ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ПАТОГЕНІВ ПРИ ПОЗАШПИТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЯХ У ДІТЕЙ - МЕШКАНЦІВ КРУПНОГО МІСТА

Зубаренко О.В., Стоєва Т.В., Кравченко Л.Г., Копійка Г.К., Радюк Л.П.

Одеський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2, кафедра педіатрії №3

Дитяча міська лікарня №2

Пневмонії відносяться до найтяжчих гострих бронхолегеневих захворювань у дітей. Показник летальності від пневмонії дитячого контингенту в Україні наразі сягає 13,1:10 000 дітей. Доведено, що вирішальне значення у сприятливому виході пневмонії має

раціональний, адекватний вибір антибіотикотерапії. Втім, в останні роки насторожують повідомлення щодо розвитку резистентності до багатьох антибіотиків. Проблема резистентності корелює з клінічною неефективністю.

Метою дослідження поставлено аналіз резистентності патогенів при позашпитальних пневмоніях у дітей, мешканців крупного міста.

Матеріал та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів бактеріологічного дослідження мокротиння 125 дітей, віком від 3-х до 18 років, що перебували на лікуванні у міській дитячій лікарні №2 м. Одеси з приводу рентгенологічно підтвердженої пневмонії в період 2013 – 2014 р.р. Визначення чутливості та резистентності здійснювали згідно наказу МОЗ України № 167.

Результати дослідження. В ході роботи констатовано зростання рівня шпитальної захворюваності дітей на пневмонію в 1,5 рази за останні 2 роки. Встановлено, що за морфологічно – рентгенологічним типом в основному діагностовано вогнищеві пневмонії (62,4%± 4,3%), за перебігом захворювання домінував гострий варіант, в (4,8 ±1,9)% мав місце затяжний перебіг. За результатами бактеріологічного дослідження найчастіше з мокротиння хворих (69,6% ± 4,1%) висілились *Streptococcus pneumoniae* та *Streptococcus hemolyticus*. Стафілококовий генез зареєстровано у (9,6 ± 2,6)% хворих, причому у третини при затяжному перебігу. *Klebsiella pneumoniae* виділена з мокротиння (4,8 ±1,9)% дітей. У (2,4 ± 1,3)% випадках визначали *Haemophilus infl.*, *Neisseria*.

Наявність резистентності до антибіотиків виявлено у (32,8 ± 4,2)% випадків. При цьому домінувала нечутливість до β - лактамних антибіотиків: незахищених пеніцилінів (22,4% ±3,7%), цефалоспоринів (21,6% ± 3,6%). Резистентність до макролідів на другому місці (15,2% ±3,2%). Препарати аміноглікозидного ряду показали резистентність до амікацину у 1 випадку, гентаміцину – 0. З препаратів хінолонової групи у 1 випадку визначалась резистентність до левофлоксацину. Характерно, що у (16,8 ±3,3)% обстежених встановлена мультирезистентність до антибіотиків.

Таким чином результати визначення антибіотикорезистентності засвідчили її наявність у третини обстежених дітей. Урахування регіональних даних про найбільш вірогідні патогени та їх резистентність є вкрай важливим для проведення адекватної емпіричної терапії.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ З МЕТОЮ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕКУРЕНТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Зюзіна Л.С., Мизгіна Т.І.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»
Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією

Вірусні захворювання респіраторного тракту є однією з найбільш актуальних проблем сучасної педіатрії. У дітей з рекурентними станами імунна система характеризується крайньою напруженістю процесів імунного реагування та недостатністю резервних можливостей, тому особливе місце мають питання реабілітації часто хворюючих дітей. Метою нашої роботи було визначення клінічної ефективності застосування противірусного препарату рослинного походження Імунофлазід у комплексній терапії дітей раннього віку з рекурентними захворюваннями. Дослідження проводилися на базі ДМКЛ м. Полтави. Під спостереженням перебувало 78 дітей віком від 1 місяця до 3 років, які часто хворіли на гострі респіраторні інфекції з ускладненим перебігом. Основна група - 40 дітей до терапії яких було включено Імунофлазід, з повторенням курсу через 6 місяців. 38 дітей контрольної групи отримували інші противірусні засоби. Діти обох груп були порівняними за ступеню тяжкості захворювання, преморбідним фоном, віком та іншими параметрами. Клінічна ефективність дії препарату під час перебування дітей у стаціонарі оцінювалась за тривалістю та вираженістю симптомів загальної інтоксикації, обструктивного синдрому, динамікою даних лабораторних показників. У дітей основної групи в порівнянні з контрольною, перебіг захворювання був легшим, зникнення симптомів інтоксикації, гіпертермії, обструктивного синдрому та покращення загального стану відбувалися в більш короткий термін. У 1,2 рази скоротився час їх перебування у стаціонарі. Матері пацієнтів відзначали добру переносимість дітьми Імунофлазиду та зручність застосування препарату. Нами не було виявлено побічної дії Імунофлазиду. В катамнезі визначено, що частота повторної госпіталізації дітей основної групи з ускладненим перебігом вірусної інфекції була меншою майже в три рази у порівнянні з дітьми контрольної групи.

Таким чином: 1. Імунофлазід є ефективним препаратом, який може використовуватися в комплексному лікуванні та профілактиці

респіраторної інфекції у дітей раннього віку з рекурентними захворюваннями.

2. Застосування Імунофлазиду сприяє більш швидкому зникненню інтоксикаційного синдрому.

3. Імунофлазид є ефективним, зручним у застосуванні препаратом, який добре переноситься хворими та немає побічних явищ. В подальшому планується рекомендувати застосування Імунофлазиду у дітей раннього віку з рекурентними захворюваннями для лікування та профілактики у поліклінічній практиці.

ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕННЯ НИРОК У ДІТЕЙ, ЯКІ ХВОРІ НА МУКОВІСЦИДОЗ

Іванусь С.Г., Ільченко С.І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗУ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня №2» ДОР»

Муковісцидоз (МВ) - моногенно спадкове важке захворювання, зумовлене мутаціями гену МВТР (муковісцидозного трансмембранного регулятора провідності), при якому домінує ураження бронхолегеневої системи. Хворі на МВ протягом всього життя схильні до дії цілого ряду факторів, котрі приводять до змін в інших органах і системах організму: мікрофлора нижніх дихальних шляхів і зв'язана з нею специфічна імунна відповідь; препарати, які використовуються під час лікування цих інфекцій; гіпоксія, виражені метаболічні зміни, мембраноліз, цукровий діабет, патологія печінки, легеневе серце.

Зміни бронхолегеневої, серцево-судинної, гепатобіліарної систем при МВ вивчені достатньо добре, однак, про проблему ускладнень з боку нирок в літературі наявні лише одиничні повідомлення.

Мета дослідження: установити характер і частоту ушкодження нирок у дітей хворих на МВ.

Проведено розширене нефрологічне обстеження 34 хворих на МВ у віці від 2 до 16 років з важким 4(11,8%), середньоважким 14(41,2%) та легким 16 (47%) перебігами захворювання. З них 14 дівчаток (41,2%) і 20 хлопчиків (58,8%). Проаналізовані загальні клінічні аналізи крові й сечі, біохімічні показники функції нирок, функціональні проби та ультразвукове дослідження нирок. Зміни в загальному аналізі сечі виявлено у 9 хворих (26,5%), переважно у вигляді оксалурії, у 2 (5,9%) – у вигляді бактеріурії й уратурії. У 2

дітей (5,9%) був підвищений рівень креатиніну в крові, у 1(2,9%) – сечовина. У 2,9% (1 пацієнт) були виявлені зміни в пробі Реберга у вигляді пониження швидкості клубочкової фільтрації. Показники реабсорбції у всіх хворих були в межах норми. У 25 дітей (73,5%) були наявні зміни в пробі Зимницького у вигляді ніктурії (в 24 (70,5%) випадках), ізостенурії (в 2 (5,9%) випадках), гіпостенурії (в 6 (17,6%) випадках). В частини хворих виявлені комбіновані зміни.

За даними ультразвукового дослідження у 16 пацієнтів (47,1%) виявлені зміни у вигляді підвищення ехогенності паренхіми нирок, ущільнення чашково-лоханочних комплексів, у 5,9% - мікрокальцинати і пієлоектазія. У хворих з важким перебігом МВ ультразвукові ознаки нефропатії виявились достовірно частіше, ніж у хворих з середньоважким перебігом захворювання. У більшості цих хворих наявні комбіновані зміни, як в ультразвуковій картині, так і в функціональних пробах. У 4 (11,8%) пацієнтів зареєстрована аномалія розвитку правої нирки у вигляді її подвоєння.

Функціональний стан нирок був порушений у 28(82,4%) обстежених дітей, причому ступінь тяжкості даної патології корелує з важкістю МВ.

Нефрологічне обстеження дітей, хворих на МВ дозволить своєчасно виявити зміни в нирках, попередити розвиток важких ускладнень та вирішити важливе питання призначення антибактеріальної терапії з урахуванням її можливої нефротоксичної дії. Для вирішення цих та інших питань (цілеспрямованість корекції змін в сечовій системі і можливість проведення профілактичних заходів з метою попередження розвитку нефропатії) ми рекомендуємо проводити обстеження не рідше ніж один раз на 6 місяців.

ІМУНОКОРЕКЦІЯ ЧАСТОХВОРЮЧИХ ДІТЕЙ

Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗУ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня №2» ДОР»

На сьогоднішній день залишається важливою проблема з дітьми, які часто хворіють гострими захворюваннями респіраторного тракту (ГРЗ). Біля 30-40% дітей дошкільного і молодшого шкільного віку відносяться до групи часто- хворючих дітей (ЧХД), і тенденції до зменшення їх долі в дитячій популяції нема. У ЧХД помітно частіше відзначаються відхилення фізичного і нервово-психічного розвитку,

рано формується хронічна патологія, розвиваються дезадаптовані розлади.

Метою даного дослідження стало вивчення стану показників імунної системи й оцінка впливу препаратів, селективно діючих на різні рівні пошкодження в імунній системі ЧХД.

У зв'язку з цим досліджено 46 дітей у віці від 3 до 7 років, у котрих епізоди гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) були більш 6-8 разів на рік.

Проведений аналіз результатів обстеження ЧХД показав, що найбільш значні зміни в імунологічних параметрах відзначались в показниках, які характеризували популяційний склад лімфоцитів, і в меншому ступені зазнали змін нейтрофіли. Так, в периферійній крові ЧХД достовірно понижався рівень Т- і В-лімфоцитів у порівнянні з показниками здорових дітей. В той же час, відзначалась тенденція до зниження змісту СД4 - і СД8-лімфоцитів. Говорячи про показники гуморальної ланки, слід відзначити, що в період ремісії в таких дітей спостерігається високий рівень IgM.

Реабілітація ЧХД із вторинним імунодефіцитом носила комплексний характер. В першу чергу проводилися відновлюючі заходи, направлені на пониження антигенної дії, санацію місцевих вогнищ хронічної інфекції і підвищення резистентності організму дитини в цілому. На другому етапі призначалась імунокорегуюча терапія.

З метою зниження частоти захворювань і корекції імунологічних показників нами був вибраний препарат ісміжен – імуностимулятор на основі бактеріального лізату, котрий містить не лише мембранні антигени банальних бактерій, а й 6 типів пневмокока, які є найбільш частими сучасними збудниками захворювань респіраторного тракту.

Препарат всі діти одержували сублінгвально по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 3 місяців трьома декадними курсами з двома двадцятидобовими інтервалами між ними. Спостереження проводилось протягом одного року після закінчення курсу лікування.

Аналіз результатів показав, що імуностимуляція ісміженом приводила до зменшення частоти розвитку та важкості перебігу респіраторних інфекцій. Нами встановлено, що у 45% (20) дітей епізоди ГРЗ зменшились вдвічі, а 52,2% (24) дітей почали хворіти рідше, і лише у 2,8% - частота захворювань не змінилась. Тривалість захворювань ГРЗ зменшилась в середньому на 3-5 днів практично у всіх дітей, у 60,8% - відпала необхідність застосування антибіотиків, у 92% - були відсутні ускладнення. Побічних ефектів не зареєстровано в жодному випадку. Крім того, застосування ісміжена благодійно

впливало на популяційний склад Т- і В-лімфоцитів, активацію СД4, СД8- Т-лімфоцитів, індукцію фагоцитозу.

Таким чином, реабілітація ЧХД повинна бути комплексною і направлена, перш за все, на усунення керуючих факторів ризику і створення оптимальних умов для розвитку і досягнення зрілості основних функціональних систем організму, а по-друге, на корекцію порушень в імунній системі. Ефективна реабілітація може суттєво покращити якість життя, понизити прогресування захворювання та інвалідизацію.

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗУ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня №2» ДОР»

Фізичний розвиток (ФР) це комплекс морфофункціональних характеристик відповідно до можливостей різного віку і статі, є одним з критеріїв стану здоров'я та показником рівня функціональної зрілості організму. Через недовершеність процесів росту и розвитку організм дитини дуже чутливий до впливу різних факторів: несприятливі фактори зовнішнього середовища, умови харчування, захворювання, соціальні фактори поряд із спадковими та біологічними.

При ювенільному ідіопатичному артриті (ЮІА) на фізичний розвиток впливають як ендогенні причини (інтоксикація, ендокринні, нервові порушення), так і екзогенні фактори (обмеження рухливості, інтеркурентні захворювання, базисна терапія).

Метою дослідження була оцінка показників ФР у дітей з ЮІА. Обстежено 22 дитини у віці від 6 до 17 років, які знаходились на лікуванні в кардіопульмонологічному відділенні. Тривалість захворювання коливалась від 2 до 14 років. Системний варіант встановлено у 3 хворих (12,1%), поліартикулярний – у 4 (18,2%), олігоартікулярний – у 15(69,7%).

Оцінка ФР проводилась згідно наказу МОЗ України №802 від 13 вересня 2013 року: метод аналізу антропометричних параметрів, розрахування індексу маси тіла (ІМТ). Рівень ФР визначали за основним антропометричним показником – довжини тіла, гармонійність - за різницею сигм (σ) регресії антропометричних даних. Аналіз результатів показав, що найбільш часто, а саме у 14 дітей - 63,6% виявлено зріст нижче середніх значень. Половина з цих

дітей мала показники росту, які знаходились у відхиленні більш, ніж -1σ від середніх значень. Низькі показники росту (відхилення більше, ніж -3σ -4σ) виявлені у 40,9% (9), тоді як 27,35% дітей мали показники росту відповідні середнім значенням, і лише 2 (9%) мали зріст високий та вище середнього. При системному варіанті ЮІА ріст нижче середнього зареєстрований у 66,7%, при поліартикулярному – у 50% і при олігоартикулярному – у 33,3% пацієнтів.

У 9 дітей (40,9%) затримка росту була зумовлена тривалою (від 2 до 10 років) глюкокортикоїдною терапією у зв'язку з високою активністю запального процесу. У 2 хворих у зв'язку з низькою концентрацією гормону росту була встановлена соматотропна недостатність.

Показники ваги та розрахований ІМТ у 45,5% дітей були в межах норми, а в 50% випадків мала місце білково-енергетична недостатність легкого та середнього ступеню, і лише в одному випадку (4,5%) було наявне ожиріння I ступеню (ІМТ- 123%).

Зниження маси тіла при системному варіанті ЮІА зареєстровано в 100%, при поліартикулярному – в 75%, при олігоартикулярному – в 40% випадків. Аналіз антропометричних даних виявив, що кількість дітей із зниженими показниками ФР мало перевагу над кількістю дітей з підвищеними показниками (63,6% проти 9%). Середній рівень ФР спостерігався у 6 (27,3%) хворих на ЮІА, нижче середнього – у 8 (36,4%), низький – у 6 (27,3%) і вище середнього – у 2 (9%). Гармонійний фізичний розвиток мала лише третина дітей (36,4%), тоді як дисгармонійний зареєстрований у 63,6% хворих на ЮІА.

Таким чином, результати дослідження показали, що для хворих ЮІА характерна затримка росту, зниження ваги та ІМТ відносно середніх показників, які найбільш виражені у дітей з системним варіантом хвороби.

Вирішальне значення в затримці ФР мають важкість клінічних проявів, рецидивний перебіг захворювання, висока запальна активність, тривале проведення базисної терапії, зокрема глюкокортикоїдної. Тому зниження показників ФР у дітей з ЮІА повинне розглядатись як важлива міждисциплінарна проблема, що потребує систематичного моніторингу параметрів ФР та розробки реабілітаційних заходів з участю ревматологів, педіатрів, ендокринологів.

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ЯК ЦЕНТР ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Іванько О.Г., Пацера М.В.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Пізній пубертатний період (16-17 років) в житті людини є складним з позицій її психосоціального, фізичного та статевого розвитку. Саме цей період співпадає з вибором майбутньої професії у осіб молодого віку. Оволодіння складною програмою студента медичного університету формує додатковий виклик, який може значно вплинути на стан здоров'я. На нашу думку, цільовою групою, насамперед, повинні стати особи з підвищеним артеріальним тиском (первинною артеріальною гіпертензією).

В умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні необхідно удосконалювати алгоритм корекції підвищеного артеріального тиску у дітей та підлітків, забезпечувати достатній комплаєнс виконання підлітком рекомендацій щодо підтримування достатньої рухової активності, використання засобів психогігієни, а також прийому гіпотензивних ліків. Виникає необхідність розробки нових сучасних підходів до системи диспансеризації та реабілітації підлітків із артеріальною гіпертензією. Проведені нами дослідження показали, що ефективна диспансеризація хворих на артеріальну гіпертензію може бути здійснена у навчальному закладі при використанні значного матеріального, педагогічного та адміністративного потенціалу навчального закладу.

Метою вивчення цієї групи є удосконалення підходів до ранньої діагностики первинної артеріальної гіпертензії у студентів та впровадження вчасних індивідуалізованих заходів лікування та реабілітації хворих для попередження розвитку ускладнень артеріальної гіпертензії і підвищення якості життя.

Для виконання наукових досліджень необхідно, перш за все, удосконалити заходи первинного медичного скринінгу та поглибленого медичного дослідження абітурієнтів. Ознаки найбільш значущих клінічних кластерів первинної артеріальної гіпертензії допоможуть запропонувати індивідуалізовані схеми лікування осіб з підвищеним артеріальним тиском. Тривале шестирічне навчання студентів дає можливість проспективного спостереження та встановлення типових варіантів перебігу артеріальної гіпертензії з розвитком гіпертензивної кардіоміопатії, атеросклерозу каротидної артерії та характеристик загальної якості життя. Лонгітудне дослідження допоможе оцінити

вплив лікувальних та реабілітаційних програм артеріальної гіпертензії в умовах вищого навчального закладу. Враховуючи результати буде розроблено концепцію організації медичної допомоги особам молодого віку з первинною артеріальною гіпертензією в умовах вищого навчального закладу. Розвиток запропонованої концепції забезпечить зниження захворюваності на гіпертонічну хворобу серед дорослих у майбутньому.

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И СПОСОБОВ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Иванько О.Г., Федченко А.В.

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра профилактики детских болезней

Несмотря на высокую частоту кратковременных подъемов артериального давления (АД) в периоде пубертата, истинная гипертоническая болезнь (ГБ), как первичная стабильная артериальная гипертензия с гипертензивной гипертрофической кардиомиопатией у подростков встречается относительно нечасто. Между тем по мере взросления частота ГБ очень быстро возрастает, особенно у мужчин. Решая проблему первичной профилактики заболевания, в настоящее время предполагают существование наследственных предикторов ГБ, которые могут быть выявлены с помощью молекулярно-генетических исследований. При этом значение имеет не только и не столько поиски аллелей, определяющих высокое АД, сколько быстроту развития осложнений гипертензии – гипертрофической кардиомиопатии и атеросклероза. Эти осложнения и способны формировать ГБ со свойственными ей высокими рисками развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий, как следствия трудно контролируемой гипертензии. К настоящему времени отмечена ассоциация некоторых генетических полиморфизмов (ACE, PPARA, PPARD) с рядом заболеваний, таких, как гипертоническая и ишемическая болезнь сердца, аритмии и ожирение. Малоизученные аллели гена NFATC4 заслуживают особого внимания, так как напрямую определяют формирование гиперплазии и гипертрофии миокарда. Первоначально эффекты генетического полиморфизма NFATC4 были отмечены у спортсменов высоких достижений, у которых физические тренировки формировали способность выполнять необычно высокий объем физической работы за счет повышения функциональной массы

миокарда. В связи с этим интерес представляет изучить связи конкретных аллелей NFATC4 с развитием кардиомиопатии у подростков с АГ, подчас лабильной, степень гемодинамических расстройств при которой не всегда согласуется с быстротой и степенью развивающихся изменений миокарда, как обязательной фазы формирования ГБ. Другим практическим аспектом исследования может быть появление возможности дать ответ на вопрос: использовать или воздержаться от применения физических нагрузок в плане физической реабилитации юношеской гипертензии.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДВУХСТОРОННИМ НЕФРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Икромов Т.Ш., Асадов С.К., Ибодов Н.С., Рофиев Р.Р.

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Цель исследования. Выявление нарушений функции внешнего дыхания у детей с двухсторонним нефролитиазом, осложнившимся хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 187 детей с нефролитиазом в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Из этого количества больных у 63 пациентов проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Мальчиков было 128 (68,5%), девочек - 59 (31,5%). Одностороннее поражение почки было у 116 (62,2%) детей, двухстороннее – у 47 (24,8%), множественные камни - у 24 (13%) обследованных. Одиночные камни были у 126 (67,4%) и множественные – у 51 (32,6%) детей. Все больные страдали хроническим калькулезным пиелонефритом (КП), из них 35 пациентов (18,8%) обследованы в стадии обострения. КП I ст. был диагностирован у 44 (23,5%) детей, II ст. – у 80 (42,8%) и III ст. – у 63 (33,7%). У 64 (34,2%) детей имело место наличие гидронефротической трансформации. У 78 (41,7 %) из 187 больных отмечали ХПН: I ст. - у

У всех больных были проведены оценка функции внешнего дыхания (ФВД-спирография – «Метотест-2, «Космед»), исследование газов крови (оксигемометрия), состояния легочного шунта (капнография и кислородный метод), гипокоагулирующих и детоксикационных функций легких (биохимические анализы крови),

центральной и легочной гемодинамики (импендасометрия, доплерография).

Оценка результатов исследований проводилась в соответствии с современными принципами доказательной медицины. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с определением средней величины (M), ошибки ($\pm m$) и оценкой критерия достоверности (p). Статистический анализ данных проводили с использованием программы MS Excel (Ver.5.0.).

Результаты исследования и их обсуждение. Изменения параметров ФВД обнаружены у 67 из 187 детей. Вентиляционная дыхательная недостаточность (ВДН) установлена у 56 из 67 больных.

ВДН обструктивного типа зафиксирована у 12 (17,91%) детей, рестриктивного типа – у 27 (40,3%), смешанного типа – у 17 (25,38%) больных. Наиболее часто ВДН наблюдалась у больных с двусторонними множественными камнями почек и КП с развитием ХПН. ВДН выявлялась у больных с I и II степенью КП. У 11(16,42%) из 67 больных имел место острый обструктивный процесс. У всех больных с ВДН диагностированы гидронефроз II и III степени и признаки хронической интоксикации (отставания в физическом развитии, анемия, утомляемость, вялость, снижение аппетита).

При ВДН I степени дыхательный объем (ДО), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), минутный объем дыхания (МОД), максимальная вентиляция легких (МВЛ), показатели пневмотахометрии (ППТМ), объем форсированного выдоха снижались от 80 до 70% от должных. При ВДН II степени вышеуказанные показатели находились в пределах от 70% до 60% от должных. При ВДН III степени эти показатели были ниже 60%.

Об эффективности легочной вентиляции, а также о соответствии величины вентиляции к объему легочного кровотока (вентиляционно- перфузионное соотношение) судят по характеру изменения коэффициента использования кислорода (КИО₂). Снижение величины КИО₂ указывает на преобладание вентиляции над кровотоком. Повышение этого коэффициента может свидетельствовать о недостаточности вентиляции альвеол по отношению к легочному кровотоку. Изменение КИО₂ в процентах от должной величины, в виде снижения, наблюдалось у 21 (31,35%) больного, что свидетельствует о преобладании вентиляции альвеол по отношению к легочному кровотоку. Снижение КИО₂ наблюдалось у 38 больных с ХПН, что связано со спазмом легочных капилляров или их поражением токсическими метаболитами организма. У 24 (35,82%)

больных с КП II и III степени отмечалось увеличение КИО₂, свидетельствующее о недостаточности вентиляции альвеол по отношению к легочному кровотоку. У этих больных выявлены явления скрытого бронхоспазма, что связано с поражением стенки альвеол и бронхиол выделяемым через легкие токсинами.

У 31 (46,27%) из 67 больных отмечалось снижение поглощения кислорода ((ПО₂) - снижение от должного 23±1,3%). Сниженные показатели ПО₂ зафиксировано у детей с ВДН I и II степени, у которых наблюдалась ХПН II и III степени. Эти изменения характеризуют наличие дыхательной недостаточности со снижением резервных возможностей дыхательной системы. Всем больным с ХПН и двухсторонним КП определялось наличие скрытого бронхоспазма (путем проведения пневмотахометрии на фоне приема беротека). Скрытый бронхоспазм имел место у 25 (37,32%) больных.

Таким образом, у 56,6% больных с двухсторонним нефролитиазом, осложнившимся хронической почечной недостаточностью, зафиксировано наличие дыхательной недостаточности, степень которой зависит от степеней КП и ХПН. Следует отметить, что у этих больных клинические проявления нарушения дыхания не были установлены.

Таким образом, изучение ФВД у больных с двухсторонним нефролитиазом, осложнившимся хронической почечной недостаточностью играет важную роль в предоперационной подготовке, выборе метода обезболивания и профилактике интра – и послеоперационных осложнений.

КЛІНІКО-ЕТІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.

Каладзе М.М., Мурадосілова Л.І.

ДУ «Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського»

Кафедра педіатрії, неонатології, фізіотерапії та курортології ФПО

Бронхіальна астма (БА) є мультифакторіальним захворюванням, у генезі якого значну роль має генетична схильність, фенотипічні, а також екологічно обумовлені фактори ризику, що за певних умов можуть відігравати вирішальну роль у формуванні патологічного процесу. Поведінка, як частина фенотипу, є найбільш об'єктивним показником психоемоційного і фізіологічного стану дитячого організму, завжди має адаптивний сенс. Провідну роль в перебігу БА як психосоматичної патології займає хронічний психоемоційний стрес,

наявність та адаптаційні можливості до якого відображає поведінка, зокрема невербальна. Метою даного дослідження стало вивчення етологічних (поведінкових) особливостей у дітей з БА.

Було обстежено 137 дітей у віці 7-16 років з БА, з них 103 дитини в періоді загострення, і 34 дитини в періоді ремісії БА, 91 хлопчик, 46 дівчаток. Переважну частину мали діти з персистуючим перебігом БА. Контрольну групу склали 28 здорових дітей. Вивчення ФЗД проводилося методом комп'ютерної спірографії з визначенням ФЖСЛ, ОФВ₁, ПШВ, МОШ₂₅, МОШ₅₀, МОШ₇₅. Клініко-етологічне обстеження складалося із безпосереднього спостереження за поведінкою і запису стандартної етограми з урахуванням діяльності візуальних каналів комунікацій: мимічної, позної, жестової і маніпулятивної активності та вокалу, а також фіксацію ознак поведінки Web-камерою із збереженням отриманих відеофайлів в електронному варіанті. Кількісний аналіз складався з: а) визначення активності (рухливості) кожного каналу комунікацій із загальної кількості компонентів каналу; б) частоту кожного репрезентативного елемента каналу. Якісний аналіз поведінки включав біологічний поведінковий контекст (згідно глосаріям невербальної поведінки Самохвалова В.П. і Дерягиної М.А., 1987) з віднесенням кожного елемента до визначеного типу поведінки.

Функціональний стан ЦНС був проаналізований на підставі даних ЕЕГ з урахуванням вікових характеристик.

Аналіз етологічних протоколів показав найбільшу активність в мимічному, позному і жестовому каналах комунікацій. Виявлені етологічні особливості при БА: у фазі загострення захворювання найбільшою активністю відрізнявся мимічний канал комунікацій ($p < 0,001$), а найменшою - жестовий ($p < 0,001$); у фазі ремісії БА підвищення активності жестового каналу відбувалося на тлі зниження мимічної активності ($p < 0,001$); в обох фазах захворювання відзначалося зниження активності каналу вокалу ($p < 0,05$). Таким чином, клінічно при БА підвищення мимічної активності відбувалося на фоні зниження жестової активності й вокалу. Кореляційний аналіз виявив, що мимічна активність корелювала з тяжкістю перебігу захворювання ($r = 0,69$; $p < 0,05$). Підвищення відносної рухливості мимічного каналу ($p < 0,05$), і зниження позної і маніпулятивної активності ($p < 0,05$) відрізняло персистуючий перебіг БА від інтермітуючого. Адаптивний сенс поведінки при БА було спрямовано на збереження енергії в умовах гіпоксії.

Якісний аналіз етологічних ознак дозволив встановити, що у дітей з БА були часті еквіваленти агресивної поведінки (АП) ($p < 0,01$),

аутоагресивної поведінки (аутоАП) ($p > 0,05$), субмісії ($p < 0,05$), тривоги ($p < 0,05$), депресії ($p < 0,001$), і зрідка відзначалися ознаки дружлюбної поведінки (ДП) ($p < 0,01$), зміщеної активності ($p < 0,05$), грумінга ($p < 0,05$). Більша частота елементів АП ($p < 0,05$), депресивного стану ($p < 0,001$) і зниження грумінга ($p < 0,05$) була більш виражена при загостренні БА і слугувала етологічним маркером персистуючого перебігу захворювання. При цьому, більш часті елементи АП і субмісії поєднувались з посиленням депресивних проявів. Дані зміни на тлі зниження вокалу відображали, на нашу думку, значний рівень психоемоціонального напруження у дітей з БА, як наслідок порушення комунікацій, і були маркерами стресового стану. Еквіваленти АП достовірно частіше ($p < 0,05$) реєструвались у хлопчиків (з частотою при загостренні 0,95, при ремісії 0,56), проте ознаки аутоАП достовірно частіше ($p < 0,001$) реєструвались у дівчат (з частотою при загостренні й ремісії 0,2), ніж у хлопчиків (з частотою 0,06-0,07). Ознаки субмісії однаково частіше зустрічались як у хлопчиків (0,76), так і у дівчаток (0,72) в періоді загострення; в періоді ремісії елементи субмісії достовірно частіше відзначалися у дівчаток (0,93), ніж у хлопчиків (0,49). Прямі кореляційні взаємозв'язки статі з АП ($r = 0,36$ $p < 0,01$), статі з елементами депресії ($r = 0,25$ $p < 0,05$) і зворотний взаємозв'язок статі з аутоАП ($r = -0,52$ $p < 0,001$) і з грумінгом ($r = -0,44$ $p < 0,001$) підтверджували вказані особливості. Таким чином, прояви АП і депресії, як слідство психоемоціональної напруги, були більш властиві хлопчикам, що страждали на БА. Більша частота грумінгу, як буфера АП, у дівчаток свідчила про більш виражені адаптаційні можливості та була сприятливим етологічним маркером. На основі етологічного аналізу визначена головна типологія поведінки при БА у дітей: АП з елементами субмісії, аутоАП, соматогенної депресії. головним профілем поведінки при інтермітуючій БА була АП з елементами субмісії та зміщеної активності, при персистуючій БА – АП з елементами субмісії, соматогенної депресії та аутоАП.

Виявлені кореляційні взаємозв'язки показників ФЗД з етологічними особливостями, значно вокалу з МОШ₅₀ ($r = 0,46$; $p < 0,05$), тривоги з ФЖЄЛ ($r = -0,42$; $p < 0,05$), грумінга з ФЖЄЛ ($r = 0,38$; $p < 0,05$), ПШВ ($r = 0,62$; $p < 0,01$), МОШ₅₀ ($r = 0,39$; $p < 0,05$) і МОШ₇₅ ($r = 0,41$; $p < 0,05$), свідчили про головну роль гіпоксії в розвитку стресу. Зниження бронхіальної прохідності призводило до розвитку гіпоксії ЦНС і дезинтеграції центрів, що контролюють поведінку. Аналіз біоелектричної активності головного мозку констатував неспецифічні легкі й помірні зміни у 76,6% дітей, хворих на БА, у вигляді дисфункції діенцефально-стволових структур мозку зі зниженням α -

індексу, амплітуди базового ритму, наявності патологічних хвиль θ - і Δ -діапазону.

Таким чином, етіологічні особливості мають клінічні та діагностичні цінності та можуть бути маркерами тяжкості, загострення, та ефективності лікування у дітей з БА.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Каличевская М.В., Чергинец Л.Н. *, Корнилова Г.И. **

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Кафедра госпитальной педиатрии 2 и неонатологии

*КУ «Днепропетровская детская городская клиническая №6» ДООС»

По данным литературы частота сочетанной патологии верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) и бронхиальной астмы (БА) у детей с составляет от 50 до 100%. Это диктует необходимость изучения факторов риска развития патологии ВОПТ у детей с БА с разработкой моделей раннего прогнозирования развития данной патологии.

Цель исследования: на основании изучения особенностей течения бронхиальной астмы у 78 детей с сопутствующей патологией ВОПТ выделить факторы риска развития хронической гастродуоденальной патологии. Группу сравнения составили 42 ребенка с БА без патологии ВОПТ. Проведенный регрессионного анализа показал, что наиболее значимыми являются пол ребенка (у мальчиков выше, длительность заболевания БА более 3-х лет, тяжелое течение БА и низкий уровень контроля симптомов астмы по сравнению с детьми с БА без патологии ВОПТ, а также продолжительность грудного вскармливания, пищевая сенсibilизация, инфекция *H. pylori*, наличие патологии пищеварительной системы у родителей ребенка.

На основании этих данных разработано несколько моделей прогнозирования риска развития хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (в том числе и деструктивных) у данного контингента больных, основанных на клинико-лабораторных показателях. Наиболее удобной в практике врача первичного звена является модель с использованием 2-х показателей: наличия инфекции *H. pylori* (X1, есть 1 балл, нет – 0 баллов) и пищевой сенсibilизации (X2, есть 1 балл, нет – 0 баллов). Формула расчета для данной модели имеет следующий вид: $Z = (-0,39) + 20,98 \cdot X1 + 0,99 \cdot X2$. Общее

количество случаев корректного прогноза для данной модели составляет 73,3%.

Для выявления деструктивных поражений ВОПТ наиболее значимыми показателями являются тяжесть течения БА (X1, интермиттирующая – 1 балл, легкая персистирующая – 2 балла, персистирующая средней тяжести – 3 балла, тяжелая персистирующая – 4 балла) и наличие инфекции *H.pylori* (X2, есть 1 балл, нет – 0 баллов). Формула расчета имеет следующий вид:

$Z = (-4,65) + 1,05 \cdot X1 + 1,28 \cdot X2$. Для этой модели частота верно прогнозируемых положительных результатов отсутствия деструктивных поражений ВОПТ составила 92%, общий показатель корректного прогноза – 74,4%. При Z больше 0,5 можно прогнозировать, что у больного есть сопутствующая патология ВОПТ.

Представленные прогностические модели имеют достаточный уровень чувствительности, просты в использовании и могут быть рекомендованы для работы врачам первичного звена.

МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ФУНКЦІЯ СТРАВОХОДУ У ПІДЛІТКІВ ЗІ ШЛУНКОВОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

Камарчук Л.В., Бондаренко В.А., Куц Є.Г.,

Кварацхелія Т.М., Тараненко О.Б.

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

В останні роки розладам моторно-евакуаторної функції верхніх відділів шлунково-кишкового тракту приділяється велика увага, так як доказано, що саме вони відіграють ведучу роль в патогенезі багатьох захворювань травної системи. Клінічні прояви, зумовлені руховими розладами значно погіршують якість життя пацієнтів, тому потребують своєчасної діагностики та корекції.

При дослідженні моторно-евакуаторної функції стравоходу у 46 підлітків з шлунковою диспепсією віком від 12 до 18 років за даними динамічної гастросцинтиграфії було встановлено, що підлітки з даною патологією являють собою гетерогенну групу хворих щодо різноманітних порушень моторики як стравоходу, так і шлунка, що співпадає з даними літератури. Нами з'ясовано, що рухова функція стравоходу відповідала нормі тільки у 2,2 % пацієнтів. У решти хворих мали місце різнонаправлені за характером та ступенем вираженості ті чи інші розлади. Найбільш характерними дизритміями були зниження середньої швидкості проходження болусу радіофармпрепарату (РФП) через стравохід (у 50,0%) та сповільнення

кліренсу стравоходу (47,7%), що призвело до порушення прохідності стравоходу у вигляді затримки РФП в нижній його третині у більшості (59,1%) пацієнтів. У 41,9 % хворих відмічено прискорення езофагеального транзитного часу (ЕТЧ). Характерно, що прискорення ЕВЧ частіше спостерігалось при функціональній диспепсії (77,3%), ніж при хронічному гастродуоденіті (25,0%, $p_{\phi} < 0,01$). У більшості ж пацієнтів на хронічний гастродуоденіт тривалість часу проходження РФП по стравоходу відповідала нормі (66,7%).

Рухова активність стравоходу за показниками ЕТЧ, кліренсу стравоходу та швидкості проходження РФП у хворих з запальними та деструктивними варіантами гастродуоденальної патології не мали статистично вірогідних відмінностей. Також не виявлено відмінностей в частоті відхилень стравохідної моторики за вищевказаними показниками залежно від статі та характеру кислотоутворюючої функції шлунку ($p_{\phi} > 0,05$).

Таким чином, шлункова диспепсія у підлітків супроводжується різноманітними порушеннями руху радіофармпрепарату по стравоходу, що може бути зумовлено змінами моторної спроможності як самого стравоходу (його стінки або сфінктерного апарату), так і шлунку, а також може бути результатом впливу інших чинників, що потребує подальшого дослідження та аналізу.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДЕЯКИХ СИНДРОМІВ МАЛЬАБСОРБЦІЇ (ЛАКТАЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ, НЕПЕРЕНОСИМІСТЬ ГЛЮТЕНУ, ЦЕЛІАКІЯ)

*Квіт Д.І., Марченко Т.З., Томків Я.В. *, Вівчарівська Г.З. *,
Шайдич В.Д. *, Заставна Л.В. *, Горайська Л.М. *, Сакалош Л.П.,
Томків З.В.*

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Кафедра педіатрії і неонатології ФПДО

* Львівська комунальна міська дитяча клінічна лікарня

Міський дитячий гастроентерологічний центр

Мета. Розробити алгоритм дифдіагностики синдрому мальабсорбції на фоні порушень нутритивного статусу і атопічного дерматиту (АД).

Завдання. Провести діагностику у цих дітей целиакії (Ц) і непереносимості глютену без Ц (НГБЦ), лактазної недостатності (ЛН), муковісцидозу (МВ).

Матеріали і методи. Під спостереженням були 54 дитини віком 1,5-11 р з даним симптомокомплексом. Обстеження передбачало проведення загальноклінічних досліджень, виключення МВ (хлориди поту в динаміці). В лабораторії «Синево» визначали рівні антитіл (IgG, IgA) проти гліадину, тканинної трансглютамінази (анти-ТТГ), дезамінованих пептидів гліадину (анти-ДПГ), ендомізіальних антитіл (анти-ЕМА), гістологічні дослідження біоптатів тонкого кишківника, генетичні дослідження на Ц (HLA-DQ2, 7, 8), ЛН (поліморфізм с.-13010C>Т гену лактази (LCT) – С/С, С/Т, Т/Т).

Результати. Затримка фізичного розвитку по масі тіла до 5-ї перцентилі мала місце у 21 дитини (38,9%), а затримка мовного розвитку із поведінковими порушеннями – у 19 дітей (35,2%). АД із тривалим торпідним перебігом (4 міс – 5 р) діагностували у 24 дітей (44,4%). Хлориди поту у всіх пацієнтів в динаміці були нормальними. Ц виявлено у 4 дітей (7,4%) віком 1,5-6 р і підтверджена серологічними (анти-ТТГ, анти-ЕМА, анти-ДПГ у дітей до 3 р), гістологічними результатами обстеження. Генетичні дослідження проведені у 2 дітей, які підтвердили наявність HLA-DQ2, 7, 8. У всіх цих дітей виявлений С/С поліморфізм гену ЛН (гомозиготність) і стійкий до терапії АД. НГБЦ і ЛН виявлено у 11 дітей (20,4%). Найчастіше у наших 24 (44,4%) пацієнтів ми діагностували НГБЦ в комбінації із ЛН, з них – у 14 (58,3%) С/Т поліморфізм, асоційований із непереносимістю лактози в гетерозиготній формі, при якій частіше розвивається вторинна ЛН. ЛН без Ц і НГБЦ мали місце у 15 дітей (27,8%), із них у більшості (11 дітей, 73,3%) також виявили С/Т поліморфізм гену ЛН в гетерозиготній формі. У 2 пацієнтів із гомозиготністю по гену ЛН виявлена генетична схильність до целиакії (HLA-DQ2) без серологічних маркерів целиакії.

Висновки. При наявності у дитини синдрому мальабсорбції на фоні затримки фізичного, мовного розвитку обов'язковим є проведення наступного алгоритму дифдіагностики: генетичні маркери ЛН; серологічні, гістологічні і генетичні маркери Ц, НГБЦ, що дає можливість коригувати дієту, призначити медикаменти без глютену і лактози.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ХЛАМИДИЯМИ ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Киселева Л.П., Мамалуй Н.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрии

В структуре патологии человека все больше возрастает роль инфекционных болезней, устанавливается инфекционная природа заболеваний, ранее рассматриваемых как неинфекционные. «Новыми» возбудителями многих болезней человека, начиная с периода новорожденности считаются хламидии, облигатные внутриклеточные паразиты.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности хламидиоза у детей с патологией верхних и нижних дыхательных путей, опорно-двигательного аппарата, мочевыделительной системы. Под наблюдением находилось 914 детей в возрасте от полутора месяцев до 14 лет, 251 ребенок — с респираторной патологией, 596 — с поражением опорно-двигательного аппарата, 44 ребенка с заболеванием мочевыделительной системы, 15 - с длительным субфебрилитетом, и 8 - больных с бронхиальной астмой. Всем больным проводились серологические исследования с определением антител к родоспецифическому антигену Chl. trachomatis иммуноферментным методом вначале и в динамике заболевания. Материалом для исследования служила кровь, у части больных с поражением суставов — синовиальная жидкость, у больных с заболеванием мочевыделительной системы — антитела определялись в крови и в моче. Параллельно проводилась вирусологическое исследование носоглоточного смыва, мокроты.

В общей группе наблюдаемых больных инфицированность хламидиями выявлено у 24,6%, варьируя от 12,2% при острой респираторной инфекции до 46,6% при длительной субфебрилитете, существенно не отличаясь у мальчиков и девочек. Из 96 больных острым бронхитом, высокие титры антител к Chl. Trachomatis в крови определялись у 13 детей, больные данной подгруппы были торпидны к проводимой терапии, особенно при развитии обструктивного синдрома. Клинические проявления пневмонии у инфицированных детей (17 больных) отличались приступообразным кашлем, цианозом, тахипное, нарастанием одышки, напоминая клинику интерстициальной пневмонии. В подгруппе детей с поражением опорно-двигательного аппарата инфицированность была выявлена у

166 больных (29,9% больных ЮРА, у 51,2% больных ЮХА, 25,3% больных реактивним артритом). У треті дітей даної підгрупи набувалося прогресування патологічного процесу в теченні 5 наступних років з залученням нових сугавів, у трьох дітей розвивався спонділоартрит. В меншій ступені інфіцирваними хламідіями оказались діти з патологією мочевидільної системи (всього 2 ребенка).

Представленні данні свідчать про високу поширеність внутриклеточної інфекції у дітей з соматичною патологією, диктуючою необхідність проведення скринингу діагностики всім больним з метою корекції подальшої терапії.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РОСТОВИХ ФАКТОРІВ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНИМ УШКОДЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Кислова Ю.О., Яблонь О.С., Сергета Д.П., Кондратюк О.Ю.*, Ходасевич І.І.*, Муртазаєва І.М.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра педіатрії №1

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Гіпоксичні ушкодження головного мозку займають провідне місце в структурі перинатальної патології центральної нервової системи недоношених дітей [Шунько Є.С., 2012, Володин Н.Н., 2009]. При гіпоксії, або в умовах ушкодження тканин відбувається активація росту судин. Одним з ростових факторів є васкулоендотеліальний фактор росту (VEGF), який є основним індуктором ангиогенезу, експресія котрого регулюється гіпоксією і має суттєвий вплив на адаптацію тканин в умовах ушкодження [Голосна Г.С., 2005, Ferrara N., 2004].

Метою дослідження було дослідити діагностичне значення сироваткової концентрації васкулоендотеліального фактору росту (VEGF) у недоношених дітей з гіпоксичним ушкодженням головного мозку.

Групу дослідження склали 42 недоношені дитини з гіпоксичним ушкодженням ЦНС. Важкість стану та особливості перебігу захворювання діагностувались на підставі даних анамнезу, клініки, нейросонографії, визначення концентрації в сироватці крові VEGF (на 7 та 28 добу життя), результатів оцінки когнітивного (КР) та моторного розвитку (МР) недоношених дітей за тестом Бейлі з

постконцептуального віку 36-37 тижнів до 18 місяців скоригованого віку.

Отримані значення VEGF в сироватці крові на 5-7 добу життя у дітей всіх досліджуваних груп були низькими та вірогідно не відрізнялись, $p > 0,05$. В динаміці, на 28 добу життя, ми встановили достовірне зменшення рівня VEGF у дітей з тяжким ушкодженням мозку ($98,4 \pm 16,7$ проти $378,2 \pm 120,7$ пг/мл у групі порівняння, $p < 0,05$, Sp 86,7%, Se 60%, NPV 76,5%). У дітей з ушкодженням мозку середньої тяжкості спостерігалось незначне зростання показника VEGF, хоча в співставленні з групою порівняння він був майже в два рази нижчий ($208,2 \pm 45,2$ проти $378,2 \pm 120,7$ пг/мл відповідно, $p > 0,05$). Кореляційний аналіз встановив наявність прямого позитивного зв'язку середньої сили між значенням VEGF в сироватці крові на 1 тижні життя та тривалістю штучної вентиляції легень ($r = 0,89$, $p < 0,05$), показниками МР в скоригованому віці 18 місяців ($r = 0,61$, $p < 0,05$).

Отримані дані свідчать, що низькі значення VEGF на 5-7 добу життя та зменшення їх в 4 рази в динаміці свідчать про низьку здатність до відновлення ушкоджених капілярів та тісно корелюють із низькими показниками моторного розвитку в скоригованому віці 18 місяців. Виявлені показники є високоспецифічними і прогностично значущими.

ХАРАКТЕРИСТИКА ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

*Клименко В.А., Плахотна О.М., Яновська К.С., Карпушенко Ю.В.,
Морозова Г.Л.*

Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №2

Харчування є одним з найважливіших факторів, що визначають стан здоров'я людини. Особливе значення харчування має для дітей раннього віку, коли відмічено найвищі темпи фізичного розвитку та формуються метаболічні особливості індивідуума.

Мета дослідження – покращення стану здоров'я дітей України шляхом корекції харчування.

Завдання - оцінка харчового статусу дітей раннього віку, виявлення основних дефіцитів споживання макро- і мікронутрієнтів, порушень харчової поведінки у дітей раннього віку в Україні.

Матеріали і методи

Роботу виконано в рамках Міжнародного проекту ESPGHAN «Early Life Nutrition» (координатор – проф В. Koletzko) – дослідження

проведено в 36 медичних закладах 15 країн Європи, США та Австралії. В Україні дослідження проводилось під керівництвом ДУ «Інститут Педіатрії Акушерства та Гінекології АМН України» (проф. Шадрін О.Г.) спільно з медичними університетами м. Харкова (кафедра пропедевтики педіатрії №2) та м. Львова (проф. Няньковський С.Л.). Дизайн дослідження - відкрите, мультицентрове.

Обстежено 350 дітей віком від 9 місяців і до 3 років життя з Центральних, Східних та Західних областей України, з них у Харкові – 114 дітей. У всіх дітей був визначений 3-х денний раціон харчування (2 будні і 1 вихідний день) за допомогою спеціально розроблених щоденників та електронних ваг для зважування продуктів харчування, які з'їдала дитина. Харчову цінність раціону визначали за допомогою комп'ютерної програми «Dietplan 6» (Великобританія). У 105 дітей (з них у Харкові – 35) була взята кров на визначення трансферину, феритину, еритроцитів, гемоглобіну та гематокриту. Соціальний статус дітей не враховувався. Дослідження проводились з врахуванням усіх етичних вимог, згідно Гельсінської декларації. Результати оброблено статистичними методами.

Отримані результати та їх обговорення

На момент залучення у дослідження 12 (19,05 %) немовлят, 18 (11,69 %) дітей другого і 2 (1,5 %) дітей третього року життя отримували грудне молоко. Сумішами годували 35 (55,56 %), 63 (40,91 %) і 24 (18,05 %) дітей відповідних трьох вікових груп. Грудним молоком загалом вигодовувались 32 (9,14 %), а молочні суміші отримували 122 (34,86 %) дітей. Середня тривалість грудного вигодовування становила 10,5 [1-32]¹ міс, а середній вік дітей на момент уведення молочної суміші і першого прикорму – відповідно 6 [0-20] міс і 6 [1-18] міс. Каші входили до раціону 257 (78,83 %), яловичина – 315 (93,47 %), свинина – 191 (60,06 %), м'ясо птиці – 315 (91,3 %), риба – 301 (87,76 %), яйця – 314 (91,81 %), сир – 322 (94,15 %), фрукти – 342 (99,71 %) й овочі – 343 (99,71 %) дітей. Водночас, рівень споживання немодифікованого коров'ячого молока коливався від 60 % у немовлят до 88 % у дітей третього року життя. Значною також виявилась частка дітей, які їли солодощі або цукерки (48 %), шоколад (33 %), горіхи (72 %), а також сосиски або сардельки (34 %).

¹ - тут і далі зазначено медіану, у дужках – мінімальне і максимальне значення.

Середнє загальне забезпечення дітей енергією (1165,67 ккал/добу), білками (40,53 г/добу) і вуглеводами (153,63 г/добу) перевищувало відповідні сучасні нормативи, хоча відзначались суттєві коливання всіх індивідуальних показників, насамперед кількості спожитих енергії й білків. Особливо істотним це перевищення було для білків. Водночас, середній рівень їх споживання був нижчим від вітчизняного нормативного показника (53 г/добу): 36 % дітей споживали білок в кількості 25-40 г/добу, а 31 % – 40-53 г/добу.

Лише кількість спожитих жирів (33,61 [15,64-68,62] % від загальної кількості спожитих калорій) відповідала потребам, забезпечуючи приблизно 33 % добової енергії. Відповідали рекомендованим і середні показники споживання насичених жирів (3,65 [0-43,64] %), а також холестеролу (106,4 [2,2-637,8] мг). Однак, середнє забезпечення поліненасиченими жирами було недостатнім (3,59 [0,087-19,34] %).

Відповідно до виконаних розрахунків харчовий раціон більшості дітей, залучених у дослідження, не забезпечував споживання потрібної кількості цинку (91 %), заліза (68 %), кальцію (61 %), йоду (49 %), а також вітамінів А (99 %), D (97 %), В₆ (89 %), В₁₂ (71 %), Е (70 %) і В₁ (61 %).

Поширеність залізодефіцитної анемії становила 4,8 % (95 % довірчий інтервал (ДІ): 2,07-10,76 %), поширеність латентного залізодефіциту, визначеного за вмістом феритину у крові менше 20 нг/мл, – 47,12 % (95 % ДІ: 37,8-56,64 %), а частота неадекватного споживання заліза – 68,29% (95 % ДІ: 63,23-72,94 %).

Проведено кореляційний аналіз, що дозволи виявити наявність вірогідних асоціації між харчовим дефіцитом кількох мікроелементів і вітамінів та підвищеною інфекційною й алергічною захворюваністю дітей, залучених у дослідження.

Висновки

Сучасний харчовий раціон дітей раннього віку в Україні є незбалансованим, містить надлишок енергії, білків і вуглеводів, однак, недостатню кількість численних мікроелементів і вітамінів. Найсуттєвішим виявився харчовий дефіцит цинку, заліза, кальцію і вітамінів А, D, Е, В₆, В₁₂, В₁.

Результати наукової роботи враховувалися при створенні сучасних національних методичних рекомендацій «Результати сучасного дослідження та обґрунтування прикладного меню на 7 днів для здорових дітей віком від 1 до 3 років».

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ-СИРИТ

Клименко О.В., Таран О.М., Чучва А.В, Хотиненко О.С.**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології

*КЗ «Будинок дитини №2» ДОР»

Зниження потенціалу загальнолюдських та духовних цінностей, економічних, соціальних, політичних негараздів проявляється зростанням кількості дітей-сиріт. Серйозною проблемою є стан здоров'я дітей раннього віку – вихованців будинків дитини, тому що патологічні зміни що виникають в цьому віці призводять до хронічних процесів і інвалідності в майбутньому.

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей перинатального здоров'я дітей-сиріт вихованців КЗ «Будинок дитини» м. Дніпропетровська.

Нами проведено аналіз перинатального та постнатального періоду розвитку 52 дітей-сиріт. Серед вихованців будинку дитини переважна більшість – соціальні сироти, і тільки 2 % дітей – біологічні сироти.

Вивчення особливостей перебігу антенатального періоду виявило, що 46% матерів зловживали алкоголь, 56 % – палили, 26 % – страждали на наркоманію. У третини матерів виявлено захворювання, що передаються статевим шляхом, з них сифіліс діагностовано у 8 %, трихомоніаз – 6 %, токсоплазмоз – 6 %, гепатит В та С у 8 %. Слід зазначити, що дані показники не повністю відображають істину картину захворюваності матерів тому, що 90% з них не обстежувались під час вагітності.

Недоношеними народилось більше половини дітей Серед доношених у чверті дітей виявлено затримку внутрішньоутробного розвитку. В структурі патології періоду новонародженості найбільш питому вагу мав синдром дихальних розладів, який спостерігався у 33,3 % дітей, на другому місці – кон'югаційні жовтяниці (25 %), на третьому місці – внутрішньошлуночкові крововиливи відзначено (16,7%). У чверті малюків відзначався абстинентний синдром.

У всіх вихованців будинку дитини діагностовано перинатальне ураження центральної нервової системи. В структурі даної патології найчастіше виявлявся синдром затримки психомоторного розвитку (56.%); пірамідної недостатності (48 %), синдром гіперзбудливості (46 %), синдром рухових розладів (38 %), вегетативні дисфункції (32 %), гіпертензійно-гідроцефальний синдром (24 %), гідроцефальний синдром (24 %), переферичні парези та паралічі (8 %). судомнний

синдром (8% дітей). Більш ніж у половини мешканців будинку дитини мав місце високий індекс стигматизації (більше десяти ознак диморфізму). Уроджені вади розвитку у дітей-сиріт проявлялись вадами щелепно-лицевого відділу, вадами серця; хромосомні захворювання – хворобою Дауна, фенілкенурією, синдромами Штурге-Вебера, П'єра-Робена, Маєра–Зелена.

Таким чином особливості перебігу перинатального періоду у вихованців будинку дитини потребують пильної уваги, своєчасного обстеження з метою адекватної реабілітації, медико-педагогічної та соціальної корекції даного контингенту.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ВАРИАНТОВ АНЕСТЕЗИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Коваль А.В., Борисов А.В. *, Данилова В.В., Колесниченко В.В. *,
Савченко С.С.*

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра детской хирургии и детской анестезиологии
*КУОЗ ОДКБ №1

В настоящее время анестетики широко применяются в педиатрической практике. Одними из наиболее часто применяемых анестетиков в анестезиологической практике являются кетамин и дипрофол. Однако малоизученными остаются особенности влияния различных анестетиков на центральную нервную систему, в том числе на когнитивные функции у детей. Недостаточное освещение данной проблемы обуславливает актуальность исследования.

Целью работы является изучение влияния различных вариантов анестезии на когнитивные функции у детей.

Задачей исследования является определение влияния монокомпонентной анестезии кетамином и комбинированной анестезии кетамином с дипрофолом на когнитивные функции у детей.

Материалы и методы. В обследование включено 20 детей в возрасте от 14 до 17 лет. Восьми детям проводилась анестезия с использованием кетамина (1 группа), 12 детям - комбинация дипрофола с кетамином (2 группа). Пациенты 1 группы во время анестезиологического пособия в среднем получили 4,2мг/кг кетамина, а пациенты 2 группы – 1,9мг/кг кетамина и 3,5мг/кг дипрофола. Интегральная оценка когнитивных функций проводилась непосредственно перед обеспечением анестезии и через 2-3 часа после выхода из наркоза ($p \leq 0,05$). Статистическая обработка проводилась при помощи пакета Statistica 5.0 для статистики малых выборок.

Результаты: после выхода из наркоза пациентов 1 группы показатели их когнитивных функций варьировали от 66% до 92% со средним значением 82% от исходных результатов предоперационного тестирования, тогда как во 2 группе соответствующие показатели колебались в пределах от 71% до 100% со средним значением 90% ($p \leq 0,05$). После выхода из наркоза у детей первой группы отмечалось снижение показателей когнитивных функций на 18%, тогда как у детей второй группы снижение составило 10%, то есть проведение комбинированной анестезии кетамином с дипрофолом оказывает менее выраженное отрицательное влияние на когнитивные функции у детей по сравнению с монокомпонентной анестезией кетамином.

Выводы. В детской анестезиологии применение комбинированного наркоза кетамином с дипрофолом является предпочтительнее монокомпонентного.

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КУЛЬТУРИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ УКРАЇНИ

Ковальова О.М., Кузєнков Р.В., Федосюк Р.М., Гончарова Ю.О.

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією

Актуальність та мета. Запровадження заходів з безпеки пацієнтів у лікувальних закладах є важливим фактором зниження частоти несприятливих медичних подій під час надання медичної допомоги.

Метою роботи стало, вивчення думки лікарів-неонатологів з питань запровадження в їх закладах безпекової культури.

Матеріали та методи. Було проведено анонімне анкетування 106 лікарів-неонатологів акушерських стаціонарів України з питань запровадження в їх закладах культури безпеки пацієнтів.

Результати дослідження. На думку 20% лікарів безпека пацієнтів не є головним пріоритетом для керівництва їх закладів, 16% відсотків лікарів відмітили, що керівництво їх лікарень не забезпечує робочу атмосферу, яка сприяє безпеці пацієнтів, а 42% респондентів вказали, що керівництво лікарні стає зацікавленим в безпеці пацієнтів тільки після того, коли несприятлива подія вже відбулась. При цьому 52% лікарів відмітили, що між відділеннями часто виникають проблеми з обміном інформації. Для 33% респондентів зміни з безпеки пацієнтів є проблематичними в їх закладах. На думку 29% лікарів їх безпосереднє керівництво не готове до запровадження «безпекової» культури. Хоча

87% лікарів готові особисто звітувати про свої ненавмисні помилки та обумовлені ними несприятливі медичні помилки, якщо система моніторингу буде анонімною, та 70% лікарів, якщо ця система буде не анонімною.

Висновки. В акушерських стаціонарах України існують проблеми запровадження безпекової культури, тому важливим є розроблення низки заходів як для лікарів, так і для їх безпосереднього керівництва з питань підвищення культури безпеки пацієнтів.

ЧИ ВПЛИВАЄ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ НА РОЗВИТОК ВНУТРІШНЬОУТРОБНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА ЇХ ПЕРЕБІГ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ?

*Ковальова О.М., Похилько В.І., Чернявська Ю.І., Коробка О.В.,
Артёмова Н.С.*

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія»
Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією

Актуальність. Внутрішньоутробні інфекції (ВУІ) займають вагомe місце в структурі смертності та захворюваності передчасно народжених дітей. Відомо, що окремі індивідууми реагують на інфекції та антимікробну терапію дуже мінливо та різноманітно. Ця мінливість в сприйнятливості до інфекцій бактеріального походження і їх наслідків зумовлена дією низки факторів, перш за все вірулентністю етіологічного агента та тривалістю часу між появою симптомів і початком лікування. На думку багатьох вчених генетична детермінанта також відіграє важливу роль у сприйнятливості новонароджених до розвитку інфекцій бактеріального походження та їх перебігу. Важливою складовою у розвитку системної відповіді на інфекцію у передчасно народжених є стан їх ренін-ангіотензинової системи (РАС), який визначається, поліморфізмом гену ангіотензин-перетворюючого ферменту (*ACE*), ключового ферменту не тільки РАС, але й калікреїн-кінінової системи; поліморфізму гену рецептору 1 типу до ангіотензину-2 (*AGT2R1*), який опосередковує всі основні судинні ефекти ангіотензину-2 та поліморфізму гену ендотеліальної NO-синтази (*eNOS*), який впливає на судинні реакції і стан гемодинаміки.

Мета дослідження. Вивчити асоціації між розвитком ВУІ бактеріального походження та поліморфізмом генів РАС у передчасно народжених дітей.

Матеріали і методи дослідження. Проведено когорт не перехресне дослідження, в яке включено 120 передчасно народжених

дітей з ВУІ та 30 передчасно народжених дітей без ВУІ. У них вивчали I/D поліморфізм *ACE* гену, A/C поліморфізм *AGT2R1* гену та 4a/4b поліморфізм *eNOS* гену. Для вивчення зв'язку між поліморфізмом зазначених генів та розвитком ВУІ, а також його важким перебігом (артеріальна гіпотонія, що потребувала призначення дофаміну) розраховували відношення шансів (ВШ) та 95% довірчий інтервал (ДІ).

Результати дослідження. Дослідженням виявлено однакову частоту AA, AC та CC генотипів *ACE* гену серед дітей обстежених груп ($p=0,167$). Не отримано асоціації між ID або DD поліморфізмом та розвитком ВУІ у передчасно народжених дітей (відповідні ВШ 0,32; 95% ДІ 0,09-1,12; $p=0,075$ та ВШ 0,29; 95% ДІ 0,33-1,9; $p=0,596$).

Не виявлено також достовірних відмінностей у частоті поліморфізму *AGT2R1* гену серед передчасно народжених дітей як з ВУІ, так і без неї ($p=0,146$). На межі статичної значущості виявились шанси мати ВУІ при наявності у дитини AC або CC генотипу (відповідні ВШ 2,5; 95% ДІ 0,95-6,60; $p=0,06$ та ВШ 3,2; 95% ДІ 0,34-30,42; $p=0,307$). Низьку достовірність ми пояснюємо малою кількістю пацієнтів з CC генотипом (5 дітей). Вважаємо, що потрібні подальші дослідження на більшій вибірці дітей для остаточного з'ясування ролі поліморфізму зазначеного гену в розвитку ВУІ у новонароджених.

Частота виявлення поліморфізму 4a/4b *eNOS* гену була також однаковою серед дітей обстежених груп ($p=0,276$). Шанси новонародженого мати ВУІ за умови наявності у нього поліморфного 4a/4b генотипу становили 2,13; 95% ДІ 0,81-5,61; $p=0,124$), а 4b/4b генотипу – 0,47; 95% ДІ 0,19-1,19; $p=0,113$.

Дослідженням виявлено достовірні асоціації між наявністю у дитини поєднання генотипу ID або DD *ACE* гену і AC або CC генотипу *AGT2R1* гену та розвитком ВУІ бактеріального походження у дітей (ВШ 0,39; 95% ДІ 0,16-0,96; $p=0,041$).

Розвиток артеріальної гіпотензії не був пов'язаний з DD генотипом *ACE* гену (ВШ 0,93, $p=0,860$), CC генотипом *AGT2R1* гену (ВШ 1,33; $p=0,785$), 4b/4b генотипом *eNOS* гену (ВШ 1,12; $p=0,765$), а також поєднанням DD генотипу *ACE* гену та CC генотипу *AGT2R1* гену (ВШ 0,97; $p=0,954$).

Висновки. Існують достовірні асоціації між наявністю у дитини поєднання генотипу ID або DD *ACE* гену і AC або CC генотипу *AGT2R1* гену та розвитком ВУІ бактеріального походження у передчасно народжених дітей. Не виявлено зв'язку між поліморфізмом генів PАС та артеріальною гіпотензією при ВУІ не бактеріального походження у зазначеного контингенту дітей.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ – СИНДРОМОВ ФРИНСА И НУНАН

*Ковтуненко Р.В., Толстикова Е.А., Дорошенко В.Ф. *,
Шевченко Л.И. *, Волочай В.И. **

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Кафедра госпитальной педиатрии №2 и неонатологии
*КУ «Днепропетровская детская городская
клиническая больница №6» ДОС»

Синдром Нунан известен с 1883 года, наследуется аутосомно-доминантно с частотой 1 на 1000-2500, в 50% проявляется мутацией гена RTRN-11. Синдром Фринса впервые описан в 1979, наследуется аутосомно-рецессивно с частотой 0,7 на 10000 новорожденных.

Приводим случай сочетанного проявления этих синдромов. Мальчик 2,5 месяцев переведен в отделение интенсивной терапии из отделения новорожденных, где находился после рождения. Беременность I, 37 недель, дихориальная, диамниотическая двойня, угроза прерывания в I половине. Роды путем кесарева сечения, ребенок второй из двойни, родился с низкими показателями массы и длины тела. Состояние с момента рождения очень тяжелое за счет гипоксии, респираторных, гемодинамических, метаболических расстройств. Дыхательная недостаточность III степени требовала ИВЛ в жестких режимах, которая была неэффективной, в связи с чем ребенок был переведен на высокочастотную ИВЛ.

У ребенка был выявлен фенотип синдрома Фринса: ложная левосторонняя диафрагмальная грыжа, аплазия левого легкого, агенезия купола диафрагмы, порок сердца – декстрокардия, дефект межжелудочковой перегородки, асимметрия ключиц, искривление позвоночника, укорочение конечностей, лицевой дизморфизм: микрогнатия, гипертелоризм, низкое расположение диспластичных ушных раковин, широкая переносица, эпикант.

Проявления синдрома Нунан у ребенка, кроме порока сердца и лицевого дизморфизма, включали наличие крыловидных складок шеи. Диагноз подтвержден генетиком и результатами кариотипирования. Дважды проводилась аллопластика диафрагмы: на 6-й день жизни и на 4-й неделе.

Летальный исход наступил к концу третьего месяца в связи с наличием несовместимых с жизнью пороков диафрагмы, легких, сердца.

Наличие такой генетической патологии требует своевременной дородовой диагностики с целью определения жизнеспособности и риска для потомства.

ХАРЧУВАННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОЇ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ МІСЯЦІВ ЖИТТЯ

Козакевич В.К., Зюзіна Л. С., Козакевич О.Б.

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією

Сучасні дослідження, виконані в галузі педіатрії, свідчать про те, що важливу роль в профілактиці захворювань органів травлення, дихання, харчової алергії відіграє формування нормального мікробіоценозу кишечника дитини, починаючи з перших днів її життя. Грудне вигодовування багато в чому є визначним чинником характеру мікробної колонізації кишечника. Необхідність штучного вигодовування створює передумови для формування мікроекологічних порушень. Найбільш уразливі для дизбіозу передчаснонароджені діти, шлунково-кишковий тракт яких повільно заселюється корисною мікрофлорою, що робить їх уразливими для впливу різних патогенних мікроорганізмів. Одним з можливих шляхів вирішення проблеми дизбіозу новонароджених та дітей раннього віку являється використання адаптованих молочних сумішей, збагачених пребіотиками. Суха дитяча молочна суміш Хорольського молококонсервного комбінату «Малютка premium-1», збагачена пребіотиками та нуклеотидами, повністю відповідає вимогам Європейських стандартів до дитячого харчування.

Метою даного дослідження було вивчити та дати об'єктивну оцінку клінічної ефективності використання вітчизняної суміші «Малютка-1 premium» з пребіотиками та нуклеотидами в харчуванні дітей першого року життя.

Матеріали та методи. Клінічне дослідження проведене на базі дитячого поліклінічного відділення дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави. Основну групу спостереження склали 23 дитини у віці 10 днів – 4 міс., які вигодовувалися сумішшю «Малютка premium 1».

Результати та їх обговорення. При введенні до раціону суміші «Малютка premium 1» з пребіотиками та нуклеотидами» спостерігалось значне зниження епізодів закрепів, а через три тижні використання даної суміші – повне їх зникнення. Відмічена позитивна динаміка у складі мікрофлори кишечника (достовірно підвищення

концентрації біфідо- і лактобактерій та зменшення умовно-патогенної мікрофлори, $p < 0.05$).

Висновки. Розроблення нових сумішей, що мають захисні властивості, є важливим етапом сучасної дитячої нутриціології та індустрії дитячого харчування. Робота у цьому напрямку може прискорити вирішення проблеми зниження дитячої захворюваності і покращення стану здоров'я дітей грудного і раннього віку.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ИММУНООПОСРЕДОВАННЫХ ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Козыро И.А., Рубаник Л.В., Сукало А.В.

Белорусский государственный медицинский университет

1-я кафедра детских болезней

Национальная Академия Наук

РНПЦ «Эпидемиологии и микробиологии»

г. Минск, Республика Беларусь

Целью исследования являлось определение концентрации факторов роста TGF-1 β и VEGF в сыворотке крови у пациентов с вторичными гломерулопатиями (ГП) – люпус нефритом (ЛН, n=16), посткапилляротоксическим нефритом (ПН, n=8), 1 девочки с нефритом вследствие гранулематоза Вегенера, а также детей с первичными ГП: IgA-нефропатией (n=5), нефропатией минимальных изменений (n=8), фокально-сегментарным гломерулосклерозом (ФСГС, n=8), мезангиокапиллярным гломерулонефритом (n=1) В качестве группы контроля обследовано 28 условно-здоровых пациентов. 13 детей обследованы в динамике в процессе лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения нефрологии УЗ «2-я ГДКБ», 1-й кафедры детских болезней УО БГМУ и лаборатории РНПЦ эпидемиологии и микробиологии г. Минска. Проведен ИФА с использованием тест-систем R&D Systems Quantikine ELISA «Human TGF-1 β » и «VEGF». У всех пациентов диагноз верифицирован морфологически с проведением световой, иммуногистохимической и электронной микроскопии.

У пациентов с ЛН концентрация TGF-1 β в сыворотке крови составила 112,0-280,0 Ед (25%-75% доверительный интервал (ДИ) 140-237,5), медиана – 165, в среднем 189.6 \pm 13.5. При ПН концентрация TGF-1 β составила 140,0-240,0 Ед (25%-75% ДИ 142,5-215,0), медиана – 187,5 в среднем 183,8 \pm 14,35. У условно-здоровых детей группы

контроля концентрация TGF-1 β в сыворотке крови составила 100,0-160,0 Ед (25%-75% ДИ 130,0-150,0), медиана – 140,0, в среднем 137,5 \pm 2,9. Достоверные различия в концентрации TGF-1 β в сыворотке крови получены между группами ЛН и здоровыми ($p=0.0002$) и между пациентами с ПН и контролем ($p=0,005$).

У пациентов с ЛН концентрация VEGF в сыворотке крови составила 70-1850 Ед (25%-75% ДИ 180-680), медиана – 425, в среднем 501,5 \pm 110,0. При ПН VEGF в сыворотке крови колебался в диапазоне 215-880 Ед (25%-75% ДИ 340-570), медиана – 477,5 в среднем 483,8 \pm 74,2. У детей группы контроля концентрация VEGF в сыворотке крови составила 65,5-415 Ед (25%-75% ДИ 125-230), медиана – 140, в среднем 174,2 \pm 13,9. Достоверные различия в концентрации VEGF в сыворотке крови получены между группами ЛН и здоровыми детьми ($p=0.003$), между пациентами с ПН и контрольной группой ($p=0,0002$), между ЛН и пациентами с ФСГС($p<0,05$).

В группах пациентов с вторичными ГП (ЛН, ПН) и ФСГС концентрация профибротических факторов роста коррелировала со степенью тяжести патологического процесса в почечной ткани: уровнем сывороточного креатинина, артериальной гипертензии, выраженностью протеинурии, морфологическими признаками хронизации (гломерулосклероз тубулоинтерстициальный фиброз, фиброзные полулуния), а также формированием резистентности к проводимой терапии.

Результаты. Достоверное повышение концентрации в сыворотке крови факторов прогрессирования сосудистых нарушений VEGF ($p<0,05$) и TGF1 β ($p<0,05$) у пациентов с ЛН, ПН и ФСГС в сравнении с условно-здоровой группой детей позволяет использовать данные молекулы при прогнозировании течения вторичной ГП и ФСГС.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЕРОВ АКТИВАЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОПАТИЯМИ

Козыро И.А., Рубаник Л.В., Сукало А.В.

Белорусский государственный медицинский университет

1-я кафедра детских болезней,

Национальная Академия Наук

РНПЦ «Эпидемиологии и микробиологии»

г.Минск, Республика Беларусь

Целью исследования являлось уточнение клинической значимости определения концентрации молекулярных медиаторов

CCL5/RANTES (регулятора активации нормальной Т-клеточной экспрессии и секреции) и BAFF (фактора активации В-лимфоцитов) в сыворотке крови у детей с первичными и вторичными гломерулопатиями (ГП).

Материалы и методы. Проведено обследование 25 пациентов с вторичными ГП (люпус нефрит (ЛН), посткапилляротоксический нефрит (ПН)), 22 пациентов с первичными гломерулопатиями (IgA-нефропатия, фокально-сегментарный гломерулосклероз, минимальные изменения, мезангиокапиллярный ГН), а также 28 условно-здоровых детей. 13 пациентов были обследованы повторно в процессе лечения. Забор материала проводился на базе нефрологического отделения УЗ «2-я ДГКБ» г.Минска и 1-й кафедры детских болезней УО БГМУ. Концентрация регуляторов активации Т и В-лимфоцитов в сыворотке крови определена методом ИФА с использованием тест-систем R&D Systems Quantikine ELISA “Human CCL5/RANTES” и “Human BAFF/BLys/TNFSF13B”.

Результаты. У пациентов с ЛН концентрация CCL5/RANTES в сыворотке крови составила 450-870 Ед (25%-75% доверительный интервал (ДИ) 490-535), медиана – 530, в среднем $539,4 \pm 22,9$. У детей с ПН концентрация CCL5/RANTES составила 470-540 Ед (25%-75% ДИ 495-535), медиана – 525, в среднем $515,0 \pm 9,06$. У условно-здоровых детей группы контроля диапазон колебался в пределах 260-510 Ед (25%-75% ДИ 435-480), медиана – 460, в среднем $432,9 \pm 15,08$. Достоверные различия в концентрации CCL/RANTES получены между группами ЛН и здоровыми детьми ($p=0.0001$) и между пациентами с ПН и контролем ($p=0,0003$).

Концентрация BAFF в сыворотке крови при ЛН составила 125-600 Ед (25%-75% ДИ 225-600), медиана – 360, в среднем $349,7 \pm 40$, при ПН концентрация BAFF равнялась 240-1000 Ед (25%-75% ДИ 325-465), медиана – 400, в среднем $452,5 \pm 84,2$. У условно-здоровых детей группы контроля концентрация BAFF составила 62,5-250 Ед (25%-75% ДИ 125-250), медиана – 162,5, в среднем $173,8 \pm 11,76$. Достоверные различия в концентрации BAFF в сыворотке крови получены между группами ЛН и здоровыми детьми ($p=0.0004$) и между пациентами с ПН и контролем ($p=0,0001$).

Выводы. Показано участие факторов активации Т- и В-лимфоцитов (CCL/RANTES, BAFF) в развитии вторичных ГП ($p<0,05$) в сравнении с контролем и группой первичных ГП. У пациентов с вторичными ГП концентрация молекул активации Т и В-лимфоцитов коррелировала со степенью тяжести патологического процесса в почечной ткани (артериальной гипертензией, уровнем креатинина

сыворотки крови, выраженностью протеинурии, гематурии, морфологическими и лабораторными признаками высокой активности ЛН и ПН). В случае положительной клинико-лабораторной динамики отмечалось снижение вышеприведенных молекул и, наоборот, при развитии обострения заболевания концентрация CCL/RANTES и BAFF повышалась, что позволяет использовать их в клинической практике в качестве дополнительных иммунологических маркеров для диагностики и оценки эффективности проводимой патогенетической терапии.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕДИАТОРЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВТОРИЧНЫХ ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Козыро И.А., Рубаник Л.В., Сукало А.В.

Белорусский государственный медицинский университет

1-я кафедра детских болезней

Национальная Академия Наук

РНПЦ «Эпидемиологии и микробиологии»

г.Минск, Республика Беларусь

Среди вторичных гломерулопатий (ГП) в педиатрической практике наиболее часто встречаются люпус нефрит (ЛН) и посткапилляротоксический нефрит при васкулите Шенляйн-Геноха (ПН). Поражение почек обычно определяет прогноз данных заболеваний. Иммунным нарушениям отводится ключевая роль в развитии и прогрессирования вторичных гломерулопатий.

Целью исследования являлось определение концентрации провоспалительных молекул - каспазы-1, IL-1 β и TNF α в сыворотке крови у пациентов с ЛН и ПН и уточнение их роли в развитии заболеваний. Проведен ИФА с использованием тест-систем R&D Systems Quantikine ELISA «Human Caspase-1/ICE», «Human IL-1 β /IL-1F2», «TNF α ».

Материалы и методы. На базе отделения нефрологии УЗ «2-я ГДКБ», 1-й кафедры детских болезней УО БГМУ и лаборатории РНПЦ эпидемиологии и микробиологии г.Минска проведено обследование пациентов с ЛН (n=16), ПН (n=8) и 1 девочки с гранулематозом Вегенера. В качестве группы контроля обследовано 28 условно-здоровых пациентов, в качестве группы сравнения – дети с IgA-нефропатией, нефропатией минимальных изменений, фокально-сегментарным гломерулосклерозом, мезангиокапиллярным гломерулонефритом (n=22). У всех пациентов диагноз верифицирован

морфологически с проведением световой, иммуногистохимической и электронной микроскопии. 13 детей обследованы в динамике в процессе лечения.

Результаты. У пациентов с ЛН концентрация каспазы-1 в сыворотке крови составила 25-400 Ед (25%-75% доверительный интервал (ДИ) 47,5-220), медиана – 90, в среднем 131,8±29,5. У пациентов с ПН уровень каспазы-1 находился в пределах 45-350 Ед (25%-75% ДИ 90-295), медиана – 162,5, в среднем 186,3±41,9. У условно-здоровых детей группы контроля концентрация колебалась от 12,5 до 80 Ед (25%-75% ДИ 35-80), медиана – 50, в среднем 48,66±4,07. Достоверные различия в концентрации каспазы-1 в сыворотке крови получены между группами ЛН и здоровыми ($p=0.007$) и между ПН и контролем ($p=0,0005$).

У пациентов с ЛН концентрация IL-1 β в сыворотке крови составила 15,6-95,0 Ед (25%-75% ДИ 19-61,75), медиана – 26, в среднем 40,56±6,74. При ПН концентрация IL-1 β равнялась 15,6-31,3 Ед (25%-75% ДИ 15,6-29,65), медиана – 25. У группы контроля диапазон составил 5-27,0 Ед (25%-75% ДИ 7,75-27,0), медиана – 15,6, в среднем 13,74±1,15. Достоверные различия в концентрации IL-1 β получены между группами ЛН и здоровыми ($p=0.0001$) и между пациентами с ПН и контролем ($p=0,005$).

У пациентов с ЛН концентрация TNF α в сыворотке крови составила 40,0-120,0 Ед (25%-75% ДИ 50-85), медиана – 60, в среднем 67,2±5,4. При ПН TNF α колебался от 31,2 до 80,0 Ед (25%-75% ДИ 45,0-63,75), медиана – 61,25 в среднем 56,4±5,45. У группы контроля TNF α находился в диапазоне 31,2-62,5 Ед (25%-75% ДИ 35-47,5), медиана – 40,0, в среднем 42,1±1,8. Достоверные различия в концентрации TNF α в сыворотке крови получены между группами ЛН и здоровыми ($p=0.0001$) и между пациентами с ПН и контролем ($p=0,02$).

В группах пациентов с вторичными ГП концентрация провоспалительных цитокинов коррелировала со степенью тяжести патологического процесса в почечной ткани (выраженностью протеинурии, гематурии, уровнем сывороточного креатинина, артериальной гипертензией, морфологическими и лабораторными признаками высокой активности ЛН и ПН).

Выводы. Установленное достоверное увеличение концентрации провоспалительных цитокинов каспазы-1, IL-1 β , TNF α у пациентов с вторичными ГП ($p<0,05$) по сравнению с контролем и группой сравнения, а также изменение концентрации вышеприведенных цитокинов в процессе лечения или, наоборот, развития рецидива

болезни, свидетельствует об их участии в патогенезе ЛН, ПН и нефрита при гранулематозе Вегенера, что позволяет использовать их в качестве дополнительных критериев в диагностике и оценке адекватности проводимой терапии.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

Кондратьєв В.О., Єгоренко О.В. , Мошик Л.Г.* , Забудська О.Г.**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної педіатрії №1

**КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня Дніпропетровської обласної ради»*

Важливим резервом у вирішенні проблеми негоспітальних пневмоній (НП) в педіатрії є визначення особливостей перебігу цих захворювань у дітей різного віку, що дозволяє прогнозувати їх тяжкість, обґрунтувати клінічну тактику, підвищити якість лікування, провести своєчасну профілактику ускладнень від пневмоній у схильних до цього дітей. Метою дослідження було визначення вікових особливостей перебігу НП в дитячому віці.

Матеріали і методи. Для визначення вікових особливостей перебігу захворювання було проаналізовано 253 випадки НП у дітей віком від 1 до 9 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні м.Дніпропетровська. У першу групу увійшли 119 хворих з вогнищевою формою без легеневих ускладнень, у другу - 73 із сегментарною формою без легеневих ускладнень, у третю – 61 хворий з пневмонією, ускладненою плевритом. Повне клініко-лабораторне обстеження проводилося в періоді розпалу хвороби і на 3-4 тижні, в періоді регресії пневмонічного процесу.

Результати. Аналіз вікових особливостей НП показав, що у дітей перших трьох років серед неускладнених пневмоній переважала вогнищева форма (47%), при цьому сегментарна форма і пневмонії, ускладнені плевритом, зустрічалися вірогідно рідше - 28% і 25%, відповідно ($p < 0,05$). В усіх трьох групах у дітей раннього віку переважала однобічна локалізація патологічного процесу (з вогнищевою формою – 70,8%, з сегментарною – 87,2%, ускладненою плевритом – 85,7% випадків однобічної локалізації, при $p < 0,001$ у порівнянні з двобічними формами). Права легень при однобічному процесі у випадках вогнищевої і сегментарної форми неускладнених НП уражалася значно частіше ($p < 0,01$), ніж ліва (процес праворуч розвивався серед однобічних вогнищевих пневмоній у 76,5%, серед

сегментарних пневмоній – у 72,7% випадків). У третій групі, серед пневмоній, ускладнених плевритом, було аналогічне ураження – 70% випадків правобічної локалізації.

У віці від 4 до 6 років також переважала вогнищева форма пневмонії (53,3%), при цьому сегментарна форма і пневмонії, ускладнені плевритом зустрічалися вірогідно рідше ($p < 0,01$ і $p < 0,001$, відповідно). Права легеня, як і в попередній віковій підгрупі, уражалася значно частіше – 70,9% випадків однобічного ураження.

Серед дітей молодшого шкільного віку (7-9 років) зберігалася аналогічна тенденція – переважала вогнищева форма пневмонії (40,7%), а сегментарна форма і пневмонії ускладнені плевритом зустрічалися дещо рідше ($p > 0,05$), всього – у 59,3% випадків, хоча серед цієї вікової групи був найбільший відсоток хворих з пневмонією, ускладненою плевритом – 29,6% ($p > 0,1$ порівняно з групами дітей 1-3 років і 4-6 років). Права легеня, як і в попередніх вікових підгрупах, уражалася частіше -70,6% однобічних уражень.

Висновки. Вікові особливості НП характеризувались в усіх вікових групах високою частотою вогнищевої форми пневмонії з локалізацією патологічного процесу переважно у правій легені – від 70,6% до 76,5% випадків. У віці 4-6 років кількість випадків НП, ускладнених плевритом, була дещо меншою в порівнянні з іншими віковими підгрупами. Переважання правобічного процесу пояснювалося анатомо-фізіологічними особливостями органів дихання, а саме, більш широким правим бронхом, який відходить під тупим кутом від трахеї, що сприяло більш швидкому розповсюдженню інфекції.

ДІАГНОСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗАПАЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЙНИМ ЕНДОКАРДИТОМ

*Кондратьєв В.О., Порохня Н.Г., Сушко О.М.**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної педіатрії №1

*КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

Дніпропетровської обласної ради»

Незважаючи на досягнення у діагностиці і лікуванні інфекційного ендокардиту (ІЕ) дане захворювання і в теперішній час має тяжких перебіг, високий ризик розвитку ускладнень та неоднозначний прогноз. Важливою особливістю сучасного перебігу ІЕ у дітей є залучення до запального процесу декількох клапанів серця і

частіше, ніж у дорослих, мітрального клапана (Мт-клапана) або його ураження у сполученні із запальним пошкодженням аортального клапана. Метою дослідження було визначення найбільш значущих ехокардіографічних критеріїв запального пошкодження Мт-клапана у дітей з ІЕ.

Матеріали і методи. Одним із основних методів, які підтверджують діагноз ІЕ, залишається ехокардіографія. Для визначення інформативних діагностичних ехокардіографічних критеріїв запального пошкодження Мт-клапана і його структур були обстежені діти з ІЕ та пролапсом Мт-клапана віком від 1 місяця до 17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіоревматологічному відділенні КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР». Були сформовані альтернативні групи: 1) діти з ІЕ без уродженої вади серця (n=12); 2) діти з пролапсом Мт-клапана незапального генезу на тлі синдрому дисплазії сполучної тканини (n=18). Всім дітям здійснювалась комплексна оцінка морфофункціонального стану серцево-судинної системи за допомогою доплерехокардіографії, визначення коефіцієнта ультразвукової щільності (Куш) оболонки і структур серця з використанням комп'ютерної програми, реєстрації ЕКГ. Були проаналізовані ехометричні показники ультразвукової щільності Мт-клапана, його підклапанних структур і трансмітральна гемодинаміка.

За допомогою послідовного аналізу Вальда та оцінки інформативності ознак за розрахованою мірою Кульбака з поправкою Йейтса на безперервність розраховувались діагностичний коефіцієнт (ДК) та загальна інформативність (І) клінічних ознак, доплерехокардіографічних показників трансмітральної клапанної гемодинаміки та ехометричних показників ультразвукової щільності ендокарда, Мт-клапана та його структур. Інформативними вважали ознаки з коефіцієнтом І більше 0,8.

Результати. При дослідженні з'ясувалося, що діагностично значущими показниками запального пошкодження Мт-клапана у дітей, хворих на ІЕ, з найбільшою загальною інформативністю виявилися підвищення Куш заднього папілярного м'яза Мт-клапана (І=8,43), підвищення Куш ендокарда задньої стінки лівого шлуночка (І=4,95), підвищення Куш переднього папілярного м'яза Мт-клапана (І=4,56), підвищення Куш ендокарда міжшлуночкової перегородки у лівому шлуночку (І=4,17), індекс хвилинного об'єму мітральної регургітації (І=2,08) та підвищення Куш задньої стулки Мт-клапана (І=1,94).

Висновки. Для ранньої діагностики і своєчасного попередження розвитку недостатності Мт-клапана при ІЕ у дітей є важливим

використання в клінічній практиці розроблених інформативних діагностичних ехокардіографічних критеріїв запального пошкодження Мт-клапана. Вчасна діагностика і корекція терапії гемодинамічних порушень при цьому сприятиме запобіганню формування набутих вад серця та розвитку хронічної серцевої недостатності у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ХЛОПЧИКІВ ПІДЛІТКІВ НА ТЛІ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

*Кондратьєв В.О., Равлінко А.А. *, Пінський В.Л. **

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної педіатрії №1

*КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня
Дніпропетровської обласної ради»

Метою дослідження було визначення особливостей серцевої діяльності у хлопчиків підлітків на тлі синдрому дисплазії сполучної тканини.

Матеріали і методи. Було проведено клініко-ехокардіографічне обстеження 34 хлопчиків підлітків з синдромом дисплазії сполучної тканини (СДСТ) у віці 14-17 років, мешканців Дніпропетровської області, які перебували на обстеженні від військомату у відділенні кардіоревматології Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні. У всіх випадках дітям здійснювали комплексне обстеження серцево-судинної системи з проведенням доплерехокардіографії (ДЕхоКГ), електрокардіографії, випробування з фізичним навантаженням.

Результати. При обстеженні фізичного розвитку підлітків з СДСТ у 26,4% випадків були виявлені високорослі хлопчики з високою і дуже високою довжиною тіла, що впливало на розвиток серцево-судинної системи.

За даними ДЕхоКГ обстеження у хлопчиків із СДСТ був виявлений помірний негативний кореляційний взаємозв'язок між розмірами порожнини правого та лівого шлуночка (ЛШ) ($r = -0,58$), а також між розміром порожнини ЛШ і показником насосної функції ЛШ (ФВ) ($r = -0,53$). Тобто, у хлопчиків із СДСТС при збільшенні розміру порожнини ЛШ спостерігалась тенденція до зниження його насосної функції, що могло бути ранньою ознакою формування лівошлуночкової недостатності. У переважній більшості хлопчиків із СДСТС (91,2%) за даними ДЕхоКГ обстеження виявлялися малі аномалії розвитку серця (МАРС) – фальшхорди, при цьому у

хлопчиків достовірно частіше виявлялось функціонуюче овальне вікно (11,8%) і пролапс мітрального клапана I-II ст. (32,4%). При аналізі стану трансмітрального кровотоку було визначено, що підлітки в 52,9% випадків мали Мт-регургітацію I-II ст., яка була гемодинамічно незначною, при цьому переважала Мт-регургітація I ст. (72,2% всіх випадків). Регургітацію на трикуспідальному клапані було зареєстровано у переважній більшості обстежених хлопчиків (91,2%), яка в більшості випадків також була гемодинамічно не значущою. При цьому Тк-регургітація II-III ст. реєструвалась у 54,8% обстежених. У таких підлітків регургітація реєструвалась одночасно на мітральному і трикуспідальному клапанах.

Висновки. При обстеженні стану здоров'я хлопчиків підліткового віку і виявленні СДСТ необхідне поглиблене обстеження серцево-судинної системи із застосуванням ДопплерЕхоКГ для визначення можливих порушень клапанної гемодинаміки і здійснення подальшого спостереження у кардіолога в групі ризику по розвитку кардіальної патології.

ПРОБЛЕМА ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Кондратьев В.А., Ширикина М.В., Линник В.А., Воронова Г.Л.

КУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Кафедра госпитальной педиатрии №1

Днепропетровская областная клиническая больница ДОС

Токсико-аллергические дерматиты (ТАД) являются одной из актуальных проблем современной медицины в связи с высокой распространенностью (более половины всех случаев аллергических заболеваний), тяжелым течением синдромов Стивенса-Джонсона и Лайелла, необходимостью проведения интенсивной терапии и оказания реанимационной помощи детям при неотложных состояниях (шок, СПОН, отек гортани), сложностью этиопатогенетической терапии. Побочное действие лекарственных средств (ПДЛС) продолжает оставаться одной из главных причин развития ТАД. Несмотря на то, что точно известны фармакологические действия каждого из зарегистрированных в Украине препаратов, возможность развития побочных реакций в большинстве случаев остается непредсказуемой. Неуклонному росту числа побочных эффектов фармакотерапии способствует алергизация населения за счет загрязнения экологической среды, немалый вклад в процесс алергизации населения вносят пестициды и нитраты,

обнаруживаемые в овощах, консерванты и различные пищевые добавки, антибиотики и гормональные средства, попавшие в продукты питания при лечении больных животных или в качестве стимуляторов их роста.

Целью исследования было изучение этиологической структуры токсикоаллергических дерматитов у детей, проходивших лечение в областной детской клинической больнице г. Днепропетровска.

Под нашим наблюдением находились 62 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 16 лет, которые были госпитализированы в клинику за последние 4 года с предварительными диагнозами: острая крапивница (20), токсико-аллергический дерматит (24), синдромы Стивенса Джонсона (7) синдром Лайелла (10). Дети в возрасте от трех месяцев до 3 лет составили 48,0 %, 3–7 лет — 22,8 %, с 7 до 10 лет — 16,5%, и с 10 до 16 лет — 12,7%. Преобладали мальчики — 58,6 %. У 13 детей дерматит сочетался с отеком Квинке. У подавляющего числа больных, по данным проведенного исследования, наиболее частой причиной аллергических реакций является лекарственная аллергия, преимущественно — антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда в форме сиропов, нестероидные ПВС, витамины группы В. У большинства детей установить причину развития токсико-аллергических проявлений не удалось из-за полипрогмазии.

У подавляющего большинства детей токсико-аллергический дерматит развился на фоне ОРВИ (57,7 %), а также ангины (7,2%), пневмонии (11,0%), дисбактериоза кишечника (21,3%), перинатального поражения центральной нервной системы (18,4%), раннего искусственного и нерационального вскармливания, аллергии на некоторые пищевые продукты — (16,6%), что подтверждает решающую роль в возникновении токсико-аллергических дерматитов сенсibilизации организма к антигенам различной природы. Достаточно часто имели место хронические очаги инфекции (тонзиллит, гайморит, синусит, и др.). Наиболее тяжелые токсико-аллергические реакции возникали у детей, имеющих патологию гепатобилиарной системы. Вероятнее всего, ТАД у пациентов исследуемой группы развивался вследствие одновременного воздействия аллергических, токсических и инфекционных факторов.

Эти данные полностью совпадают с литературными, в которых подчеркивается, что ОРВИ являются значимыми факторами риска, при которых снижается иммунная толерантность, увеличивается продукция IgE, количество эозинофилов в крови и скорость их

миграции в шоковый орган, что определяет темпы манифестации тяжелых форм аллергических поражений кожи.

В связи с этим, ранняя и, что немаловажно, быстрая диагностика ТАД, определяющая своевременность и эффективность проводимой терапии, основана главным образом на анализе клинических проявлений, подробном сборе анамнеза заболевания и жизни и, в меньшей степени, лабораторных показателей. Дело в том, что серьезные иммунологические исследования, в которых нуждается эта категория больных, требуют существенных финансовых затрат и времени, в то время как больные с ТАД часто нуждаются в оказании немедленной реанимационной помощи. Однако данная категория больных требует обязательного диспансерного наблюдения и тщательного иммунологического обследования в последующем.

ЕНДОТЕЛІЙРЕГУЛЮЮЧІ ФАКТОРИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

*Коренєв М.М., Богмат Л.Ф., Ніконова В.В., Носова О.М.,
Бессонова І.М., Євдокимова Т.В.*

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

Мета: визначити взаємозв'язок рівнів стабільних метаболітів оксиду азоту ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) та ендотеліну-І з показниками ендотеліязалежної вазодилатації у підлітків із артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 115 юнаків з АГ 14-18 років, в яких визначена концентрація суми стабільних метаболітів оксиду азоту ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) та ендотеліну-І плазми крові. Функцію ендотелію оцінювали за допомогою цифрової системи ультразвукової діагностики SA 8000 Live лінійним датчиком частотою 9 МГц (Celermajer et al., 1992) в пробі з ендотеліязалежною вазодилатацією (реактивною гіперемією), за норму вважали приріст її діаметру на 10 % від вихідного.

Результати. Встановлено, що в перші два-три роки розвитку АГ у підлітків відбувається приріст суми нітрит-нітратів ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) від ($23,97 \pm 2,59$) мкмоль/л на першому році до ($34,03 \pm 3,76$) мкмоль/л та ($31,39 \pm 2,41$) мкмоль/л та другому-третьому роках, відповідно ($p < 0,05$). При тривалості АГ понад три роки показники плазмової концентрації ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) не зростали і зберігалися на рівні ($23,97 \pm 2,59$) мкмоль/л.

Протилежна тенденція простежена з боку показників ендотеліну-І. Так, середні його значення виявились найменшими в

юнаків на перших етапах розвитку АГ ($(0,71 \pm 0,04)$ пкмоль/л та $(0,72 \pm 0,06)$ пкмоль/л від року до двох-трьох) і зростали в подальшому до $(1,0 \pm 0,23)$ пкмоль/л ($p < 0,05$).

Вказані зміни вазоактивних факторів ендотелію в пацієнтів з АГ співпадали з результатами ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД), яка змінювалась в залежності від тривалості АГ. Так збільшення діаметру плечової артерії після її декомпресії досягало $(6,83 \pm 2,20)$ % у хворих з вперше встановленим діагнозом та $(6,67 \pm 3,69)$ % з тривалістю АГ до року, а при «стажі» АГ понад три роки знаходилось на рівні $(3,63 \pm 2,95)$ % ($p < 0,05$). Тобто, значення ендотелійзалежної вазодилатації максимально наближені до нормальних значень (10 %) зареєстровано лише в пацієнтів в перші роки захворювання.

Таким чином, у підлітків із АГ, протягом перших трьох років захворювання, встановлено максимально виражене напруження адаптивних реакцій ендотелію зі збільшенням плазмової концентрації ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$), що спрямовано на стабілізацію судинного тонуусу і вичерпується при подальшому перебігу АГ й характеризується відсутністю приросту рівня ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) на тлі високої концентрації ендотеліну-І з погіршенням показників ендотелійзалежної вазодилатації.

УДОСКОНАЛЕННЯ ДИНАМІЧНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ З ОЖИРІННЯМ

*Косовцова Г.В., Будрейко О.А., Нікітіна Л.Д., Юдченко О.І.,
Левчук Л.П.*

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»
Відділення ендокринології

Основою лікування ожиріння є збалансоване раціональне харчування, активізація фізичної діяльності в поєднанні зі зміною способу життя. У той же час при терапії ожиріння у дітей виникають певні труднощі, оскільки, на жаль, більшість хворих не завжди дотримуються дієти і не в змозі істотно розширити режим фізичних навантажень. Окрім того, низька ефективність лікування обумовлена наявністю у частини хворих інсулінорезистентністю, яку вважають пусковим фактором та складовою частиною таких хвороб, як атеросклероз, артеріальна гіпертонія, а особливо метаболічний синдром та цукровий діабет 2 типу.

Метою роботи було підвищення ефективності лікування ожиріння у дітей та підлітків завдяки удосконаленню динамічного контролю.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилось 56 дівчат та 61 хлопець 8-16 років із ожирінням, яких обстежено відповідно до Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія». Катамнестичне обстеження проводилось через 4-6 та 9-12 місяців. Створення бази даних та статистична обробка результатів проводились з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel та SPSS 17.0.

Результати дослідження. На тлі постійного дотримання гіпокалорійного харчування і збільшення фізичної активності дітям та підліткам, хворим на ожиріння, в умовах стаціонару (не рідше 2 разів на рік) проводили контроль клінічних, гормонально-метаболічних та інструментальних параметрів. Всім пацієнтам призначали базисну терапію, що передбачала дієтичне харчування (гіпокалорійна дієта № 8), внутрішньом'язово дегідратаційні препарати, внутрішньо метіонін, полівітаміни, лікувальну фізкультуру. При необхідності призначався диференційований комплекс медикаментозної терапії з використанням дегідратаційних препаратів, бігуанідів, ноотропних, судинних, фітоседативних засобів. Використання такого динамічного контролю за дітьми та підлітками з ожирінням сприяло позитивній динаміці клініко-метаболічних показників, когнітивного та психоемоційного функціонування протягом 4–6 місяців, однак при тривалих перервах в лікування (рік і більше) реєстрували погіршення цих показників. Катамнестичні спостереження за пацієнтами із ожирінням показали, що ефективність лікування із застосуванням удосконалення динамічного контролю за рахунок регулярного визначення клінічних, гормонально-метаболічних та інструментальних параметрів, диференційованого підходу до застосування медикаментозного лікування вдвічі перевищує ефективність стандартного підходу до лікування ожиріння.

Висновок. Таким чином, удосконалення динамічного контролю за дітьми та підлітками з ожирінням дозволить підвищити ефективність і якість лікування даного контингенту хворих.

СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ – СИРИТ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬСЯ У ПРИЙОМНИХ СІМ'ЯХ

Костенко Т.О.

Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України»

Вивчення стану здоров'я дітей-сиріт, що виховуються у прийомних сім'ях, на теперішній час залишається актуальним напрямком сучасної медицини. Згідно договору соціального партнерства між Харківською обласною державною адміністрацією та Державною установою «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України» від 02.04.2012 року по теперішній час проводиться здійснення медичної допомоги дітям - сиротам та дітям, без батьківської опіки, які виховуються в дитячих домах сімейного типу та в прийомних сім'ях. На 1 січня 2015 року в Харківській області проживає 4470 дітей-сиріт, із них 1107 виховуються в 82 дитячих будинках сімейного типу та 324 в прийомних сім'ях. Відділення педіатрії Центру реабілітації являється базовим для госпіталізації і проведення комплексної лікарсько-діагностичної допомоги дітям-сиротам.

Метою дослідження було вивчення соматичного стану здоров'я у дітей - сиріт, які виховуються в прийомних сім'ях.

Матеріали і методи дослідження_ В умовах відділення педіатрії ДУ «ІОЗДП НАМНУ» за увесь період спостереження комплексно обстежено - 907 дітей –сиріт: за 2012 рік – 240; 2013 рік – 321; 2014 рік -346. Мешканців районів Харківської області - 873 (59 повторно), м. Харків – 34 (9 повторно). Віковий склад дітей-сиріт у 2014 році був наступним: дітей у віці від 2 до 6 років – 15,3%; дітей у віці від 7 до 14 лет – 67,4%; підлітків від 15 до 18 лет – 17,3%. Стаціонарне обстеження включало обов'язковий та додатковий об'єми дослідження. Згідно переліку обстеження обов'язкового об'єму дослідження кожній дитині проводився клінічний аналіз крові та сечі, аналіз калу на я/глист, ЕКГ, ехоsonoграфія, ехокардіографія. Всі діти були оглянуті неврологом, педіатром, гастроентерологом, отоларингологом, окуліс-том, психіатром, кардіологом, ендокринологом, дитячим гінекологом, ортопедом. Отримані результати було об'єднано в електронні бази даних і статистично оброблено з використанням пакету програм «SPSS Statistics 17.0».

Отримані результати. Серед дітей-сиріт, які повністю були обстежені у відділенні педіатрії у 91,2% випадків патологічні стани та захворювання були встановлені вперше. Досліджено, що найбільш розповсюдженими захворюваннями у дітей-сиріт були розлади органів травлення, які виявлялися у 57,6% досліджених: функціональні порушення (функціональні диспепсії, функціональні розлади жовчного міхура) складала 36,4%; хронічний гастрит у 9,5%; хронічний холецистит у 10,1%. На другому місці реєструвалися захворювання нервової системи й психічні розлади (47,3%). В цю рубрику захворювань увійшли наслідки раннього органічного захворювання центральної нервової системи, вегетативно-судинна дисфункція, мінімальна мозгова дисфункція, енурез, неврозоподібні стани, синдром гіперактивності з дефіцитом уваги, затримка мовного та розумового розвитку, порушені форми поведінки. На третьому місці діагностувалися ендокринні порушення. Частота їх у дітей-сиріт складала 45,2%. Вони були представлені у вигляді затримки росту та полового розвитку, субклінічного гіпотиреозу, диффузного зобу I-II ст., аутоімунного тиреоїдиту, гіпоталамічного синдрому, підлітковою мастопатією, синдромом інвертованого пубертату, порушеннями менструальної функції у дівчаток. Захворювання серцево-судинної системи мали місце у 21,3% дітей-сиріт, які в основному були представлені диспластичними кардіоміопатіями. В результаті проведення ехокардіографії була встановлена висока частота вроджених структурних аномалій серця. При цьому, пролапс мітрального клапану реєструвався у 71,92%. Нерідко, він супроводжувався ідіопатичним "стовщенням", "лохматістю", міксоматозною трансформацією стулок у 18,46%. Аберантні хорди (косі, поперекові), частіше множинні, виявлялися у порожнині шлуночків, в основному у лівому, у більшості дітей-сиріт у 86,9%. Слід також відмітити, що у більшості дітей-сиріт мало місце сполучення пролабування атріовентрикулярних клапанів з іншими малими структурними аномаліями, особливо з аберантними хордами у 68,81%. Рідше (7,8%) реєструвалися локальна гіпертрофія міокарду у місцях прикріплення хорд, деформація, нерівномірне стовщення межшлуночкової перетинки, в поодиноких випадках виявлялося аномальне прикріплення та гіпертрофія папілярних м'язів. Незважаючи на значні прояви дисплазії сполучної тканини серця у дітей-сиріт камери серця розширені не були. Як правило, зміни з боку серця поєднувалися з іншими диспластичними проявами (деформація грудної клітини, сколіоз, гіпермобільність сугавів, дискінезії шлунково-кишкового тракту, вегетативні дисфункції,

затримки темпів росту та полового розвитку та ін.). Середні показники фракції викиду за даними ехокардіографії у більшості дітей-сиріт були вище 60% (у 86,9%). Зниження скоротливої функції міокарду (фракція викиду була нижче 60%) відмічалася у 13,1% дітей-сиріт.

Вроджені аномалії, генетично детермінована патологія, порушення обміну речовин зустрічалися у 17,9%. Комплексне обстеження дозволило практично у більшості дітей-сиріт виявити два і більше супутніх захворювань. У 42,0% зареєстровано сполучення захворювань органів травлення (дискінезії жовчного міхура, хронічний холецистит, гастродуоденіт) та порушення нервово-психічної сфери на тлі дисплазії сполучної тканини, порушень опорно- рухового апарату. У 25,9% дітей-сиріт виявлені ознаки системної недиференційованої дисплазії сполучної тканини з наслідками раннього органічного ураження ЦНС та ендокринними порушеннями. Хронічна ЛОР-патологія виявлялася у 10,0% дітей-сиріт. Запалення слизової оболонки статевих органів у дівчаток, як одне із супутніх захворювань, встановлено у 19,5% випадків. Порушення обміну сполучної тканини та вроджені вади розвитку, хромосомні порушення у 16,4%. Залізодефіцитна анемія вперше встановлена у 4,7% дітей-сиріт. Патологія сечовидільної системи виявлялася у 2,6%, хвороби системи крові та імунітету – 1,7%. Патологія органу зору, у тому числі вроджена, реєструвалася у 6,2% дітей-сиріт. Глістна інвазія (ентеробіоз, лямбліоз) виявлено у 17,6%. Встановлено, що більш ніж 80% досліджених дітей - сиріт мали поліорганну патологію. Статус інваліда дитинства за неврологічною симптоматикою мали 2,3% дітей- сиріт.

Висновок. Таким чином, у дітей-сиріт, які виховуються в прийомних сім'ях, реєструвалася досить висока частота захворювань з боку травної, серцево-судинної, ендокринної та нервової системи, психічні розлади, порушення обміну сполучної тканини та вроджені вади розвитку, хромосомні порушення. Санація соматичної патології у дітей-сиріт є вагомою частиною профілактичних, так і реабілітаційних заходів, які не тільки дозволять знизити ризик формування хронічної патології, але й запобігти її несприятливого перебігу.

ЗАТЯЖНОЕ ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ: ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА

*Кравченко Л.Г., Лотыш Н.Г., Папинко Р.М., Рогачева Л.А.,
Соболева К.Б., Левицкая С.Н.*

Одесский национальный медицинский университет
Дорожная детская клиническая больница

Согласно современной классификации пневмоний критериями затяжного течения есть отсутствие регресса пневмонических симптомов в течение 6 недель и более. Для проведения корректирующих мероприятий во избежание трансформации процесса в затяжное течение целесообразно учитывать критерии риска.

В связи с этим целью работы поставлено – проанализировать особенности пневмонического процесса у детей в зависимости от характера течения.

Под наблюдением находилось 30 детей с острым течением внебольничной пневмонии, 20 детей - с затяжным, в возрасте от 1 до 14 лет. Диагноз пневмонии устанавливали в соответствии с критериями действующего протокола №18 «Дитяча пульмонологія». В группах обследованных преобладали дети дошкольного возраста, соответственно, (76,6±7,7) % и (60,0±10,9) %. Достоверных гендерных отличий не обнаружено.

Результаты исследования. Установлено, что начало заболевания при остром течении пневмонии у (80,0±7,3) % было типичным (острое начало, фебрильная температура, симптомы интоксикации), при затяжном – у (60,0±10,9) %.

В случаях затяжного течения внебольничной пневмонии отмечена поздняя госпитализация (после 6-го дня) и запоздалое назначение антибиотикотерапии у (65,0±10,6) % пациентов, что значительно выше, чем при остром течении ($p < 0,01$). Существенно отличалось число выявленных осложнений: при остром течении – у (16,6±6,8)% диагностирован фибринозный плеврит, при затяжном течении у (45,0±11,1)% - фибринозный и выпотные плевриты, ($p < 0,01$). Локализация внебольничной пневмонии при остром течении подтверждена рентгенологически: левосторонняя у (23,3±7,7) %, правосторонняя – (56,6±9,0) %, двусторонняя – (20,0±7,3)%, при затяжном течении, соответственно, (45,0±11,1)%, (25,0±9,6)%, (30,0±10,2)%, что свидетельствует о достоверном доминировании левосторонней локализации пневмонии у детей.

В ходе работы проведен анализ взаимосвязей выявленных особенностей с характером течения пневмоний, установлены

корреляционные связи умеренной силы с поздней госпитализацией, левосторонней локализацией процесса, сильные – с отсроченным назначением антибиотиков.

Учет выявленных факторов риска затяжного течения при внегоспитальных пневмониях у детей будет способствовать активизации лечебных мероприятий с момента поступления больного для профилактики развития осложнений и хронизации процесса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА “ПЕКТОЛВАН Ц” В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Кузнецов С.В., Вовк Т.Г., Татаркина А.М., Копейченко Т.С., Кипаренко А.Ю., Баталичева И.И., Рожнова А.С.
Кафедра детских инфекционных болезней ХНМУ

В последние годы внимание педиатров привлекают эффективные методы лечения заболеваний респираторного тракта, вызванных различными возбудителями ОРВИ. Бронхиты – наиболее распространенные заболевания дыхательной системы. У детей раннего возраста воспаление бронхов нередко протекает с обструктивным синдромом, обусловленным отеком слизистой, повышенной бронхиальной секрецией, бронхоспазмом. В первые три года жизни обструктивный бронхит переносят около 20 % детей. У половины из них эпизоды бронхообструкции повторяются. Такие дети составляют группу риска по развитию хронической бронхолегочной патологии. В связи с этим вопросы лечения бронхитов являются актуальными.

В терапии патогенетически обосновано и широко используются муколитические средства. В этой связи наше внимание привлек новый препарат “Пектолван Ц”, состоящий из сбалансированной комбинации двух ингредиентов разного принципа действия: муколитика амброксола и мукорегулятора карбоцистеина. Препарат “Пектолван Ц” оказывает комплексное действие на все основные нарушения в работе мукоцилиарного клиренса, не вызывает «заболоченности» легких, усиливает антибактериальную и противовирусную активность бронхиального секрета, повышает эффективность антибиотиков и может применяться во всех возрастных группах, начиная с 1-го месяца жизни детей

Целью работы: оценка эффективности применения Пектолвана Ц в комплексной терапии ООБ. Пектолван Ц использован в лечении 36 детей в возрасте 3 месяцев - 5 лет. Препарат назначали в возрастной дозировке внутрь, 2 – 3 раза в сутки, в течение 7 дней.

Группу контроля составили 15 детей аналогичного возраста и пола, получавших в комплексной терапии отхаркивающие препараты. Общеклиническое обследование детей включало сбор анамнеза, объективных данных, анализа результатов лабораторных, функциональных и рентгенологических исследований. Этиологическая структура ОРВИ с обструктивным бронхитом была представлена у 32(88,9%) детей РС – вирусами, у 3(8,3%) – аденовирусами и у 1(2,8%) – риновирусами. Чаще всего эпизоды ООБ развивались у детей на 2 – 3 году жизни (80,6%). В начальном периоде клиническая картина ООБ характеризовалась повышением температуры тела, першением в горле, насморком, общим недомоганием. К концу первых суток появлялись симптомы бронхиальной обструкции, которые сопровождалась тахипноэ (до 40 - 44 в 1 мин.). Одышка имела экспираторный или смешанный характер, у 15(41,7%) больных – с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. У всех детей кашель был малопродуктивным со скудной мокротой, иногда мучительный, приступообразный, не приносящий облегчения. Терапия ООБ включала соблюдение режима, применение молочно - растительной диеты, обильного, дробного питья, инстиляции увлажненного кислорода. Широко использовали ингаляционную терапию с использованием небулайзеров и ультразвуковых ингаляторов.

Оценку эффективности терапии Пектолваном Ц проводили по наличию положительной клинической динамики: улучшению самочувствия, изменению характера кашля - его достаточной продуктивности и уменьшению частоты приступов. Результаты лечения у всех детей обследуемой группы расценены как положительные. На 3 сутки с момента назначения Пектолвана Ц у 29(80,5%) детей кашель становился продуктивным и урежался, у 5(13,9%) больных такая динамика наблюдалась на 4 сутки, у 2(5,6%) больных сухой кашель сохранялся до 5 дня от начала терапии. Одышка исчезала на $4 \pm 0,37$ сутки.

В контрольной группе кашель становился продуктивным и урежался на 3 сутки в двух детей, на 5 сутки - в восьми и на 7 – 8 сутки - в пяти. Одышка сохранялась более продолжительно до $6,13 \pm 0,29$ суток.

Таким образом, использование препарата “Пектолван Ц” в комплексной терапии ООБ у детей, способствует более быстрому купированию симптомов патологического процесса, восстановлению физиологического ритма дыхания и общего состояния. Отсутствие побочных эффектов, высокая эффективность препарата позволяют рекомендовать его к широкому применению в педиатрической практике.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кузнецов С.В., Губарь С.О., Жаркова Т.С., Татаркина А.Н.,
Головачева В.А.**

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра детских инфекционных болезней
*Кафедра педиатрии №2

Разнообразие и вариабельность клинических симптомов хронической герпесвирусной инфекции (ХГВИ) обуславливает высокий процент диагностических ошибок.

Цель исследования: определение особенностей клинического течения ХГВИ на современном этапе у детей.

Под наблюдением находился 141 ребенок в возрасте от двух – до шестнадцати лет, больных ХГВИ обусловленной вирусом Епштейна-Барр - 58 детей, цитомегаловирусом - 46 и вирусом герпеса 6 типа - 37. Этиология заболевания устанавливалась методом иммуноферментного анализа и ПЦР.

Установлено, что ХГВИ чаще регистрируются у детей дошкольного и раннего школьного возраста, при этом, отсутствует сезонность заболевания. Течение болезни сопровождается субфебрильной температурой (87% детей) и астеническим синдромом (42%) (чаще у детей пре- и пубертатного возраста), увеличением подчелюстных и шейных лимфатических узлов (96,7%), подмышечных (84,3%), паховых (27,6%), мезентериальных (93,3%), аденоидитом (63,4%), увеличением печени (87,3%), селезенки (57,6%). При УЗИ признаки гепатита выявляются у 6,5% детей, спленита - 7,5%, паренхиматозная реакция поджелудочной железы - 4,4%. У детей с УЗИ-признаками гепатита при биохимическом обследовании крови определялись: незначительная гипербилирубинемия ($30 \pm 2,8$ мкмоль/л) (3,4%) и гиперферментемия (АЛТ $1,5 \pm 0,07$ Ед/л) (5,4%). Одновременно регистрировались изменения в периферической крови: нейтропению (67,4%), стойкий лимфоцитоз (93,4%), наличие атипичных мононуклеаров – у 7,4%.

Таким образом, установлено, что ХГВИ на современном этапе чаще регистрируется у детей дошкольного и раннего школьного возраста, не имеет четкой сезонности, характеризуется повышением температуры тела до субфебрильных цифр, астеновегетативным синдромом, увеличением подчелюстных, шейных, подмышечных, мезентериальных, паховых лимфатических узлов, аденоидитом,

гепатолиенальным синдромом, гематологическими изменениями - нейтропенией, лимфоцитозом, иногда наличием атипичных мононуклеаров и лишь в небольшом проценте случаев гепатитом.

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА 6 ТИПА

Кузнецов С.В., Копейченко Т.С., Татаркина А.Н.,

Копейченко Я.И., Глебова Л.Н., Сушко Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра детских инфекционных болезней

Областная детская инфекционная клиническая больница

Заболевания, вызванные вирусом герпеса человека 6 типа, являются актуальной проблемой современной педиатрии, что обусловлено их широкой распространенностью, частой манифестацией в раннем возрасте и тяжестью осложнений. Основными нозологическими формами первичной инфекции являются внезапная экзантема (розеола или шестая болезнь- *roseola infantum exanthema subitum*) и лихорадка без сыпи. До настоящего времени даже при типичных проявлениях болезни правильный этиологический диагноз устанавливается крайне редко.

Цель работы: уточнить клинико-параclinical проявления заболеваний, вызванных вирусом герпеса 6 типа (ВГ6 типа).

Под наблюдением находились 87 детей в возрасте 7 месяцев - 5 лет. У 59 больных установлен диагноз внезапной экзантемы (1 – я группа наблюдения), у 28 – лихорадки без сыпи (2-я группа). Этиологическим фактором заболевания у детей обеих групп был ВГ6тип. Диагноз устанавливался на основании клинических, гематологических, иммунологических данных с применением иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР). Больные обращались в стационар с диагнозами: аллергический дерматит (44,7 %), краснуха (36,9 %), лихорадка неясного генеза (11,6 %) и только в 6,8 % случаев на догоспитальном этапе был установлен правильный диагноз.

Основными жалобами детей первой группы были высокая лихорадка в течение 3—5 дней без катаральных явлений и умеренные симптомы интоксикации. У двух детей (3,4 %) отмечалась однократная рвота и тошнота, у пятерых (8,5 %)– боли в животе и неустойчивый стул. При осмотре отмечались :гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, энантема на небе и языке (пятна Нагаяма). После

критического снижения температуры в течение нескольких часов на теле ребенка появлялась сыпь: сначала на спине, затем на животе, груди, шее, голове и конечностях.. Высыпания были обильные мелкопятнистые, бледно-розовые, часто с бледным ореолом, не сливались. У всех детей сыпь исчезала в течение 2 суток, не оставляя пигментации и шелушения.

У детей 2-й группы заболевание начиналось остро, протекало с высокой лихорадкой (39-40°С). У двух детей (7,1 %) отмечались фебрильные судороги. При осмотре у всех детей регистрировалась умеренная гиперемия слизистой ротоглотки, у пяти (17,8 %) – пятна Нагаяма, у четверых (14,3 %) – увеличение размеров печени и селезенки.

При исследовании периферической крови определялись лейкопения, нейтропения, относительный лимфо- и моноцитоз. При иммунологическом исследовании парных сывороток отмечалось повышение титра антител класса IgG к ВГ 6 типа у 62 (69,7 %) больных, выделение ДНК ВГ 6 типа у 81 (91 %) ребенка.

Т.о. заболевания, вызванные ВГ6 типа встречаются довольно часто, но диагноз устанавливается неверно, что приводит к ошибкам ведения таких больных. Необходимо помнить, что заболевания обусловленные ВГ6 типа имеют достаточно широкий спектр клинических проявлений и, в этой связи, необходимо чаще обследовать больных на предмет выявления ВГ6 типа.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Курочкин М.Ю., Давыдова А.Г., Городкова Ю.В.

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра детских болезней ФПО

Актуальность данного исследования определяется ведущей ролью гнойно-септических заболеваний (ГСЗ) в структуре тяжелой соматической патологии у детей, а также стремительно нарастающей резистентностью микрофлоры к антибактериальным препаратам.

Цель исследования: усовершенствование методов интенсивной терапии тяжелых бактериальных инфекций у детей.

Задачи исследования: разработать ориентировочные схемы стартовой эмпирической антибактериальной терапии; разработать показания для проведения дискретного плазмафереза (ДПФ) и оценить их эффективность при ГСЗ у детей.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 80 историй болезни детей с ГСЗ, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ) детской больницы № 5 г. Запорожья в 2012 - 2015 гг. В 1-ю группу вошли 37 новорожденных, а во 2-ю – 43 ребенка в возрасте от 3-х месяцев и старше. Анализировались результаты микробиологических исследований и маркеров токсикоза: уровня средних молекул (СМ), индексов интоксикации: лейкоцитарного (ЛИИ), ядерного (ЯИИ), сдвига лейкоцитов (ИСЛ).

Результаты: первичная и нозокомиальная микрофлора дыхательных путей новорожденных характеризуется явным преобладанием грамположительных микроорганизмов на протяжении всего исследования. В первичных посевах детей старшего возраста с заболеваниями дыхательных путей наблюдается тенденция к преобладанию грамотрицательных микроорганизмов, среди которых чаще всего встречается гемофильная палочка, но первое место по частоте встречаемости стабильно занимает *St.aureus*. Показан достоверный регресс показателей эндогенной интоксикации у больных с ГСЗ в обеих группах после проведения ДПФ.

Выводы: эмпирически рекомендовано назначать: в родильных домах и при поступлении новорожденных в ОАИТ антибактериальные препараты, воздействующие преимущественно на грам(+) флору в комбинации с современными аминогликозидами, при поступлении в ОАИТ детей старшего возраста - препараты, воздействующие как на грам(+), так и на грам(-) флору, при крайне тяжелом течении бактериальных инфекций – в комбинации с карбапенемами или гликопептидами. Проведение ДПФ при ГСЗ у детей показано при нарастании $СМ1 > 0,5$ единиц оптической плотности, $СМ2 > 0,3$ единиц оптической плотности, снижении коэффициента $СМ1/СМ2$ до 1,5 и ниже, и повышении (без тенденции к снижению) одного из индексов интоксикации: $ЛИИ > 3$ у.е., $ЯИИ > 1$ у.е., $ИСЛ > 0,45$ у.е.

ПОКАЗАТЕЛИ АДАПТАЦИОННО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Лагунова Н.В., Марчукова А.Ю.

Крымский государственный медицинский университет

им. С.И. Георгиевского

Кафедра педиатрии с курсом детских инфекционных болезней

Цель: Оценить показатели адапционно-приспособительных реакций у детей с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Материалы и методы на базе КБУЗ РК «РДКБ» было обследовано 50 детей с СРК, диагноз был установлен в соответствии с Римскими критериями III. Наблюдались пациенты с двумя клиническими вариантами СРК - с преобладанием запора (СРК-З) и диареи (СРК-Д), средний возраст обследуемых детей составил $12,4 \pm 1,97$ лет, из них 19 (38%) составили мальчики и 31(62%) - девочки. Адаптационные реакции исследовались с помощью программы донозологической диагностики «Здоровье 21 века». Программа основана на оценке адаптационных реакций организма, предложенной Л.Х. Гаркави и соавторами, в зависимости от процентного содержания лимфоцитов в периферической крови авторы выделяют различные стадии адапционно-приспособительных реакций – реакцию тренировки, спокойной и повышенной активации, реакцию переактивации и стресс.

Результаты: при оценке адапционно-приспособительных реакций у 20 (40%) детей была выявлена реакция повышенной активации, у 10(20%) человек - реакция переактивации, у 3(6%) пациентов адаптационные реакции характеризовались, как стрессовые, реакция тренировки была обнаружена у 9 (18%) обследуемых и 8(16%) детей имели реакцию нормальной активации.

Выводы: все адапционно-приспособительные реакции сформировались в процессе эволюции как реакции антистрессорной защиты организма. Они развиваются в ответ на адекватные, относительно слабые (реакция тренировки) или средние (реакция активации) действующие факторы. Для каждой из этих реакций, как и для стресса, характерен свой комплекс изменений в организме. Более чем у половины обследованных детей с СРК обнаружены реакции, указывающие на высокие уровни реактивности адаптационных систем: реакции спокойной и повышенной активации – у 56% пациентов и тренировки -18%. Реакции, указывающие на перенапряжение адаптационных механизмов, выявлены у 26% детей с СРК.

РАЦІОНАЛЬНА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Леженко Г.О., Пащикова О.Є.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра госпітальної педіатрії

Гострі респіраторні захворювання продовжують займати провідне місце в структурі гострої інфекційної патології. В структурі захворюваності дітей хвороби органів дихання займають перше місце і становлять близько 62–65%. Успішне лікування хворих з запальними захворюваннями органів дихання, в основі яких лежить бактеріальний процес, залежить, насамперед, від раціональної антибактеріальної терапії.

Метою дослідження було вивчення активності антибіотиків по відношенню до патогенних штамів мікроорганізмів, виділених у пацієнтів з респіраторними захворюваннями, та на підставі отриманих даних оптимізувати етіотропну терапію.

Проведений аналіз результатів бактеріологічного моніторингу збудників респіраторних захворювань у 210 дітей показав, що основну роль в етіології інфекції дихальних шляхів відіграють бактерії роду *Haemophilus*, при яких на долю вказаних мікроорганізмів приходиться 52,7% випадків. Проведені дослідження чутливості *Haemophilus influenzae* до антибактеріальних препаратів показали, що основна частина бактерій роду *Haemophilus* (92%) була резистентною до амінопеніцилінів, карбоксипеніцилінів та уреїдопеніцилінів, в 24% випадках - до амоксициліну клавуланату та у 74% випадках - до ампіциліну. Всі штами бактерій роду *Haemophilus* мали високу чутливість до цефалоспоринів II-III покоління. *Streptococcus pneumoniae* виступав найбільш частим етіологічним фактором при пневмоніях (25%). Найбільшу чутливість *Streptococcus pneumoniae* проявляв до цефалоспоринів III покоління, ванкоміцину та ципрофлоксацину. Встановлено високу антибіотикорезистентність *Streptococcus pneumoniae* до кліндаміцину (50,0%) та пеніцилінів (96,8%). *Staphylococcus aureus*, який зустрічався в основному при нозокоміальній етіології захворювань респіраторного тракту, мав високу чутливість до цефалоспоринів II-III покоління та проявляв резистентність до пеніциліну, оксациліну/метициліну та в 33,3% випадках - до еритроміцину.

Таким чином, аналіз антибіотикорезистентності дозволив виявити певні тенденції і найбільш ефективні антибактеріальні препарати для лікування інфекцій респіраторного тракту у дітей до

визначення антибіотикочутливості їх збудників. Встановлені дані виступають свідченням того, що на сучасному етапі стартовим антибактеріальним препаратом емпіричної терапії бактеріальних інфекцій дихальних шляхів у дітей виступають цефалоспорини III покоління. Враховуючі, що інфекційні процеси дихальних шляхів у дітей в більшості випадків проявляються захворюваннями, що потребують амбулаторної допомоги, перевагу слід надавати пероральним формам цефалоспоринів III покоління.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ХВОРИХ НА ВНУТРІШНЬОУТРОБНУ ПНЕВМОНІЮ

Ліхачова А.С., Петюнін Г.П., Каратай О.С., Казакевич І.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра неонатології

Харківський міський перинатальний центр

В Україні захворюваність новонароджених на вроджену пневмонію сягає високих цифр і немає тенденції до зниження. Найвища захворюваність на вроджену пневмонію у дітей народжених до строку, серед них пневмонія має затяжний, рецидивуючий характер і у дітей з дуже малого та екстремально малою масою тіла дуже високий показник летальності, що свідчить, про необхідність подальшого удосконалення методів терапії даного контингенту новонароджених.

При лікуванні новонароджених хворих на внутрішньоутробну пневмонію широко використовують антибіотики, частіше ніж інші – аміноглікозиди, серед яких сьогодні перше місце займає амікацин.

Амікацин – бактерицидний антибіотик активний до більшості аеробних грам негативних та деяких грам позитивних, а також – до нозокоміальних штамів бактерій, має фармакологічні особливості його терапевтична доза межує з токсичною, окрім того має нефротоксичний, та ототоксичний ефект.

Для оптимізації антибіотикотерапії згідно міжнародним рекомендаціям що до оцінки ефективності її була вивчена фармакокінетика амікацина у 46-и новонароджених, хворих на вроджену пневмонію з визначенням рівня креатеніну з сироватці крові та сечі.

Виділено три групи хворих:

I – група – 23 хворих, народжених в строк з ознаками СЗВУР та тяжким пренатальним ураженням ЦНС; II – група – 11 хворих,

народжених до строку (26 – 30 тижнів гестації); III – група – 12 хворих, народжених до строку (32 – 34 тижнів гестації);

Амікацин використовували в дозі 15 мг/кг. маси тіла довенно, болюсно, 1 раз на 24 години.

Рівень креатинину визначили рутинним методом. Фармакокінетику амікацина вивчали методом газаво – рідинної хроматографії аналізатором Shimatsu CTO – AS VP (Японія) на 3 та останній 5-7 день введення амікацину.

Результати дослідження:

Амікацин в зазначеній добовій дозі при лікуванні глибоконедоношених новонароджених (26 – 30 тижнів гестації при народженні – II - група), хворих на вроджену пневмонію у більшості – 63,6% ($p > 0.01$) на 3, або 5 чи 7 добу лікування досягає токсичної дози по піковому показнику і у 21,3% - падіння концентрації перед повторним введенням (на глибині “жолоба”) – нижче терапевтичної дози.

У кожного 5 з тяжко хворих доношених дітей (I - група), та народжених до строку у 32 – 34 тижні гестації (III - група) реєструєця подібна ситуація.

Пікові токсичні дози амікацину в сироватці крові у новонароджених, хворих на внутрішньоутробну пневмонію тісно корелюють з високим рівнем креатинину в сироватці крові, та зниженим кліренсом креатинину.

Отже, при лікуванні новонароджених хворих на внутрішньоутробну пневмонію амікацином доцільно вивчати фармакокінетику препарату та контролювати рівень креатинину в сироватці крові, сечі та кліренс креатинину.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА, ГИПОКСИЕЙ ИНДУЦИРОВАННОГО ФАКТОРА У ДЕТЕЙ С АНЕМИЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА ДОДИАЛИЗНОЙ И ДИАЛИЗНОЙ СТАДИЯХ

Лысова Е.В., Савенкова Н.Д.

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет Минздрава России

Кафедра факультетской педиатрии

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель: сопоставить уровни гипоксией индуцированного фактора (HIF-1 α) и эритропоэтина (ЭПО) у детей с анемией при хронической болезни почек (ХБП) на додиализной и диализной стадиях.

Пациенты и методы: Из 41 ребенка с анемией при ХБП: 19 мальчиков и 22 девочки. Две группы пациентов: I – 24 пациента додиализной стадии, из которых 7 получали терапию препаратами железа и эритропоэтин стимулирующие препараты (ЭСП), а 17 не получали. II группа – 17 диализных пациентов, из них 12 на гемодиализе (ГД), 5 на перитонеальном диализе (ПД), получающих терапию железа и ЭСП. СКФ определялась по формуле Щварца. Стадии ХБП классифицированы в соответствии с рекомендациями K/DOQI (2006). Анемия диагностирована у детей с ХБП при концентрации гемоглобина ниже 110 г/л у детей от полугода до 5 лет, ниже 115 г/л у детей 5-12 лет и ниже 120 г/л у детей 12-15 лет и старше по данным KDIGO(2012). Дефицит железа диагностирован при снижении уровня ферритина ≤ 100 (нг/мл, мкг/л) и насыщения трансферрина (TSAT) $\leq 20\%$ в соответствии с данными KDIGO(2012). Уровень ЭПО определялся твердофазным хемилюминесцентным иммуноферментным анализом (метод «сэндвича») с использованием тест-системы Biomerica EPO ELISA. Уровень сывороточного гипоксией индуцированного фактора (HIF-1 α) определялся твердофазным хемилюминесцентным иммуноферментным анализом (метод «сэндвича») с использованием комплекта для определения уровня HIF-1 α , Cloud-Clone Corp.

Результаты: У 41 больного с анемией при ХБП выявлена нормоцитарная, нормохромная анемия. В I группе из 24 детей 17 детей (70%) не получали терапию, 7 детей (30%) получали препараты железа и эритропоэтина. Из 17 пациентов I группы додиализной, не получающих терапию, установлены ХБП 2ст у 10 (60%); ХБП 3ст у 3 детей (17,5%); ХБП 4 ст у 3 (17,5%) детей; ХБП 5ст у 1 (5%). При ХБП 2 ст у 10 детей: Hb 109,9 \pm 0,396 г/л, Fe сыв 11,06 \pm 1,08 мкмоль/л, TSAT 26,05 \pm 1,6%, ферритин 207,8 \pm 33,8 мкг/л, уровень ЭПО 30,4 \pm 6,5 ММЕ/л, HIF-1 α 0,09 \pm 0,021 нг/мл.

При ХБП 3 ст у 3 детей: Hb 103,6 \pm 2,8 г/л, Fe сыв 9,8 \pm 0,4 мкмоль/л, TSAT 22,1 \pm 2,5 %, ферритин 175,14 \pm 7,38 мкг/л, уровень ЭПО 27,5 \pm 4,6 ММЕ/л, HIF-1 α 0,038 \pm 0,016нг/мл.

При ХБП 4 ст у 3 (17,5%) детей, ХБП 5 ст у 1 (5%). У 4 детей с ХБП 4,5 ст: Hb 93,25 \pm 3,01 г/л, Fe сыв 7,8 \pm 2,09 мкмоль/л, TSAT 18,3 \pm 1,8 %, ферритин 153,9 \pm 39,5 мкг/л, уровень ЭПО 16,9 \pm 6,7 ММЕ/л, HIF-1 α 0,025 \pm 0,013нг/мл.

7 из 24 детей I группы получали терапию препаратами железа и ЭСП. Из 7 с ХБП 3 ст у 4 пациентов: Hb 107,25 \pm 1,5 г/л, Fe сыв 13,4 \pm 2,5 мкмоль/л, TSAT 35,2 \pm 4,6%, ферритин 303,3 \pm 116,5 мкг/л, уровень ЭПО 60,4 \pm 17,9 ММЕ/л, HIF-1 α 0,043 \pm 0,014 нг/мл.

Из 7 у 3 детей, получающих терапию (ХБП 4ст у 2 (17,5%) и с ХБП 5ст у 1 (5%)): Hb 101,6±1,9 г/л, Fe сыв 11,6 ±1,96 мкмоль/л, TSAT 43,4±8,5 %, ферритин 274,6±17,3 мкг/л, уровень ЭПО 58,6±23,2 мМЕ/л, HIF-1α 0,067±0,036 нг/мл.

Из 17 детей II группы (диализной) у 2 ХБП 4 ст, у 15 ХБП 5 ст. У 17 детей, получающих диализ и терапию препаратами железа и эритропоэтина: Hb 101,8±5,3г/л, Fe сыв 15,9±0,9 мкмоль/л, TSAT 30,4±2,4%, ферритин 414,8±104,95 мкг/л, уровень ЭПО 55,03±12,08 мМЕ/л, HIF-1α 0,025±0,064 нг/мл.

При сравнении уровней HIF-1α в крови (0,058±0,01 нг/мл) у 17 пациентов I группы (додиализной), не получающих терапию препаратами железа и эритропоэтина, и (0,025±0,064 нг/мл) у 17 пациентов II группы (диализной), получающих терапию препаратами железа и эритропоэтина, выявлен более низкий уровень HIF-1α у детей на диализе ($p < 0.05$). При сравнении уровней ЭПО в крови (27,89± 4,7 мМЕ/л) у 17 пациентов I группы (додиализной), не получающих терапию препаратами железа и эритропоэтина, и (55,03±12,08 мМЕ/л) у 17 пациентов II группы (диализной), получающих терапию препаратами железа и эритропоэтина, ($p < 0.05$) выявлен более высокий уровень ЭПО у детей на диализе.

Установлено, что уровень ЭПО достоверно выше, а уровень HIF-1α достоверно ниже в крови у детей с ХБП на диализе, получающих терапию препаратами железа и эритропоэтина, чем у пациентов до диализа, не получающих терапию.

Сравнительное исследование уровней ЭПО в крови у 17 пациентов I группы (додиализной), не леченных препаратами железа и эритропоэтином, и у 17 пациентов II группы (диализной), получающих терапию препаратами железа и эритропоэтином, установило более высокий уровень ЭПО у детей на диализе (27,89± 4,7 мМЕ/л и 55,03±12,08 мМЕ/л, соответственно) ($p < 0.05$).

Выводы: Результаты указывают на повышение уровня HIF-1α у детей с анемией при ХБП на додиализной стадии, не получающих препараты железа и эритропоэтина.

СТАН МОЗКОВОГО КРОВОТОКУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ

Мавропуло Т.К., Капиученко Н.С., Соколова К.Ю.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної педіатрії №2 та неонатології

Не зважаючи на значні досягнення в області технологій моніторингу стану плоду, первинної реанімації новонароджених та ведення постасфіктичного періоду, асфіксія або гіпоксично-ішемічна енцефалопатія залишається серйозним захворюванням, яке асоціюється з високими показниками летальності (летальність при тяжкій гіпоксично-ішемічній енцефалопатії становить до 60%) і інвалідності (25% дітей буде мати інвалідизуючі неврологічні наслідки). Важливими патогенетичними процесами, які призводять до розвитку ішемії мозку, є зниження мозкового кровотоку внаслідок системної гіпотензії та порушень ауторегуляції церебральної гемодинаміки і розвиток «постішемічної гіперемії» чи реперфузійних змін.

Метою нашого дослідження було визначення змін церебральної гемодинаміки у доношених новонароджених в постасфіктичному періоді, які б характеризували несприятливий прогноз (смерть внаслідок постасфіктичного набряку мозку, розвиток деструктивних змін мозкової тканини).

Матеріали та методи дослідження. До груп спостереження були включені 14 доношених новонароджених дітей, які мали ознаки тяжкої асфіксії та яким проводилась системна гіпотермія (згідно з положеннями Наказу Міністерства охорони здоров'я України №312 від 08.06.2007 «Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим»). Проведилось клініко-неврологічне обстеження, дослідження параметрів церебральної гемодинаміки за допомогою уніфікованої методики доплерографії і параінфрачервоної спектроскопії (церебральної оксиметрії).

Отримані результати. Несприятливі наслідки перенесеної тяжкої асфіксії при народженні в ранньому неонатальному періоді у вигляді деструктивних уражень мозкової тканини (ішемічне ураження таламусів та базальних гангліїв) були зареєстровані у 5 немовлят (35,7%). Показники максимальної систолічної швидкості передньої мозкової артерії коливались в межах 14,9-48,9 см/сек, індексів резистентності - в межах 0,40-0,86. Показники церебральної оксиметрії становили 52-95% rSO₂.

В якості предикторів формування деструктивних ушкоджень мозкової тканини виступали зміни мозкового кровотоку у вигляді продовженої гіперперфузії або виражених реперфузійних явищ, які супроводжувались тривалими стійкими змінами показників церебральної оксиметрії.

ДІАГНОСТИЧНІ ТА ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПОРУШЕНЬ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПАРАЛІТИЧНИМИ СИНДРОМАМИ

Макєєва Н.І., Мараб'ян Р.В., Різа О.О.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Провідні позиції серед причин дитячої інвалідизації продовжують займати хвороби нервової системи, серед яких на першому місці - дитячий церебральний параліч та інші паралітичні синдроми. На цей час відомі різноманітні підходи до лікування дітей із паралітичними синдромами. Ці заходи в першу чергу спрямовані на лікування неврологічної патології, відновлення функції ЦНС та вегетативної нервової системи. На жаль, в не приділено достатньо уваги відхиленням у фізичному розвитку, зниженню опірності, випадкам інфекційної та соматичної патології. У свою чергу, порушення фізичного розвитку та різноманітна соматична патологія погіршують можливість повноцінного відновлення функції нервової системи та адаптації дитини до оточуючого середовища, знижують ефективність реабілітаційної терапії. На цей час у рутинній клінічній практиці для спостереження та лікування дітей з паралітичними синдромами відсутні інструменти (протоколи, алгоритми), які б дозволили прогнозувати перебіг та /або ускладнення, що супроводжують паралітичні синдроми.

Мета: визначити висоінформативні діагностично-прогностичні критерії порушень трофологічного статусу у дітей раннього віку з паралітичним синдромом.

Матеріали та методи. У дослідження включено дані обстеження та медичної документації (карта розвитку, медична карта стаціонарного хворого) 56 пацієнтів віком від 1-го до 4-х років з паралітичними синдромами (1-а група (n=28) – діти з паралітичними синдромами, які є вихованцями дитячих будинків, 2-а група (n=28) - діти з паралітичними синдромами, які виховуються в біологічних родинах) та 22 здорових дітей відповідного віку. До плану обстеження

включено: вивчення клініко-анамнестичних особливостей перебігу паралітичних синдромів, визначення стану симбіонтного травлення з врахуванням мікробіоценозу кишечника та рівнів його метаболітів (скатол, індол, масляна кислота, молочна кислота), оцінювання вітамінно-мінерального обміну (рівні вітамінів В₁, В₆, В₁₂ у сечі й вмісту магнію, цинку, кальцію, міді, калію, натрію у волоссі) та біоенергетичного стану клітин (лактат, піруват, НАД⁺ та НАДН₂ у сечі). Визначали діагностично-прогностичні критерії (ДПК) та Їхню інформаційну ознаку (ІО) за методикою неоднорідної послідовної процедури багатофакторного аналізу Вальда. Діагностично-прогностична інформативність ознаки (ІО) трактувалася як низька (0,5 < ІО > 0,2), помірна (1,0 < ІО > 0,5) або висока (ІО > 1,0). Для оцінювання інформативності ознаки обирали найбільш інформативний критерій (ІО > 1,0).

Результати дослідження. Результати послідовного аналізу Вальда стосовно даних перинатального анамнезу дозволили стверджувати, що для дітей раннього віку з паралітичними синдромами високоінформативними критеріями (ІО > 1,0) щодо порушень трофологічного статусу були: гестаційний вік при народженні менше 37 тижнів (ДПК +7,4), тривалість перебування на ШВЛ в неонатальному періоді понад 7 діб (ДПК +8,4), асфіксія при народженні (ДПК +9,7), гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ДПК +9,3).

Серед синдромів та коморбідних станів у дітей з паралітичними синдромами висока інформативність ознаки констатована лише для пневмонії (ДПК+5,5, ІО =1,11). Під час аналізу вмісту макро-/мікроелементів у волоссі дітей з паралітичними синдромами з батьківською депривацією (1-а група) високоінформативними діагностичними критеріями (ІО > 1,0) були розцінені вміст цинку у волоссі менше <152,2 мкг/г (ДПК+4,1), магнію - менше 90,3 мкг/г (ДПК +10,3), кальцію - менше 2172,9 мкг/г (ДПК +4,4), калію - менше 254,8 мкг/г (ДПК +6,3), натрію - менше 459,1 мкг/г (ДПК +10,0).

Результати послідовного аналізу Вальда стосовно стану мікробіоценозу кишечника показали, що для дітей раннього віку з паралітичними синдромами в умовах інституції високоінформативними діагностичними критеріями (ІО > 1,0) були: кількість колонієутворюючих одиниць на 1 гр. фекалій біфідобактерій <7,7 (ДПК +4,9), лактобацил <5,5 (ДПК +9,5), лактозонегативних Ешеріхій >5,2 (ДПК +6,0), ентеробактерій >3,3 (ДПК +11,1), сіньогнійної палички >0,5 (ДПК +10,4), гемолітичного ентерококу >0 (ДПК +5,44), пентострептококку >4,1 (ДПК +9,5), дрімжеподібних

грибів роду *Candida* >1,2 (ДПК + 3,3). Для дітей раннього віку з паралітичними синдромами в умовах інституції високоінформативними діагностичними критеріями (ІО > 1,0) слід вважати рівні метаболітів діяльності мікробіоценозу кишечника, а саме: скатолу - понад 1,1 мг/л (ДПК +1,9), масляної кислоти - менше 123,3 мг/л (ДПК +4,9), молочної кислоти - менше 214,5 мг/л (ДПК+10,0). Жодний з показників діяльності мікробіоценозу кишечника не мав низьку діагностичну інформативність (ІО < 0,50). В умовах інституції високоінформативними діагностичними критеріями (ІО ≥ 1,0) також визнані рівні в сечі НАД < 0,17 мг/мл (ДПК +13,9), лактату >0,63 ммоль/добу (ДПК +12,0), НАДФ <3,7 мг/добу (ДПК + 4,2). Після аналізу рівнів вітамінів у сечі з'ясовані високоінформативні (ІО > 1,0) діагностично-прогностичні критерії: вміст вітаміну В₁ < 51,4 мкг/добу (ДПК +11,1) та вітаміну В₆ < 1,2 мкг/добу (ДПК + 9,5).

Висновки. Комплексна оцінка діагностично-прогностичної значущості окремих складових трофологічного статусу щодо його порушень визнала високу інформативність (ІО ≥ 1,0) концентрації в сечі показників біоенергетичного стану клітини (ІО=3,42), рівнів метаболітів діяльності мікробіоценозу кишечника (ІО=2,24), кількості колонієутворюючих одиниць мікроорганізмів на 1 г фекалій (ІО=2,01), вмісту вітамінів у сечі (ІО=1,87) та макро/мікроелементів у волоссі (ІО=1,79). Таким чином, зазначені неінвазивні методи дослідження можна використовувати для діагностики та прогнозу розвитку порушень трофологічного статусу у дітей раннього віку з паралітичними синдромами.

ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ МОРФОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У ДІТЕЙ З ЄДИНОЮ НИРКОЮ

*Макєєва Н.І., Підвальна Н.А.**

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2

*КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня»

Одним із найважливіших критеріїв оцінки стану нирки під час ультразвукового обстеження є її розміри, оскільки саме вони в багатьох випадках визначають стан органа під час хвороби. Встановлено, що між кількістю нефронів у нирці, її об'ємом і розмірами існує позитивний кореляційний зв'язок, тобто поступова втрата працюючих нефронів і прогресування хронічного захворювання нирок (ХЗН) у напрямку хронічної ниркової недостатності (ХНН)

будуть супроводжуватися зменшенням розмірів нирок. Дослідники відзначають, що ниркові сонографічні параметри можуть надати додаткову інформацію про стан ренальних функцій у хворих на ХЗН. Дослідження дорослого контингенту хворих на ХЗН довели, що при уповільненні ШКФ до значень, нижчих ніж 70 мл/хв відзначається зменшення об'єму паренхіми нирок, найбільш суттєве в хворих з термінальною стадією ХНН. У доступній літературі недостатньо наукової інформації про зміну ниркових розмірів у дітей із ХЗН на різних стадіях патологічного процесу залежно від нозологічної форми, яка лежить в основі захворювання. Саме цей факт став передумовою цього дослідження.

Мета: визначити особливості морфометричних параметрів єдиної нирки у дітей залежно від її походження та рівня швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ).

Об'єкт та методи дослідження. Обстежено 62 пацієнти віком від 6 місяців до 17 років (середній вік $10,58 \pm 0,55$ років) з єдиною ниркою. У залежності від причини, яка призвела до єдиної нирки, хворих було розподілено на групи: I група ($n=44$, середній вік $10,76 \pm 0,65$ років) - діти з єдиною вродженою ниркою (ЄВН), II група ($n=18$, середній вік $10,20 \pm 1,02$ років) – пацієнти із єдиною ниркою після нефректомії (ЄНН). Ураховуючи дані про зменшення розмірів нирок під час прогресування ХЗН, залежно від рівня ШКФ у кожній групі було виділено підгрупи (А – ШКФ більш ніж 70 мл/хв, Б - ШКФ менше ніж 70 мл/хв). До групи контролю було включено 99, порівняних за віком, практично здорових дітей. У роботі використовували ультразвуковий діагностичний апарат DP-3300 (фірма «Mindray», Китай) з мультичастотним конвексним датчиком (частотами 2,5 - 6,0 МГц). У В-режимі за загально прийнятою методикою визначали основні розміри нирки та мискової системи з наступним розрахунком загального об'єму нирки (V_{ren}), об'єму паренхіми нирки (V_{par}), об'єму мискової системи (V_{pelv}), індексу об'єму паренхіми нирки (iV_{par}). Ураховуючи істотну вікову залежність морфометричних показників нирки в дітей, для порівняння з відповідними нормативними параметрами використовували Z-оцінки. Z-оцінкою був ступінь відхилення від середнього арифметичного значення нормативного показника для цієї вікової групи, що виражався в одиницях стандартного відхилення цього ж ряду.

Результати дослідження та їх обговорення. У дітей IA та ПА підгруп визначено, порівняно із нормативними величинами, односпрямовані подібні зміни об'ємних ниркових параметрів, а саме: статистично значуще зростання показників V_{ren} , V_{pelv} , iV_{par} . Ступінь

зростання рівня V_{par} у пацієнтів ПА підгрупи був більш суттєвим ($p=0,037$). У дітей із єдиною ниркою та ШКФ нижче ніж 70 мл/хв (ІБ і ІПБ) також зафіксовано подібні односпрямовані зміни показників. За відсутності вірогідного зростання показника iV_{par} , у дітей вірогідно збільшуються рівні V_{ren} , V_{pely} . У дітей з єдиною ниркою при ШКФ понад 70 мл/хв., незалежно від походження єдиної нирки, відзначається суттєве зростання об'єму нирки як завдяки збільшенню розміру її паренхіми, так і збільшення об'єму мискової системи, що відображає вікарну гіпертрофію єдиної нирки. Односпрямоване зростання об'ємів паренхіми й мискової системи демонструє, що єдина нирка компенсує значний потік сечі завдяки розширенню збиральної системи та забезпечує нормальні ниркові функції, збільшуючи об'єм паренхіми. Таке одночасне зростання зазначених об'ємів нирки можна назвати пропорційним та визнати цей механізм компенсаторним.

У пацієнтів з єдиною ниркою та ШКФ нижчою за 70 мл/хв зберігається збільшення об'єму нирки, але менш істотне ($r_{\text{ІА-ІА}}=0,037$, $r_{\text{ІА-ІБ}}=0,017$), ніж у дітей з ШКФ понад 70 мл/хв. У цьому випадку збільшення об'єму паренхіми відбувається на фоні більш вираженого збільшення об'єму мискової системи та відсутності збільшення індексу об'єму паренхіми. Такий варіант ремоделювання можна назвати диспропорційним.

У пацієнтів з єдиною ниркою та ШКФ нижчою за 70 мл/хв було визначено наявність сильного позитивного кореляційного зв'язку між iV_{par} та ШКФ ($r=+0,87$; $p=0,000025$), на основі чого складено рівняння регресії, яке можна використовувати для прогнозування значення одного параметра за наявності іншого, а саме: $z iV_{\text{par}} = -7,443 + 0,15587 * \text{ШКФ}$.

Висновки. Оцінювання морфометричних показників нирок та наступний статистичний аналіз одержаних результатів з'ясували, що в дітей з єдиною ниркою та ШКФ понад 70 мл/хв, незалежно від причини, відбувається ремоделювання нирки за пропорційним типом, тобто збільшення об'єму нирки за рахунок одночасного зростання як об'єму паренхіми, так і об'єму мискової системи. При зниженні ШКФ нижче ніж 70 мл/хв зростання об'єму нирки відбувається за диспропорційним типом, а саме за рахунок збільшення мискової системи та відсутності збільшення об'єму паренхіми. Проведене дослідження дозволило визнати об'єм паренхіми нирки найбільш інформативним параметром, а також довести залежність рівня цього показника від стану ренальних функцій та можливість прогнозування показника об'єму паренхіми в хворих із єдиною ниркою та ШКФ нижче 70 мл/хв.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЗМУ ВІТАМІНУ-D У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТИПУ

Макєєва Н.І., Цимбал В.М.

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2

За даними експертів ВООЗ, більше 80% випадків смертей серед хворих на цукровий діабет (ЦД) виникають внаслідок судинних ускладнень. Одним з найбільш поширених, тяжких та прогностично несприятливих ускладнень ЦД є діабетична нефропатія (ДН), яка є основною причиною хронічної ниркової недостатності (ХНН). На сьогоднішній день вченими різних країн активно обговорюються питання ренопротекторної ролі вітаміну Д при хронічній захворюваннях нирок, у тому числі діабетичного пошкодження. Експериментальні та поодинокі клінічні дослідження показують, що вітамін Д впливає на нирки, а саме: має виражену протизапальну дію, знижує протеїнурію та продукцію фіброгенних цитокінів, стримує прогресування фіброзу та запобігає гіпертрофії клубочків.

Мета: підвищити ефективність діагностики діабетичної нефропатії нирок у дітей, хворих на цукровий діабет 1-го типу, з врахуванням показників метаболізму вітаміну Д.

Матеріали та методи: обстежено 42 дитини (22 хлопчики та 20 дівчаток), хворих на ЦД 1-го типу віком від 6 до 17 років. Діти були розділені на групи: 1-а група (n=24, середній вік 14,64±1,63 років) з тривалістю цукрового діабету більше 5 років та нормоальбумінурією, 2-а група (n=18, середній вік 12,09 ± 0,93 років) пацієнти з тривалістю ЦД більше 5 років та ДН в стадії мікроальбумінурії (МАУ). До групи контролю включені 15 практично здорових дітей аналогічного віку. Для обстеження дітей використовувалися загальноприйняті методи, згідно протоколу обстеження дітей за спеціальністю "Дитяча ендокринологія" (Наказ МОЗ України № 254 від 27.04.2006). Додатково визначали вітамін Д крові, методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою комерційного набору «25-OH Vitamin D ELISA Assay Kit» фірми «Eagle Biosciences, Inc.» на імуноферментному аналізаторі «LabLine-90». Вітамін Д-зв'язуючий білок сечі (ВДЗБ) визначали методом ІФА з використанням комерційного набору реагентів «Vitamin D binding protein, ELISA» фірми «Immundiagnostik» (Німеччина) за допомогою імуноферментного аналізатору «LabLine-90». Статистичний аналіз даних проводили за допомогою статистичних пакетів „EXCELL FOR WINDOWS” та „STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS”. Для вибірок з

розподілом відмінним від нормального визначали медіану (Me) та інтерквартильний розмах (Lq – нижній квартиль; Uq – верхній квартиль).

Результати та їх обговорення: дослідження вмісту вітаміну Д в крові визначило статистично значуще зниження його рівня у дітей 1-ї та 2-ї груп (22,03 (17,23;24,44) та 14,42 (12,02;19,63) нг/мл, у порівнянні з групою контролю 30,65 (28,45;35,05) нг/мл ($p < 0,001$). Згідно рекомендацій ВООЗ та загальноприйнятих класифікацій рівень 25(ОН)D в сироватці крові 30 нг/мл і більше розцінювали як достатній рівень, вітамін Д в межах 20-29 нг/мл – як недостатність, рівень нижче 20 нг/мл розцінювали як дефіцит вітаміну Д. Встановлено, що показники вітаміну Д крові були достовірно нижче у пацієнтів з ДН в порівнянні з дітьми з нормоальбумінурією ($p = 0,0056$). Також, було визначено, що питома вага пацієнтів з мікроальбумінурією, які мають дефіцит вітаміну Д, статистично значуще вища, ніж дітей без ДН (77,8% проти 41,7%, $p = 0,0244$). Розрахунки з'ясували, що діти з ЦД 1-го типу та дефіцитом вітаміну Д мають ризик формування ДН у 2,6 рази ($RR = 2,625 [1,048; 6,640]$, $\chi^2 = 4,102$, $p < 0,05$). Процедура логістичної регресії підтверджує, що недостатність та дефіцит вітаміну Д пов'язані з наявністю ДН, віку, статі, тривалості діабету та глікемічного контролю ($OR = 2,94$, $p < 0,05$; при дефіциті вітаміну Д та $OR = 1,84$, $p < 0,05$; при вітамін Д недостатності).

Рівні ВДЗБ були достовірно вище у пацієнтів 1-ї та 2-ї групи (179,5 (174,0;189,0) та 219,0 (216,0;222,0) нг/мл, порівняно з групою контролю 125,0 (116,5;136,0) нг/мл ($p < 0,001$). Показники екскреції ВДЗБ з сечею вірогідно вищі у пацієнтів з МАУ, порівняно із пацієнтами цукровим діабетом та нормоальбумінурією ($p < 0,001$). Використання процедури множинної регресії, визначило значущі зв'язки ВДЗБ з показниками ($R = 0,76$, $R^2 = 0,62$, $p < 0,05$) мікроальбумінурії ($p = 0,004$) та глікованого гемоглобіну ($p = 0,010$). Таким чином, можна думати, що підвищення екскреції ВДЗБ зростає з прогресуванням пошкодження нирок при ЦД. Також визначено негативну кореляцію між рівнями вітаміну Д в сироватці крові та ВДЗБ ($r = -0,64$, $p < 0,01$).

Висновки: одержані результати показують, достовірно зниження показників вітаміну Д крові (недостатність, дефіцит) у дітей з цукровим діабетом 1-го типу та вірогідний зв'язок між дефіцитом або недостатністю вітаміну Д та розвитком ДН. Підвищений рівень ВДЗБ у дітей з ДН та функціональні зв'язки цього метаболіту вітаміну Д доводять можливість його використання у якості маркеру пошкодження нирок.

ЕВОЛЮЦІЯ РЕВМАТИЧНОЇ ХОРЕЇ

Мамалуй Н.І., Кисельова Л.П.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра педіатрії

Мала хорея (хорея Сіденгама, “пляска Святого Витта”) - найбільш загадкова клінічна форма ревматичної лихоманки (РЛ). Відображенням недостатньої інформованості молодого покоління неврологів і ревматологів у змінах структури клінічних варіантів та їх еволюції, що обумовлено патоморфозом захворювання, з'явилася пізня діагностика хореї у направлених на госпіталізацію дітей (1/3 випадків).

Мета дослідження: вивчення особливостей еволюції і наслідків ревматичної хореї в умовах багаторічних проспективних спостережень.

Методи та результати дослідження. Під спостереженням тривалістю від 14 до 39 років знаходилося 300 дітей, які захворіли на гостру ревматичну лихоманку (ГРЛ) у віці 4-15 років. Не відмічено суттєвих відмінностей у відносній частоті розвитку хореї в порівнянні з іншими клінічними формами ГРЛ. Перший епізод РЛ маніфестував по варіанту хореї у 88 дітей, частіше у дівчаток (65%), переважно в ранньому пубертатному періоді. Наймолодшою пацієнткою з хореєю біла дівчинка 4 років. Сімейна обтяженість на ревматичні хвороби визначена у 37% дітей, на РЛ — у 25%. Початок захворювання у більшості хворих на хорею був поступовим — з розвитку астеноневротичного синдрому, подальшим зниженням м'язової сили, порушенням координації рухів, появою мимовільних посіпуваней мімичної мускулатури. У однієї дівчинки 13 років хорея дебютувала з появою галюцинацій. У 95% хворих хореїчний симптомокомплекс був типовим: множені гіперкінези, м'язова гіпотонія, порушення координації, емоційна лабільність, інкоординація мовлення, гіпо- чи гіперрефлексія, синдром вегетативної дисфункції. При тому, у 75% дітей гіперкінези і у 50% м'язова гіпотонія були наявними переважно в одній половині тіла. У 8% хворих розвинувся яскраво виражений гіперкінетичний синдром — “рухова буря”. У 5 дітей була діагностована псевдопаралітична форма хореї (Chorea mollis) в поєднанні з важким кардитом і подальшим затяжним перебігом. Моно-олігоартрит розвинувся у 8% хворих, артралгії — у 10%, анулярна еритема — у 3%. Первинний ревмокардит (ПР), що був діагностован у 53% хворих на хорею проявився в 58% випадків міокардитом, у 42% — ендоміокардитом, у 2% — панкардитом. У всіх

вікових і гендерних підгрупах переважали легкий (58%) та середньоважкий (34%) кардит, у 8% дітей розвинувся важкий його варіант. У 47% хворих на хорею не визначено виразних ознак залучення в процес серця. Але при дослідженні у цих дітей комплексу ензимних показників, які посередньо відображають інтенсивність та співвідношення реакцій ушкодження і репарації кардіальних структур (сироваткові креатинфосфокіназа, лактатдегідрогеназа, ЛДГ1, еритроцитарні глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа, транскетолаза), були визначені особливості дисферментемії, ідентичні варіанту легкого кардита, що дозволило розширяти можливості його діагностики у вказаного контингенту хворих на хорею. Активність процесу корелювала із вираженістю гіперкінезів, важкістю ураження серця і відповідала II ступеню у 78% дітей, III — у 22%. Перебіг першого епізоду РЛ у 42% хворих на хорею був гострим, у 39% - підгострим, у 19% - затяжним. В наслідках хореї, що розвинулась в поєднанні з первинним ревмокардитом, вада серця сформувалась у 11% хворих, пролапс мітрального клапана — у 5,5% дітей. Утворені клапанні вади серця характеризувалися стійкою компенсацією гемодинаміки. Серед усіх клінічних форм ГРЛ саме хореї було притаманно найбільш частіше рецидування ($p < 0,05$). Повторні епізоди РЛ відзначалися у 8% дітей з хореєю, найчастіше з інтервалами від 1,5 до 3 років. 3% хворих на хорею перенесли 2-3 повторні епізоди РЛ. Особливістю повторної ревматичної лихоманки на сучасному етапі є відсутність її клінічної подібності попередньому випадку з розбіжностями на одну градацію чи ознаку у 20% хворих. Диференційна діагностика хореї створювалась, в першу чергу, з функціональними тіками, гіперкінезами при гіпертиреозі, системному червоному вовчаку, пухлинами головного мозку. Один з хворих, що були під спостереженням, помер від злякисного новоутворення головного мозку через 3 роки після перенесеної ГРЛ, яка перебігала по затяжному варіанту з максимальною активністю, дуже важкою псевдопаралітичною формою хореї, ендоміокардитом, що завершився утворенням недостатності мітрального клапану. Наведене клінічне спостереження, а також власні дані про більшу частоту (14%) перинатальної патології центральної нервової системи в анамнезі дітей, хворих на хорею, обґрунтовують необхідність обов'язкового та більш раннього проведення магнітно-резонансної томографії головного мозку у даного контингенту хворих, особливо при розвитку повторних епізодів ревматичної лихоманки, а також здійснення спостереження фахівцями суміжних спеціальностей, насамперед невропатологами та психоневрологами.

ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

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

Шаповалова Н.А.

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

Сахарный диабет (СД) 1 типа и в XXI веке продолжает оставаться сложной междисциплинарной проблемой, не только как пожизненное эндокринное заболевание, но и состояние, которое затрагивает практически все органы и системы. Причем, нервная система, как наиболее чувствительная к колебаниям уровня гликемии и воздействия продуктов метаболизма глюкозы, находится в неблагоприятных условиях уже с начала манифестации СД. Целью работы было совершенствование профилактики неврологических нарушений при СД 1 типа на основании комплексного обследования и наблюдения 165 детей в возрасте 8-18 лет с различным стажем заболевания и возрастом манифестации СД. Методы исследования: соматоневрологический, психопатологический, нейрофизиологический, нейропсихологический. Результаты и их обсуждение. Были выделены основные клинические проявления патологии центральной и периферической нервной системы: цефалгический синдром (72,7%), астенический синдром (66,7%), вегетативная дисфункция (47,8%), нарушения сна (30,9%), нарушения памяти и внимания (52,1%), синдром периферической сенсо-моторной полинейропатии (57,5%). Установлена прямая зависимость между увеличением стажа заболевания и риском формирования неврологических нарушений: для центральной нейропатии он существенно возрастает после 5 лет заболевания, для периферической – после 3 лет. Уже после одного года заболевания СД выявляется ряд признаков, свидетельствующих о нарушении церебральной гемодинамики, биоэлектрической активности головного мозга, вегетативной регуляции, липидного обмена при относительно небольшом количестве жалоб. Следует учитывать, что даже при длительном оптимальном гликемическом контроле остаются факторы негативного воздействия на нервную систему, кровоснабжение нервных стволов (*vasa nervorum*) и структур головного мозга. Исходя из гипотезы прогрессивности данных патологических процессов были предложены дополнения к схемам профилактики неврологических нарушений у детей с СД 1 типа в виде регулярных (не менее двух раз в год) дифференцированных курсов терапии,

включающей ноотропные и нейропротекторные препараты, ангиопротекторы, препараты, регулирующие сосудистый тонус, улучшающие проведение нервного импульса при обязательном детальном информировании пациента и его родителей о возможных рисках развития осложнений СД, обучении самоконтролю.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Михайлова Е.А., Беляева Е.Э., Будрейко Е.А., Косовцова А.В.

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

Ожирение у детей и подростков – актуальная проблема, обусловленная растущей распространенностью заболевания и вероятностью развития метаболического синдрома в будущем. Недостаточно изучен вопрос клинической феноменологии психических расстройств пограничного уровня у детей с ожирением, паттерны их психологической дезадаптации и модели терапевтического вмешательства.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 304 больных детей с ожирением – 107 девочек и 197 мальчиков в возрасте 7-18 лет. Используются клиникопсихопатологический, соматоневрологический, психологический методы (тест уровня невротического состояния К. К. Яхина и Б.Д. Менделевича, проективные рисуночные тесты, тест Люшера, оценка уровня когнитивной дефицитарности – память, внимание).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у большинства детей и подростков диагностировалась соматоформная вегетативная дисфункция, депрессивные и тревожные расстройства различной степени тяжести. в младшем школьном возрасте к развитию депрессии чаще вели стрессовые факторы, связанные с буллингом (школьной травлей). Ухудшение психологического гомеостаза у подростков, стимулирующее или усугубляющее течение депрессии связано с рефлексией телесных проявлений заболевания (полнота, гинекомастия у мальчиков-подростков, нейротрофические явления (стрии), вегетативная гиперреактивность). Депрессия у детей и подростков сопровождается низкой физической активностью, повышающей риск ожирения. Проявления соматоформной вегетативной дисфункции у детей с ожирением включали симптомы эмоциональной и вегетативной напряженности и наличие множественных, повторно

возникающих соматических симптомов. По данным шкалы опросника невротических состояний в зоне патологии находились показатели шкал вегетативных нарушений (- 6,28), депрессии (- 3,42), астении (- 1,66) и тревоги (- 4,56).

Определен рейтинг факторов, детерминирующих развитие психических расстройств у детей с ожирением. Первая группа факторов связана со снижением адаптационных возможностей организма вследствие нарушения функционирования церебральных структур. Эти факторы способствовали возникновению психопатологии невротического уровня регистра при нейроэндокринном типе ожирения. Факторы второй группы, исходно связанные с фактом заболевания (ожирение), приобретали патогенетическое значение, выступая в качестве психосоциальных стрессоров и нарушая межличностное взаимодействие ребенка в социуме. Третья группа факторов представлена личными реакциями пациентов на соматическое заболевание: игнорирование проблемы, формирование личностно-типологических особенностей гиперактивных «толстяков», психологическая анозогнозия или реакции гиперкомпенсации, депрессивные расстройства. Вегетативные и эмоциональные нарушения у детей с ожирением выделены как маркеры психосоматического расстройства на клиническом и субклиническом уровне.

Коррекция соматоформной вегетативной дисфункции у детей с ожирением достигается путем использования нейропептида семакс 0,1% в сочетании с цитофлавином и когнитивно-поведенческой терапией, приемами мотивационного интервьюирования, гештальттерапии и семейного консультирования. Семакс улучшает энергетические процессы мозга, повышая его устойчивость к стрессовым повреждениям. Препарат цитофлавин – комплексный цитопротектор, состоящий из естественных метаболитов организма и витаминов (содержащий янтарную кислоту, ионизин, никотинамид, рибофлавин, моноклеид натрия), обладающий антигипоксическим, нейро- и энергопротекторным и антиоксидантными эффектами. Когнитивно-поведенческая терапия направлена на изменение умственных образов, преодоление устойчивых когнитивных паттернов, связанных с развитием эмоциональных и поведенческих трудностей у больных с ожирением.

При выявлении у пациента с ожирением патологических показателей депрессии и тревоги (от -1,28 баллов и меньше), снижения самооценки, снижения умственной работоспособности и скорости сенсомоторных реакций, фрустрации потребности в глубоком

эмоциональном принятии необходимо проводить психообразовательные мероприятия, включающие мотивационное интервьюирование, направленное на развитие и укрепление у ребенка с ожирением собственных внутренних психологических механизмов, побуждающих к изменениям (техника Миллера), поддержку самооффективности с использованием метода гештальт-терапии и семейного консультирования.

Выводы. Психические расстройства у детей и подростков с ожирением требуют дифференцированного подхода к диагностике и реабилитации на раннем этапе эндокринного заболевания. Спектр проявлений психологической дезадаптации, когнитивных, эмоциональных, поведенческих, микросоциальных ее составляющих, определяет мишени терапевтического вмешательства и векторность программ медико-психологического сопровождения. Ранняя диагностика психических расстройств и выявление психологических проблем у детей с ожирением позволяет предупредить развитие метаболического синдрома и сохранить качество жизни юных пациентов.

К ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ (НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Мителев Д.А., Матковская Т.Н., Кудь В.С., Исаева Е.П.

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

Структура расстройств, связанных с приемом пищи, в DSM-IV включает три основных нарушения: анорексию, булимию и расстройство питания NOS (другие расстройства приема пищи). Доля расстройств с пометкой NOS (неуточненное), является очень высокой, в то время как эта рубрика должна использоваться редко, по остаточному принципу. Нарушения пищевого поведения у подростков, которые не включают в себя расстройства восприятия, в частности своего тела, не рассматриваются в качестве психических заболеваний и трактуются как культурально детерминированные заболевания. Принято считать, что и булимия и анорексия могут включать в себе поведение, связанное и с перееданием, и с насильственным избеганием приема пищи, а определяющим диагностическим критерием является потеря массы тела более чем на 15% от возрастных норм. Согласно

МКБ-10, нервная анорексия представляет собой расстройство пищевого поведения, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Булимия – это гетерогенное состояние, поведенческий паттерн, проявляющееся на основе расстройства личности с явной биологической предрасположенностью, поддерживаемое нормами культуры. Со временем, анорексия, особенно при депрессии, может трансформироваться в булимию. Предполагается, что большинство случаев булимии и анорексии должно диагностироваться педиатрами. Диагностическими критериями нервной анорексии являются: снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела или достижение индекса массы тела Кветелета 17,5 баллов (индекс определяется соотношением массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах); искажение образа своего тела (страх перед ожирением); намеренность избегания пищи, способной вызвать увеличение массы тела. Нарушение полового развития, роста и аменорея являются обязательными диагностическими признаками данного расстройства. Отсутствие диагностического скрининга расстройств пищевого поведения в широком клиническом контексте, игнорирование очевидных проблем с весом подростка приводят к поздней диагностике расстройств пищевого поведения подростков. Депрессия является наиболее часто встречающимся коморбидным расстройством при анорексии и булимии. Актуальность проблемы нервной анорексии обусловлена ростом патологии в последние десятилетия, более ранним ее началом, трудностями диагностики и лечения, склонностью больных к диссимуляции, поздней обращаемости к специалистам. Клинико-социальная значимость проблемы определяется тем, что это заболевание возникает в препубертате и пубертатном возрасте (преимущественно у девочек) и приводит к психологической и социальной дезадаптации больных. Материалы и методы. Проведено комплексное соматоневрологическое, клинико-психопатологическое, психологическое обследование 42 подростков (9-11 лет) и 146 подростков (12-18 лет), больных рекуррентной депрессией. Использовались методики: шкала оценки депрессии у детей CDRS-R, тест уровня тяжести депрессии В.М. Бойко, цветовой тест Люшера, тест уровня невротического состояния (К.К. Яхина и Б.Д. Менделевича), структурированное психологическое интервьюирование, семейная социограмма.

Результаты и их обсуждение. У 3-х девочек 11 лет и 32 девочек-подростков в раннем пубертате была диагностирована нервная

анорексия, коморбидная с рекуррентной депрессией. У всех девочек исследуемой группы нарушение пищевого поведения ограничивалось идеями похудения с дисморфофобическими сверхценными идеями, активными способами снижения веса, отказом от еды, истощением себя физическими нагрузками, сомато-эндокринной недостаточностью, витальным типом нарушения влечений. Характерными психологическими особенностями девочек-подростков с депрессией, коморбидной с нервной анорексией были: чрезмерная пунктуальность, обязательность, прилежность. В пубертате становились более выраженными такие черты как повышенная чувствительность, интерес к собственной внешности, сверхценная идея «полноты», умеренная выраженность аффективных расстройств. На этом этапе появлялся и ряд других психопатологических расстройств, к которым, прежде всего, относились различные страхи, носящие изолированный характер и касающиеся лишь приема пищи и прибавки массы тела. Дефицитарная симптоматика заключалась в нерезкой аутизации, эмоциональной холодности к близким родственникам, сниженном уровне активности, эгоцентризме. Выявлялись определенные черты личности: больные замыкались в себе, уединялись, избегали контактов, все свободное время посвящалось «проблемам питания», нарастали эмоциональные и волевые расстройства, пассивность, социальная дезадаптированность. В депрессивной триаде ведущим был дистимический компонент (без определенного суточного ритма), в то время как идеаторный и двигательный компоненты были выражены значительно слабее. Приступам «обжорства» нередко предшествовала тревога с последующим чувством вины и депрессии. Вторичные сомато-эндокринные расстройства были зарегистрированы у всех исследуемых пациенток. Депрессия у подростков, коморбидная с нервной анорексией, часто включала булимию как симптом и ее чередование с периодами ограничения в еде. У всех исследуемых девочек-подростков с нервной анорексией депрессивные расстройства предшествовали в препубертате. В структуре депрессии превалировал поведенческий синдром, агрессивная беззащитность. Когнитивная составляющая представлена в виде снижения памяти по неустойчивому типу, снижения темпа сенсомоторных реакций. В анамнезе зарегистрированы эпизодические повторяющиеся приступы булимии. Практически все пациенты с депрессией и нервной анорексией игнорировали физические признаки болезни. У большинства исследуемых девочек-подростков уровень психологических показателей по шкалам астении, тревоги, депрессии,

вегетативних і фобических порушень відповідав патологічному рівню болізни, але їх варіабельність була монотонною (-1,25 і -1,27 баллів). Профіль рівня невротического стану відповідав конфігурації «плато», що значительно затрудняло діагностику афективної патології.

Висновки. Порушення харчового поведіння при рекуррентній депресії у дівочек-підлітків мають специфічні особливості, що вимагає мультидисциплінарного підходу до клінічної диференціації, нейротропної, нейрогенеративної терапії і психологічної корекції.

ДИНАМІКА ПОШИРЕНОСТІ СКАРГ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ХАРАКТЕРНИХ ДЛЯ ПОРУШЕННЯ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Няньковський С.Л., Сенкевич О.М.

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії

Мета і завдання. Вивчити поширеність та динаміку скарг за останні 10 років та поширеність факторів ризику, пов'язаних з захворюваннями шлунково-кишкового тракту у дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали і методи. Проведено порівняльний аналіз результатів анкетного опитування батьків та дітей у школах міста Львова у 2002 (n= 5000) та анкетного опитування з подальшим поглибленим оглядом у 2012-2013 роках (n=291). Статистичний аналіз отриманих даних був проведений з допомогою програми STATISTICA.

Результати. Нами відмічено 6 основних скарг у дітей у 2012 році, частота яких збільшилась порівняно з 2002 роком. Найбільш поширеною скаргою у 2012 році був дискомфорт та біль в животі, який зустрічався з поширеністю 82% і збільшився в порівнянні з 2002 роком на 8%. Зросла частка дітей зі скаргами на відрижку (20% у 2002 та 71% у 2012 роках), печію (7% і 12%), нудоту та періодичне блювання (29% і 56%), закрепи (32% і 36%) та швидко втомлюваність (46% і 78% відповідно). Частка дітей які скаргились на нудоту знизилась на 6 %, з 47% у 2002 до 41% у 2012. Помічено зменшення поширеності скарг на запаморочення у дітей. За даними 2012 року достовірним є збільшення частки дітей зі скаргами, в сім'ях яких родичі мають захворювання ШКТ та цукровий діабет. Не було визначено достовірної різниці в групах здорових і хворих дітей, які знаходились на грудному

вигодовуванні та отримували прикорми вчасно. Вживання коров'ячого молока на першому році життя підвищує ризик розвитку патології ШКТ через високу «алергізацію», що підтвердилось при нашому дослідженні. Отримано достовірні дані що гестози, особливо у першому триместрі вагітності а також перебування вагітної жінки у стаціонарі підвищують ризик виникнення гастродуоденальної патології. Шкідливі звички батьків, соціальні умови життя як окремо так і в сукупності негативно впливають на стан травної системи у дітей.

Висновки. Існує стійка тенденція до погіршення стану здоров'я дітей молодшого шкільного віку. Серед основних скарг, що супроводжують формування патології шлунково-кишкового тракту у дітей виділено наступні: дискомфорт та біль у животі, нудота, відрижка, астеничний синдром. До основних чинників ризику можна віднести наступні: захворювання шлунково-кишкового тракту у сім'ї, цукровий діабет, характер харчування на першому році життя, режим харчування, соціально-економічне благополуччя сім'ї, екологічні чинники.

СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ ПРИ РОЖДЕНИИ

Овчаренко С.С., Межирова Н.М., Данилова В.В.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра детской хирургии и детской анестезиологии

Метаболический «пожар» у новорожденных, перенесших тяжелую асфиксию при рождении, позволяет предполагать участие в патогенезе асфиксии и ее последствий системного воспалительного ответа (СВО).

Нашим исследованием мы стремились дать ответ на вопрос: есть ли проявления СВО у новорожденных, перенесших тяжелую асфиксию при рождении, а также имеются ли у них проявления интоксикации.

Для решения поставленных задач мы провели сравнительную оценку показателей СВО и количественного показателя интоксикации (уровня «средних» молекул (УСМ) и цистатина С на третьи сутки жизни у 50-и новорожденных: основная группа – 34 больных и контрольная группа - 16 условно здоровых детей,

На третьи сутки жизни у детей основной группы уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-4 выше, чем в контрольной

группе, а также имеется выраженная тромбоцитопения и снижение уровня нитритов ($p \leq 0,05$), что свидетельствует об усиленной выработке цитокина ИЛ-4 в ответ на воспаление, следствием которого является нарушение функциональной активности эндотелия в виде уменьшения образования оксида азота и тромбоцитопении. Согласно мнению Афанасьевой А.Н., Одинцовой И.Н., Удут В.В., данные изменения можно рассматривать как защитную реакцию эндотелиальных клеток на СВО, которая запускается стремительным связыванием агонистов типа гистамина и тромбина для сохранения целостности сосудов, при этом функция клеток быстро перестраивается на реализацию прокоагулянтного, вазоконстрикторного и провоспалительного действия, и только присутствие эндогенной интоксикации свидетельствует о дискоординации этих процессов и начале СВО. Повышение цистатина С у всех детей сопровождалось повышением УСМ у больных новорожденных до 3,4 у.е., в то время как у условно здоровых детей находился в пределах возрастной нормы.

Таким образом, выявленные нарушения цитокинового обмена и функциональной активности эндотелия в сочетании с проявлениями эндогенной интоксикации на 3-и сутки жизни рассматриваются нами как ранний этап СВО.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Одинец Ю.В., Алексеева Н.П., Бирюкова М.К.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека (5–8 % в общей популяции). По данным ряда исследований, выполненных в соответствии с рекомендациями Европейского общества пульмонологов, распространенность БА составляет — 5 % среди взрослого населения и от 8 до 10% у детей, что в абсолютных цифрах составляет около 7 млн. больных. Считается, что в Украине БА болеют 5 % населения, т.е. 2,3 млн. человек. Но официальная статистика в Украине отражает приблизительно каждого 20-го больного с БА. По г.Харькову распространенность БА среди детского населения в 2014 г. составила 8,39%. Надо отметить, что на протяжении последних 5 лет распространенность БА среди детского населения г. Харькова оставалась приблизительно на одном уровне. Так в 2010г. она

составила 9,1%, в 2011г. – 9,15%, в 2012 – 8,97%, 2013 – 9,19%. Высокий уровень распространенности заболевания среди детского населения г.Харькова отражает общую мировую тенденцию к росту заболеваемости, инвалидности и смертности, обусловленных БА. Формирование современной концепции патогенеза БА, основанной на хроническом аллергическом воспалении дыхательных путей и связанной с ним гиперреактивности бронхов, определило стратегию в терапии БА, а именно необходимость в проведении базисной терапии, направленной на купирование хронического аллергического воспаления в дыхательных путях. Главной целью лечения больных бронхиальной астмой является достижение и длительное поддержание контроля над заболеванием. Особой проблемой остается ведение больных с тяжелым неконтролируемым течением БА. Это обусловлено, с одной стороны, трудностью в индивидуальном подборе препаратов и их адекватных доз, а с другой стороны - дисциплинированностью больного ребенка и его родителей, ответственных за выполнение врачебных рекомендаций. Кроме того, многие современные лекарственные средства базисной терапии, применение которых позволяет контролировать течение болезни, к сожалению не всегда доступны по финансовым соображениям. Это приводит к прерыванию схем лечения и отсутствию контроля над заболеванием, является одной из причин обострений, повторных госпитализаций, развития осложнений, инвалидизации больных. Экономический аспект этой проблемы становится всё более актуальным, т.к. наибольшее количество средств тратится именно на неотложное стационарное лечение обострений и осложнений БА. С 2011г. в г. Харькове в рамках Комплексной программы “Инновации в приоритетных направлениях развития отрасли охраны здоровья г.Харькова на 2011-2015 года” ежегодно проводится централизованная закупка лекарственных препаратов для детей с тяжелым течением БА. Данная социальная программа позволяет обеспечить детей-инвалидов препаратами для базисной терапии БА. Экономический и социальный эффект данной программы мы можем проследить на примере снижения числа детей-инвалидов, состоящих на диспансерном учете в коммунальных учреждениях органов здравоохранения г. Харькова, в течение последних 5 лет. Так, в 2010г до начала работы социальной программы на диспансерном учете находилось 90 детей-инвалидов. В 2011г. – 81 ребенок, в 2012 – 71, в 2013- 56, в декабре 2014г. - 51ребенок. Часть детей ежегодно снимается с учета по достижении 18 лет (1-3 ребенка в год), но основная масса детей снимается с учета по медицинским показаниям. На 50% снизилось число госпитализаций

детей в тяжелом состоянии, на 20%-30% - госпитализация в период обострения. Отсутствовали в течение последних 3 лет такие тяжелые осложнения как пневмоторакс, ателектаз, легочно-сердечная недостаточность. Таким образом, достигается не только улучшение контроля над заболеванием, нормализация качества жизни ребенка и его родителей, но также существенно снижаются расходы государственного здравоохранения.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА – ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Одинец Ю.В., Алексеева Н.П., Бирюкова М.К., Яровая Е.К.,
Семеренко А.И.*, Шелест С.С.**

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16»

Бронхиальная астма (БА) на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем детской пульмонологии и аллергологии. Достигнутый в настоящее время прогресс в изучении механизмов развития БА явился основой для разработки новой концепции ее патогенеза, согласно которой основу астмы как заболевания составляет хроническое воспаление дыхательных путей, гиперреактивность бронхиального дерева и ремоделирование бронхов. Эта концепция предопределила новую стратегию в терапии БА, основанную на проведении длительной противовоспалительной терапии. Своевременная диагностика БА – залог успешного лечения и предотвращение прогрессирования болезни, формирования ремоделирования бронхов. Диагностика БА у детей раннего возраста (до 5-ти лет) до настоящего времени вызывает затруднения. Такие клинические симптомы как wheezing и кашель могут быть обусловлены как аллергическим воспалением бронхов так и инфекционным, особенно у детей первых двух лет жизни. Невозможность проведения у большинства пациентов этого возраста специальных пульмонологических тестов для выявления бронхиальной обструкции и гиперреактивности бронхов часто приводит к несвоевременной диагностике астмы и, как следствие, неадекватной терапии заболевания. В руководстве GINA-2014 предложен ряд новых положений по вопросам диагностики и лечения БА у детей раннего возраста. Наличие у ребенка младше 5 лет следующих симптомов - wheeze, затрудненное дыхание, кашель более 10 дней на фоне острой респираторной инфекции, 3 и более эпизодов

обструктивного синдрома в год, наличие тяжелых эпизодов обструкции в ночное время, wheeze или затрудненное дыхание при физической нагрузке, смехе между эпизодами обструкции, а также атопия и отягощенная наследственность по астме делают диагноз БА вероятным в 90% - 100% случаев. Такие пациенты нуждаются в своевременном назначении антиастматической терапии.

Нами проанализированы 45 историй болезни детей в возрасте до 5-ти лет с впервые установленным диагнозом БА. Осложнения в антенатальном и интранатальном периодах отмечены у 34% детей. У каждого пятого ребенка на первом году жизни бронхиты сопровождались обструктивным синдромом. Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям в семьях отмечена у 87% обследованных детей, внелегочные проявления аллергии у каждого второго пациента этой возрастной группы. Типичных приступов удушья у большинства этой возрастной группы не регистрировалось. Обострение заболевания совпадало с респираторной инфекцией и развитием бронхиальной обструкции. У 75% детей клиническое течение заболевания характеризовалось наличием симптомов дыхательного дискомфорта, сухим приступообразным кашлем в ранние утренние часы, усилением кашля при физической нагрузке, перемене погоды, т.е. отмечался кашлевой вариант астмы. Легкое персистирующее течение астмы наблюдалось у большинства пациентов этой возрастной группы (69%). У всех обследованных детей показатели IgE превышали возрастную норму, однако зависимости тяжести течения астмы от выраженности атопии не наблюдалось. Таким образом, для БА у детей раннего возраста характерным является отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, рецидивирующий обструктивный синдром, внелегочные проявления аллергии, симптомы дыхательного дискомфорта, атопия, обострение заболевания на фоне респираторной инфекции. Наличие такого симптомокомплекса у ребенка раннего возраста является показанием для диагностики БА, назначения базисной противовоспалительной терапии заболевания и организации полного комплекса диспансерного наблюдения.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Одинец Ю.В., Васильченко Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

Прогноз в течении заболевания зачастую позволяет обеспечить эффективность проводимой терапии. По данным отечественных и зарубежных исследователей, распространенность бронхиальной астмы (БА) с каждым годом повышается, несмотря на совершенствование методов диагностики, профилактики и лечения. В последнее время активно изучается иммунокомплексный механизм развития заболевания и влияние его на состояние эндотелия сосудов. Для анализа структуры и функции артерий используется множество методов, но наиболее безопасными и не имеющими противопоказаний, легко выполнимыми являются ультразвуковые методы. Многие признают, что одним из важнейших маркеров эндотелиальной дисфункции, играющей ключевую роль в атерогенезе, является показатель толщины комплекса интимы медиа (КИМ) стенки сосуда, а также эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности прогнозирования течения БА у детей на основе изучения особенностей функции эндотелия сосудов по данным КИМ общей сонной артерии (ОСА) и состояния эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии у детей в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы: нами обследовано 51 ребенок с БА в возрасте от 6 до 17 лет с различным вариантом течения, которые находились на обследовании и лечении в пульмонологическом отделении КЗОЗ ХГДКБ№16. Диагноз устанавливался с учетом требований, регламентированных соответствующим протоколом по БА (приказ №868 МОЗ Украины от 08.10.2013г.). Обследуемые разделены на 3 группы: в 1 группу вошли дети с легким персистирующим течением (20 больных), во 2 группу – с среднетяжелым течением (17 больных) и в 3 группу (14 больных) – с тяжелым течением БА. Группу контроля составили 15 практически здоровых детей. Обследованным проведено ультразвуковое исследование толщины КИМ ОСА методом ультразвукового дуплексного сканирования в дистальной трети общей сонной артерии

(Pignolli P., 1986) и эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии с помощью манжеточной пробы (D.S.Celermajer D.S. и соавт. 1992).

Одновременно определялся уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и уровня IgE в сыворотке крови. Статистическая обработка проводилась с помощью программы STATISTICA 7.0 FOR WINDOWS. Оценку корреляционных связей проводили с использованием непараметрической статистики Спирмена ($p < 0,05$).

Результаты: У детей 1 группы достоверно имели большие значения толщины КИМ в сравнении с контрольной группой ($1,039 \pm 0,21$ мм). Средний уровень ЦИК составил $84,95 \pm 33,26$ у.е. Уровень IgE сыворотки крови – $325,01 \pm 113$ МЕ/мл. Выявлена достоверно высокая корреляционная зависимость уровня IgE крови и уровня ЦИК ($r = +0,84$, при $p < 0,05$).

При оценке результатов толщины КИМ у детей 2 группы среднее значение составило $1,15 \pm 0,4$ мм. Уровень ЦИК – $92 \pm 15,6$ у.е. Уровень IgE сыворотки крови – 522 ± 116 МЕ/мл.

У больных 3 группы с наиболее тяжелым вариантом течения заболевания толщина КИМ составила $1,46 \pm 0,3$ мм. Средний уровень ЦИК – $104,9 \pm 16,78$ у.е., IgE крови – 517 ± 183 МЕ/мл. При проведении корреляционного анализа установлена прямая высокая зависимость уровня IgE сыворотки крови и уровня ЦИК ($r = +0,82$, при $p < 0,05$). Выявлена корреляционная зависимость показателя толщины КИМ и уровня IgE крови ($r = +0,64$, $p < 0,05$), и КИМ с уровнем ЦИК ($r = +0,52$, $p < 0,05$).

При оценке показателей эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии с помощью манжеточной пробы % прироста диаметра плечевой артерии на 30 сек. после окклюзии у детей 1 группы составила $7,58 \pm 1,6\%$, у больных 2 группы – $7,55 \pm 1,9\%$, и у больных 3 группы – $5,7 \pm 1,01\%$.

Выводы: при оценке показателя толщины КИМ установлена четкая взаимосвязь с тяжестью течения заболевания. Этот показатель значительно возрастал в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы. В зависимости от тяжести течения меняются и показатели уровней ЦИК и IgE сыворотки крови – у детей с среднетяжелым и тяжелым вариантами течения эти показатели значительно возрастают, что может говорить о иммунокомплексном влиянии на состояние стенки сосуда. При оценке состояния эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии выявлены существенные изменения состояния эндотелия сосудов у детей уже с легким течением заболевания. Таким образом, следует полагать, что определение толщины КИМ общей сонной артерии и эндотелий-

зависимой дилатации плечевой артерии могут быть использованы для прогнозирования течения БА.

ВПЛИВ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА РОЗВИТОК ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ

*Одинець Ю.В., Головачова В.О., Одинець П.І., Бутенко Л.Б. *,
Осьмачко І.С. *, Бойко О.М. *, Кузенко Л.В. **

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2

*КЗОЗ «Харківська міська клінічна дитяча лікарня №16»

Актуальність теми. За даними українських вчених, частка здорових дітей у базових школах протягом поточного навчального року зменшилася з 27,2% до 18,8%, а кількість дітей з хронічною патологією збільшилася з 26,1% до 53,6% [1]. Така ситуація відбувається на тлі прогресуючого впровадження технічних засобів: комп'ютерів, мережі Інтернет, мобільних телефонів (МТ), які стають невід'ємними компонентами життя та змінюють фізіологічні умови існування підлітків і можуть сприяти розвитку захворювань [2]. За останні роки в Україні значно зросла кількість молодих людей, які мають доступ до комп'ютера. ВООЗ внесла комп'ютерну залежність у розряд категорій патологічних пристрастей [3].

Доведено, що найбільш чутливими до ЕМВ, є тканини і органи нервової, імунної та ендокринної систем, причому особливо виражена реакція спостерігається на етапах онтогенезу і в станах, що вимагають мобілізації і перебудови гомеостатичних механізмів, напруженості процесів компенсації та адаптації [4].

На питання шкідливо або ні електромагнітне випромінювання (ЕМВ) у ВООЗ також не має єдиної думки. ВООЗ заперечує саму можливість впливу ЕМВ на здоров'я людей, а симптоми, пов'язані з впливом ЕМВ експерти ВООЗ пропонують трактувати як «моральний стрес, пов'язаний з повсякденним застосуванням нових технологій». Разом з тим, коли проблема електромагнітного забруднення тільки з'являлася, ВООЗ, провівши ряд досліджень (2001-2002р.р.), заявила наступне: «для повноцінної відповіді на питання про шкоду ЕМВ для здоров'я людини знадобиться проводити дослідження на протязі 15 - 20 років». А поки ВООЗ рекомендує, по можливості, обмежувати себе від впливу ЕМВ [5].

Таким чином, вивчення дії ЕМВ на дитячий організм підвищує ефективність ранньої діагностики, профілактики та дозволяють розробити індивідуальні засоби корекції деяких станів.

Мета дослідження: оцінити можливу дію електромагнітного випромінювання на розвиток та прогресування патологічних станів у дітей.

Матеріали та методи дослідження: під спостереженням знаходилося 851 дитина у віці від 13 років до 17 років, які навчаються у загальноосвітніх школах №23, №38, №49, №61, №70, №72, №111, №119 м. Харкова. Серед обстежених переважали діти, які навчалися у 9 класі віком від 14 до 15 років (42,5%), за статтю – дівчата (53,2%).

Після проведення аналізу анкетування, дітей розподілено на 2 групи: діти, які більше піддавалися впливу ЕМВ (436 школярів 10-11 класів) та діти, які знаходилися під впливом ЕМВ менше часу (415 школярів 8-9 класів).

Стан здоров'я школярів обох груп вивчався за допомогою медичної картки амбулаторного хворого (форма №025/о) у поліклініках за місцем мешкання дітей.

Робота проводилась відповідно до вимог Європейської конвенції захисту хребтових тварин (Страсбург, 18.03.1986 р.), директиви Ради Європейського економічного суспільства захисту хребтових тварин (Страсбург, 24.11.1986 р.), відповідно до вимог та норм, типових положень з питань етики МОЗ України №690 від 23.09.2009 р. Дослідження виконувалося з мінімальними психологічними втратами з боку дітей. Діти та їх батьки були повністю інформовані про методи та об'єм досліджень.

Інтерпретація конкретних кількісних параметрів базувалася на загальноприйнятих положеннях медичної та біологічної статистики [6].

Результати дослідження: Серед опитуваних 154 дитини (18,1%) полюбляють слухати МРЗ-плеєр, 214 підлітків (25,1%) читають електронну книгу, 624 опитуваних (73,3%) мають ноутбук, 623 школярів (73,2%) використовують МТ у повсякденному житті, при чому 107 дітей (12,6%) має 2 МТ, а 14 підлітків (1,7%) має 3 та більше телефонів.

Найбільш тривало (більш, ніж 5 років) застосовують комп'ютер або ноутбук та МТ школярі 10 (65,2%) та 11 (63,8%) класів ($p < 0,05$) у порівнянні зі школярами 8 (47,2%) та 9 (35,4%) класів.

Більш, ніж 70% анкетованих дітей мають хронічні захворювання. На порушення сну (важко заснути), безпричинне відчуття дратівливості та головний біль найбільш частіше скаржилися

школярі 8 класів у порівнянні зі школярами 10-11 класів ($p < 0,05$), що, можливо, зв'язано з більш низькими адаптаційними можливостями організму у дітей середніх класів.

Часті простудні захворювання (кожен місяць) відмічають школярі 9 класів (6,1%). Близько 28% школярів усіх класів мають порушення постави.

На наявність ризи в очах, навпроти, вірогідно більше ($p < 0,05$) скаржаться школярі старших класів, що, можливо, пов'язано з більш тривалою дією ЕМВ на їх організм.

При оцінці стану здоров'я анкетованих школярів в залежності від статі, на диспансерному обліку у кардіолога достовірно більше ($p < 0,05$) перебуває хлопців з 10 класу (28,6%) у порівнянні з дівчатами з того ж класу.

На диспансерному обліку у пульмонолога перебувають діти 9-11 класів, найчастіше з приводу бронхіальної астми.

У зв'язку з патологією шлунково-кишкового тракту (хронічний гастрит, хронічний гастроуденіт, виразка шлунку та дванадцятипалої кишки) на обліку у гастроентеролога знаходяться переважно ($p < 0,05$) хлопці з 8 класу (5,6%), дівчинки з 9 класу (7,2%) та 10 класу (8,4%).

На диспансерному обліку у невролога частіше ($p < 0,05$) перебувають дівчата (21,2%) у порівнянні з хлопцями (2,6%) з 9 класу.

На патологію нирок у всіх досліджуваних класах частіше ($p < 0,05$) хворіють дівчата.

Проблеми з зубами у вигляді карієсу мають як дівчинки, так і хлопчики з 9 класу (0,6% та 1,0% відповідно) та хлопчики з 11 класу (0,7%). В 8 та 10 класі дітей, які знаходяться на обліку у стоматолога немає, що, можливо, зв'язано з неповним проходженням медичних оглядів.

На диспансерному обліку у ЛОР-лікаря в 8 та 10 класах частіше ($p < 0,05$) знаходяться хлопчики, а в 9 та 11 класах – дівчата.

З приводу алергічних реакцій на диспансерному огляду у алерголога спостерігаються школярі 9 та 11 класів, в основному дівчинки з 9 класу (1,2%).

Найбільше дітей (більше 10%) перебувають на обліку у ортопеда з приводу сколіотичної постави, плоскостопості, деформації грудної клітини. 2 школярів перенесли реактивний артрит. Достовірно частіше ($p < 0,05$) на ортопедичну патологію хворіють дівчата 9 та 11 класів та хлопці з 8 класу.

На диспансерному обліку у офтальмолога перебувають близько 10-20% усіх обстежених хлопців та дівчат.

У гінеколога лікуються дівчата 9, 10 та 11 класів з приводу дисменореї, хронічного сальпінгоофориту. У 1 дівчинки з 10 класу спостерігається кіста правого яєчника.

На ендокринну патологію частіше ($p < 0,05$) скаржаться дівчата з 9 та 11 класів (близько 3-7%) та хлопці з 8 класу (5,6%).

На диспансерному обліку у хірурга знаходяться 3,6% хлопчиків з 9 класу, 1,2% дівчат та 1,5% хлопчиків з 11 класу.

Частіше на поєднану патологію органів та систем хворіють хлопці з 8, 10 та 11 класів ($p < 0,05$) у порівнянні з дівчатами з тих самих класів. В основному поєднана патологія представлена захворюваннями кісткової, нервової систем, захворюваннями серця, очей та шлунково-кишкового тракту.

Для оцінки стану здоров'я та вивчення впливу ЕМВ на дитячий організм, дітей розподілено на 2 групи: 1 група - діти, які більше піддавалися впливу ЕМВ (школярі 10-11 класів) та 2 група - діти, які знаходилися під впливом ЕМВ менше часу (школярі 8-9 класів).

При порівнянні обох груп обстежених дітей, нами виявлено, що достовірно частіше ($p < 0,05$) хворіють діти, які за даними анкетування, більш триваліше знаходилися під впливом ЕМВ. У дітей з цієї групи частіше відмічається патологія очей (24,4%), серця (20,8%), нирок (7,5%), захворювання нервової (18,3%) та ендокринної (6,0%) систем.

28,6% школярів 10-11 класів перебувають на диспансерному обліку з поєднаною патологією, що порівняно більше ($p < 0,05$), ніж у школярів 8-9 класів (23,5%). Це може свідчити про вплив ЕМВ одразу на декілька органів та систем, що диктує про необхідність розробити профілактичні заходи проти патологічної дії ЕМВ на дитячий організм.

Висновки:

1. При дослідженні залежності розвитку та прогресування патологічних станів дітей від впливу електромагнітного випромінювання, виявлено, що достовірно частіше ($p < 0,05$) хворіють діти, які за даними анкетування, більш триваліше знаходилися під впливом електромагнітного випромінювання.

2. Різноманітні подразники навколишнього середовища, такі як електромагнітне випромінювання, впливає на розвиток дитячого організму, викликаючи такі патологічні стани, як патологія очей (24,4%), серця (20,8%), нирок (7,5%), захворювання нервової (18,3%) та ендокринної (6,0%) систем. Тому необхідно прагнути до мінімізації таких впливів та зменшити тривалість застосування електронних приладів (комп'ютер, ноутбук, мобільний телефон та ін.) у повсякденному житті дітей.

Список використаних джерел:

1. Неділько В. Шкільна медицина: яким буде розклад на завтра? / В. Неділько // Ваше здоров'я. – 2014. – № 1-2. – С. 8–9.
2. Єщенко А.В. Вплив інформаційних технологій на здоров'я підлітків / А.В. Єщенко // Здоровье ребенка. – 2013. – № 3 (46). – С. 123-127.
3. Гигиенические требования к организации работы детей и подростков с компьютером / А.А. Силаев, Л.Ю. Кузнецова, Н.Д. Бобрищева-Пушкина, О.Л. Попова // Практика педиатра. — 2009. – № 6. — С. 27–30.
4. Гриневич В. В. Основы взаимодействия нервной, эндокринной и иммунной систем / В. В. Гриневич, И. Г. Акмаев, О. В. Волкова. – СПб.: Symposium, 2004. – 159 с.
5. Исследование ВОЗ электромагнитных излучений. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://elsmog.ru/index.php/mobtel/mobtel.html>.
6. Зосимов А. М. Дисертаційні помилки (медицина) /А. М. Зосимов, В. П. Голік. – Харків : Торнадо, 2003. – 199 с.

**СТАРТОВАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ
КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ С
ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Одинец Ю.В., Казанов В.Я., Губарь С.О., Яворович В.А,
Королева В.Э.*, Мешков А.В.*, Малахова В.М.**

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии № 2

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16

Группу особого риска составляют онкогематологические больные с несостоятельностью специфических и неспецифических факторов защиты в результате иммунокомпрометации как в результате основного заболевания, так и проводимой полихимиотерапии, что способствует инвазии, транслокации и генерализации инфекции. Наиболее грозными осложнениями являются геморрагические, инфекционно-токсические с развитием инфекционно-токсического шока (ИТШ), синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). Одним из основных направлений интенсивной терапии этих состояний является инфузионная терапия, симпатомиметическая и инотропная поддержка гемодинамики, респираторная поддержка согласно стратегии ранней цель-ориентированной терапии.

Необходимость инфузии в больших объемах кристаллоидных и коллоидных растворов для коррекции гемодинамических расстройств приводит нередко к гипергидратации и перегрузке жидкостью интерстициального сектора. В этой связи разработаны варианты низкообъемной ресусцитации в терапии ИТШ и СПОН. При этом сокращаются объемы инфузионных растворов, необходимых для стабилизации объема циркулирующей крови и преднагрузки на миокард. В связи с этим поставлена задача оптимизации инфузионной терапии у онкогематологических больных с ИТШ. У 11 больных с различными вариантами острого лейкоза и развитием ИТШ, которые находились под нашим наблюдением в качестве стартовой инфузионной терапии использованы гипертонически-гиперонкотические растворы: 10 % раствор хлорида натрия и 6 % раствор гидроксиэтилкрахмала (Рефортан) в соотношении 1 : 1 в дозе 8 мл/ кг массы тела вводимых внутривенно в течение 20 – 30 минут. Отмечено улучшение гемодинамики через 1 – 2 часа, оцениваемое по показателям сердечно-сосудистой дисфункции: стабилизация системного АД, увеличение пульсового и среднего АД, улучшилась перфузия тканей – уменьшение времени наполнения капилляров, градиента температуры

тела между центральной и периферической, увеличение почасового диуреза > 0,5мл/кг/час. У 8 больных в течение суток и последующих 3-5 дней на фоне интенсивной терапии, показатели гемодинамики и перфузии тканей были стабильными, удовлетворительными. Показатели электролитов крови не выходили за пределы физиологических нормативов. Имелась тенденция к повышению уровня натрия в крови. Гипо- и диспротеинемия, обусловленные тяжестью основного заболевания не нарастали в ходе терапии в результате их своевременной коррекции. Использование гипертонически-гиперонкотической ресусцитации уменьшает тяжесть СПОН согласно шкалы SOFA.

Таким образом, использование 10% хлорида натрия в комбинации с производными гидроксиэтилкрахмала у детей целесообразно в качестве стартовой инфузионной терапии для быстрого устранения гиповолемии, улучшения гемодинамики при критических состояниях у больных с онкогематологической патологией.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Одинец Ю.В., Макеева Н.И., Яровая Е.К., Кучеренко М.В. *,
Соколова В.А. **

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16»

Цель: изучить особенности течения пиелонефрита у детей раннего возраста.

Материалы и методы: Проанализировано 198 историй болезни детей с пиелонефритом, получавших лечение в нефрологическом отделении городской клинической детской больницы № 16 г. Харькова, из них 92 в возрасте до 1 года и 106 от 1 до 3 лет. Верификация диагноза и лечение проводились в соответствии с приказом МОЗ Украины № 627 от 03.11.2008 г.

Результаты: В обеих группах пациентов преобладали девочки, с увеличением частоты от 61% у девочек до 1 года до 83,5% у девочек 1-3 лет. Большинство пациентов до года (72 % мальчиков и 53 % девочек) были госпитализированы с клиническим синдромом интоксикации (лихорадка, потеря аппетита, беспокойство). В остальных случаях заболевание протекало мало- или бессимптомно. Частота бессимптомного течения увеличивалась с возрастом и отмечалась примерно у каждого второго ребенка в возрасте от 1 до 3 лет (50% мальчиков и 57% девочек). Пороки развития мочевыводящих путей и пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) были диагностированы почти у половины детей до года и у 1/3 - в возрасте 1-3 лет. С возрастом отмечалось повышение удельного веса нейрогенных дисфункций мочевого пузыря (с 16,5% у детей до года до 20% в возрасте 1-3 лет), дисметаболических нефропатий (с 12% до 17% соответственно). У мальчиков относительно чаще встречались тяжелые аномалии мочевыделительной системы (МВС), более высокая степень ПМР, что может стать причиной развития хронической почечной недостаточности в более раннем возрасте. У каждого второго пациента развитию пиелонефрита способствовали такие факторы риска как: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и патология течения беременности и родов (36%), наследственная предрасположенность (30%), фимоз (25%), ранний перевод на искусственное вскармливание (30%), желудочно-кишечные расстройства, рахит и др. Бактериологическое исследование мочи

выявило некоторые возрастные особенности микробного спектра возбудителей. В частности, частота высеваемости *E. coli* увеличивалась с 33% у детей до 1 года до 60% в возрасте от 2 до 3 лет (у девочек относительно чаще, чем у мальчиков). С возрастом снижался удельный вес Грам-положительной флоры с 39% до 15% и чувствительность к антибактериальным средствам. Чувствительность возбудителей к антибиотикам представлена в следующем порядке (по мере убывания) - фторхинолоны (ципро-, лево-, офлоксацин) - аминогликозиды (гентамицин, амикацин, тобрамицин) - цефалоспорины (цефтриаксон, цефуроксим) - защищенные аминопенициллины - макролиды (кларитромицин, спирамицин, азитромицин) – рифампицин. Отмечалось снижение чувствительности к антибиотикам у детей более старших возрастных групп, что может быть обусловлено формированием устойчивых штаммов микроорганизмов как вследствие применяемых ранее антибиотиков, так и в связи с формированием микробных коммуникаций (микробных биопленок), роль которых в формировании хронических инфекций мочевых путей и камнеобразовании доказана.

Выводы: Рост заболеваемости пиелонефритом, высокая частота мало- или бессимптомного течения у детей раннего возраста требует проведения лабораторно-инструментального обследования детей группы риска для своевременного выявления пиелонефрита и врожденных аномалий МВС. С учетом возможной хронизации пиелонефрита у детей (особенно на фоне нарушений уродинамики), смены бактериальных возбудителей, неоднородной структуры их в различных регионах необходимо не только проведение регулярного микробиологического мониторинга, но и выявление микробных коммуникаций, определение иммунологического статуса детей, страдающих пиелонефритом, с целью поиска эффективных путей лечения.

МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЗАГАДКА ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ

*Одинец Ю.В., Поддубная И.Н., Белоусова Л.С. *, Вейнгольд Т.А. *,
Потихенская К., Болдырева Е.С. **

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра педиатрии №2

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16

Актуальность. Миелодиспластический синдром (МДС) является сложно диагностируемым синдромом, трансформируясь в дальнейшем в онкогематологические заболевания.

Материалы. Под наблюдением находилось 5 детей с МДС. Диспластические признаки клеток периферической крови и костного мозга при МДС характеризовались дисэритропозом, дисгранулоцитопозом, дистромбоцитопозом. Помимо морфологических изменений клеток крови и костного мозга, при МДС наблюдались количественные и функциональные нарушения элементов гемопоэза. При цитогенетических исследованиях обнаружены нарушения кариотипа у 50% больных с МДС. Характерной особенностью заболевания явилась пролиферация бластных клеток с последующим развитием острой лейкемии, что отмечалось у 20% больных. У детей развивались аутоиммунная анемия и тромбоцитопения, а также тяжелый аутоиммунный синдром с артритами, кожными васкулитами и полисерозитом.

Результаты. У детей наблюдались тяжелые клинические проявления с выраженной спленомегалией, кожным васкулитом и рецидивирующими инфекциями, заболевание имеет более тяжелое течение, чем у взрослых; ремиссия отсутствует и отмечается значительно меньшая продолжительность жизни со времени манифестации. Редкость и гетерогенная природа заболевания обуславливают сложность диагностики МДС у детей. Результаты консервативного лечения на сегодня являются малоэффективными, единственным мероприятием, улучшающий прогноз, является трансплантация костного мозга (ТКМ).

МАСКИ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ

*Одинец Ю.В., Поддубная И.Н., Маренич Л.П. *, Койда М.Л. *,
Плаксина Е.В. *, Потихенская К.*

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16

Проблема анемий остается актуальной как для высокоразвитых, так и для развивающихся стран. Так, в странах Европы железодефицитной анемией страдают 10-12% женщин и 3-8% мужчин. Среди лиц молодого возраста 50% имеют латентный дефицит железа, а среди женщин детородного возраста - 30%. По данным ВОЗ анемии у детей являются наиболее распространенными в мире, поражая до 60% детского населения. Однако в ряде случаев диагноз анемии является симптоматическим, маскируя основное заболевание.

Цель. Прослеживание трансформации первичного диагноза анемии у детей в его заключительный вариант.

Материалы и методы. Представлено 5 выписок из истории болезней детей, у которых при поступлении был установлен диагноз анемии различной степени тяжести.

Результаты. Тщательный сбор анамнеза, углубленное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, а также проведение дифференциального диагноза позволило во всех случаях установить истинную природу заболевания.

Выводы. Проведение дифференциального диагноза является сложным мыслительным процессом, упрощение которого приводит к диагностическим ошибкам. Терапия заболевания и его исходы во многом зависят от знаний, опыта и – что немаловажно – от внимательности врача.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ПІД КОНТРОЛЕМ МЕТАБОЛІЧНОГО СТАНУ СУРФАКТАНТНОЇ СИСТЕМИ ЛЕГЕНЬ

Одинец Ю.В., Ручко А.Ф., Череднікова Т.Ю.
Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 2

Актуальність. Значна захворюваність, високий рівень летальності, збільшення частоти затяжних форм пневмоній у дітей роблять вкрай необхідним критичне переосмислення існуючих знань і

залишають негоспітальну пневмонію однією з найбільш актуальних проблем сучасної педіатричної пульмонології [1]. У достатній кількості наукових праць висвітлені результати досліджень щодо особливостей перебігу, діагностики та лікування дітей із гострою бронхолегеневою патологією [2]. Численними дослідженнями достовірно доведено, що одним із можливих механізмів, які сприяють виникненню запального процесу в бронхолегеневій системі, може бути порушення структури і функції легеневого сурфактанту і є обов'язковим компонентом майже всіх пульмонологічних захворювань [3]. Функціональні можливості сурфактанту залежать від його ліпідного складу, виявлення порушень якого та встановлення можливостей їх корекції сприяло б зниженню захворюваності на ускладнені, затяжні пневмонії та покращенню прогнозу захворювання [4]. На сучасному етапі бракує чітких критеріїв прогнозування трансформації легких форм захворювання в ускладнені та затяжні упродовж динамічного спостереження дитини. Основним напрямком лікування негоспітальних пневмоній у дітей на сучасному етапі є етіотропна антибактеріальна терапія. Патогенетичній терапії належної уваги на цей час не приділяється. Комплексне вирішення цих питань дозволить розкрити один із можливих патогенетичних варіантів ускладнених та затяжних форм пневмоній, науково обґрунтувати напрямки терапевтичної корекції виявлених відхилень, що сприятиме покращенню якості надання лікувально-діагностичної допомоги дітям.

Мета: удосконалення лікування негоспітальних пневмоній у дітей шляхом розробки системи заходів попередження ускладненого та затяжного перебігу захворювання із застосуванням сурфактант-протективної терапії.

Завдання:

1. Вивчити динаміку ліпідних метаболітів легеневого сурфактанту у конденсаті видихуваного повітря дітей, хворих на негоспітальні пневмонії на тлі лікування.

2. Оцінити ефективність застосування у комплексному лікуванні дітей з негоспітальними пневмоніями, що увійшли до групи підвищеного ризику з розвитку затяжного перебігу пневмонії, сурфактант-протективної терапії морфолінієм-метил-триазолінітоацетатом (тіотриазоліном).

Матеріали та методи: Для досягнення мети й вирішення завдань наукового дослідження було обстежено 112 дітей у віці від 4 до 17 років, хворих на негоспітальні пневмонії (основна група) та 30 практично здорових дітей (контрольна група). Групи були рандомізовані за віком та статтю. Математичне зіставлення груп

обстежених за віком і статтю значущих розбіжностей не виявило ($P > 0,05$). Робота проводилась відповідно до вимог Європейської конвенції по захисту хребетних тварин (Страсбург, 18.03.1986), директиви Ради Європейського економічного товариства по захисту хребетних тварин (Страсбург, 24.11.1986), Статуту Української асоціації з біоетики та норм GCP (1992), відповідно до вимог та норм ICH GLP (2002), типових положень з питань етики МОЗ України № 66 від 13.02.2006. Обстеження, верифікацію діагнозу та лікування дітей, хворих на негоспітальні пневмонії проводили згідно з «Тимчасовим стандартом обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріями якості лікування дітей» (наказ МОЗ України № 226 від 27.07.1998) і «Протоколом лікування дітей з пневмонією» (наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005). Стандартне лабораторне обстеження здійснювалось у відповідності до існуючих уніфікованих стандартних методик і протоколів МОЗ України. Спеціальні дослідження включали визначення усім дітям в сироватці крові та в конденсаті видихуваного повітря (КВП) вмісту загальних ліпідів (ЗЛ), фосфоліпідів (ФЛ), тригліцеридів (ТГ), холестерину (ХС), неестерифікованих жирних кислот (НЕЖК), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЦ) та ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), первинних та вторинних продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) – дієнових кон'югат (ДК) та малонового діальдегіду (МДА), ферментів антиоксидантного захисту (АОЗ) – супероксиддисмутази (СОД) та каталази (Кат), показник рівноваги системи ПОЛ/АОЗ. Дослідження проведені при первинному зверненні у стаціонар та в динаміці спостережень. Із сурфактант-протективною ціллю у дітей, що увійшли до групи підвищеного ризику з розвитку ускладненого та затяжного перебігу захворювання, визначеного за розробленим авторами алгоритмом прогнозування затяжного перебігу негоспітальних пневмоній, на тлі етіотропної антибактеріальної терапії застосовувався патогенетично обгунтований морфолінію-метил-триазолін-тіоацетат (тіотриазолін). Інтерпретація одержаних результатів базувалася на загальноприйнятих положеннях медичної та біологічної статистики [5].

Результати: З метою виявлення особливостей змін та діагностичної значущості показників ліпідного обміну у дітей, хворих на негоспітальні пневмонії, визначено їх референтні рівні в експіраті дітей у віці від 4 до 17 років. Так, нормальний вміст ЗЛ в конденсаті видихуваного повітря склав $0,189 \pm 0,004$ г/л ($P < 0,001$); загального ХС – $187,7 \pm 245,6$ мкмоль/л ($P < 0,001$); ФЛ – $55,4 \pm 0,93$ мкмоль/л ($P < 0,001$); ТГ – $1,65 \pm 0,04$ мкмоль/л ($P < 0,001$); НЕЖК – $0,25 \pm 0,017$

мкмоль/л ($P < 0,001$); ЛПВЩ – $0,092 \pm 0,005$ мкмоль/л ($P > 0,05$); ЛПНЩ – $0,34 \pm 0,015$ мкмоль/л ($P < 0,001$). За всіма, окрім ЛПВЩ, переліченими показниками в експіратах дітей, хворих на негоспітальні пневмонії, при дослідженні хворих в гострий період, а саме перші 3 доби надходження до стаціонару, виявлені вірогідні відмінності від контролю. Вони полягали у збільшенні вмісту загальних ліпідів на 15,8% ($P < 0,001$), тригліцеридів на 15,8% ($P < 0,001$), загального холестерину на 86,7 % ($P < 0,001$), НЕЖК на 56% ($P < 0,001$), ЛПНЩ на 38,2% ($P < 0,001$) та зниження вмісту фосфоліпідів на 30,9% ($P < 0,001$). У відношенні ЛПВЩ встановлена тенденція, що не сягає порогу вірогідності, у вигляді зниження його вмісту на 13,1% ($P > 0,05$). Виявлені порушення ліпідного обміну носять компенсаторний характер та спрямовані на забезпечення функціонування організму енергією в зв'язку з виснаженням резервів вуглеводного обміну. Виявлене у хворих зниження вмісту фосфоліпідів пов'язане з порушенням синтезу сурфактанту, оскільки основою його складу (85%) є ліпіди. Дефіцит сурфактанту призводить до розвитку ателектатичних процесів, що погіршують дихальну недостатність у хворих. На тлі лікування, в процесі одужання хворих, на 10-14 добу перебування в стаціонарі, спостерігалася позитивна динаміка показників ліпідного обміну в експіратах дітей, хворих на негоспітальну пневмонію, у вигляді вірогідного зниження вмісту ЗЛ на 7,1% ($P < 0,001$), ХС – на 12,5% ($P < 0,001$), НЕЖК – на 20,6% ($P < 0,001$), ЛПНЩ – на 29,8% ($P < 0,001$) та збільшення ФЛ на 9,7% ($P < 0,01$). Однак, повна нормалізація спостерігалася лише у відношенні вмісту ЛПНЩ ($P > 0,05$) та ТГ ($P > 0,05$). За іншими ознаками виявлені вірогідні відмінності з контролем у вигляді збільшення вмісту в експіраті ЗЛ на 64,6% ($P < 0,001$), ХС на 63,3% ($P < 0,001$) та НЕЖК на 24% ($P < 0,1$) та зниження вмісту ФЛ на 24,2 % ($P < 0,001$). На 21 – 30 добу спостереження встановлено подальшу позитивну динаміку показників у порівнянні з вихідними даними, яка проявилась також зниженням вмісту ЗЛ на 29,8% ($P < 0,001$), ХС на 30% ($P < 0,001$), НЕЖК на 33,9% ($P < 0,001$), ЛПНЩ на 36,2 % ($P < 0,001$) та збільшення ФЛ на 29,5 % ($P < 0,001$). У ці строки спостереження виявлено повну нормалізацію вмісту тригліцеридів ($P > 0,05$), НЕЖК ($P > 0,05$), ЛПВЩ ($P > 0,05$) та ЛПНЩ ($P > 0,05$). Однак, вміст ЗЛ та ХС високо вірогідно перевищував норматив на 32,3 ($P < 0,001$) та 30,9 % ($P < 0,001$), а вміст ФЛ був знижений на 10,5% ($P < 0,001$). Комплексна оцінка ступеню відхилення від контролю усієї сукупності показників встановила, що, в цілому, до лікування мали місце дуже виражені ($t=10,5$; $P < 0,001$) порушення ліпідного обміну. На 10–14 добу відмічено зменшення в 1,6 рази

ступеню відхилень показників, однак вона залишалась вираженою ($t=6,5$; $P<0,001$). На 21–30 добу одужання відмічено значне (в 4,2 рази) зменшення відхилень ліпідного обміну у порівнянні з вихідними даними та в 2,6 разів у порівнянні з 10-14 добою, однак, і в ці строки мали місце, хоча й незначні ($t=2,52$; $P<0,05$), але відхилення від нормативу. Таким чином, ступінь нормалізації порушень ліпідного обміну щільно корелює з даними клініко-рентгенологічної динаміки захворювання і тому може служити в якості високонадійного неінвазивного тесту для діагностики ефективності проведеної терапії. При вивченні показників ПОЛ в експіраті хворих на НП і здорових дітей, за всіма показниками встановлені вірогідні відмінності з нормативом. Вони полягали у збільшенні вмісту ДК на 55,3% ($P<0,001$), ПОЛ/АОЗ – на 105% ($P<0,001$), МДА – на 18,2% ($P<0,05$), СОД – на 62,6% ($P<0,001$) та Кат – на 112,6% ($P<0,001$). Таким чином, у хворих на НП відмічено виражену активацію процесів ПОЛ. Збільшення утворення вільних радикалів спрямоване на видалення інфекційного агенту. У випадку дисбалансу між оксидативними та антиоксидантними механізмами на користь перших, активація ПОЛ поряд із компенсаторним, проявляють і патогенетичні властивості, оскільки надлишок вільних радикалів визиває мембранодеструкцію та підсилює альтеративний компонент запалення [6]. У хворих на НП спостерігається саме такий дисбаланс, оскільки, не зважаючи на збільшення вмісту антиоксидантів (СОД, Кат), співвідношення ПОЛ/АОЗ вказує на наявність оксидативного стресу. Комплексна оцінка ступеню відхилення від контролю всієї сукупності показників довела, що в цілому, до лікування мали місце дуже виражені ($t=11,7$; $P=0,001$) порушення ПОЛ. На 10–14 добу спостереження виявлено зменшення у 1,4 рази ступеню відхилення показників, однак, вона залишалась вираженою ($t=8,2$; $P<0,001$). На 21–30 добу одужання встановлено значне (у 4,5 рази) зменшення відхилень показників ПОЛ у порівнянні з вихідними даними та в 3,2 рази у порівнянні з 10–14 добою. Однак і в ці строки визначались, хоч і незначні ($\bar{t}=2,6$; $P<0,01$), але відхилення від нормативу. При комплексній оцінці ступеню відхилення від нормативу показників ліпідного обміну і ПОЛ в експіраті дітей, хворих на НП, доведено наявність щільної кореляції параметрів ліпідного обміну і ПОЛ, що свідчить про їх адекватність відображення активності пневмонічного запалення. У ході дослідження було доведено, що в патогенезі формування затяжного перебігу пневмонії суттєве значення відіграє активація ПОЛ із проявами оксидативного стресу. Це викликає дестабілізацію клітинних мембран, у тому числі й лізосомальних, що призводить до вивільнення

лізосомальних ферментів та підтриманню, таким чином, альтернативного компоненту запалення та пролонгації пневмонічного процесу. Виявлений зв'язок між формуванням затяжного перебігу пневмонії і ступенем порушення ПОЛ дозволили використати показники ПОЛ для розробки критеріїв прогнозування затяжного перебігу пневмонії. Істотні зміни, виявлені за даними дослідження КВП, ліпідного обміну та проявів оксидативного стресу в БЛС дітей, хворих на НП, а також значуща роль цих порушень у характері перебігу захворювання, вимагають, поряд із етіотропним лікуванням, включення у терапевтичний режим засобів, що сприяють нормалізації розглянутих видів порушень гомеостазу організму дітей, хворих на НП. Із цією ціллю був використаний морфолінію-метил-триазолін-тіоацетат (тіотриазолін), який відновлює ліпідний обмін у гепатоцитах, а також має виражену антиоксидантну, мембраностабілізуючу, імуномодельюючу дію. Використання в комплексній терапії дітей, хворих на пневмонію, морфолінію-метил-триазолін-тіоацетату (тіотриазоліну), дозволило отримати вірогідний додатковий, порівняно з базисною терапією, терапевтичний ефект з нормалізації ліпідного обміну у бронхолегеневій системі у вигляді зниження, порівняно з вихідними даними, вмісту в КВП ЗЛ ($p < 0,001$), загального ХС ($p < 0,001$), НЕЖК ($p < 0,05$), ЛПНЩ ($p < 0,001$) та підвищення вмісту ЛПВЩ ($p < 0,001$). Максимум терапевтичного ефекту морфолінію-метил-триазолін-тіоацетату (тіотриазоліну) з нормалізації ліпідного обміну проявився на 21–30 добу від початку лікування, однак, повної його нормалізації не відбулося. Крім того, застосування у комплексній терапії дітей, хворих на пневмонію, морфолінію-метил-триазолін-тіоацетату (тіотриазоліну), чинить вірогідний додатковий, у порівнянні з базисною терапією, лікувальний ефект з усунення оксидативного стресу в БЛС та зниження, у порівнянні з вихідними даними, вмісту в експіраті ДК ($p < 0,001$), МДА ($p < 0,001$), ПОЛ/АОЗ ($p < 0,001$), СОД ($p < 0,001$) та Кат ($p < 0,001$). Максимум такого ефекту припадає на 21 – 30 добу від початку лікування, однак повної нормалізації процесів ПОЛ у ці строки не відбувається. Використання у дітей з НП із сурфактант-протективною, відновлюючої ціллю морфолінію-метил-триазолін-тіоацетату (тіотриазоліну) дозволяє суттєво, у порівнянні з базисним лікуванням, скоротити строк перебування хворих у стаціонарі ($p < 0,05$) та допомагає ліквідувати такі клінічні прояви захворювання, як порушення загального самопочуття ($p < 0,05$), підвищення температури тіла ($p < 0,01$), тахіпное ($p < 0,001$), кашель ($p < 0,001$) та тахікардію ($p < 0,05$). На нашу думку, обраний напрямок

лікування є доцільним, ефективним та економічно виправданим у застосуванні у дітей з негоспітальними пневмоніями.

Висновки: 1. Вивчено динаміку ліпідних метаболітів легеневого сурфактанту у конденсаті видихуваного повітря дітей, хворих на негоспітальні пневмонії на тлі лікування. Доведено наявність щільної кореляції параметрів ліпідного обміну і ПОЛ, що свідчить про їх адекватність відображення активності пневмонічного запалення. Суттєве значення відіграє активація ПОЛ із проявами оксидативного стресу. Це викликає дестабілізацію клітинних мембран, у тому числі й лізосомальних, що призводить до вивільнення лізосомальних ферментів та підтриманню, таким чином, альтернативного компоненту запалення та пролонгації пневмонічного процесу.

2. Доведено високу сурфактант-протективну та відновлюючу ефективність морфолінію-метил-триазолін-тіоацетату (тіотриазоліну) при застосуванні його у комплексному з базисним лікуванні. Це дозволяє суттєво скоротити строк перебування хворих у стаціонарі ($p < 0,05$) та допомагає ліквідувати такі клінічні прояви захворювання, як порушення загального самопочуття ($p < 0,05$), підвищення температури тіла ($p < 0,01$), тахіпное ($p < 0,001$), кашель ($p < 0,001$) та тахікардію ($p < 0,05$).

Список використаних джерел:

1. Майданник В. Г. Сучасні тенденції в лікуванні інфекцій дихальних шляхів у дітей / В. Г. Майданник // Дитячий лікар. - 2010. - № 3 (5). – С. 46– 50.

2. Анаев Э. Х. Конденсат выдыхаемого воздуха в диагностике и оценке эффективности лечения болезней органов дыхания / Э. Х./Анаев, А. Г. Чучалин // Пульмонология. - 2006. - № 4. - С. 12-20.

3. Сучасні підходи до класифікації пневмонії у дітей / Ю. Г. Антипкін, Г. Майданник, В. Ф. Лапшин [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2010. - № 4 (72). - С. 11-12.

4. Катилев А. В. Диагностика и лечение внебольничной пневмонии у детей / А. В. Катилев, Д. В. Дмитриев, О. А. Панчук // Здоров'я України. - 2011. - № 2. - С. 58-59.

5. Зосимов А.М. Дисертаційні помилки (медицина) / А.М.Зосимов, В.П.Голік. – Харків : Торнадо, 2003. – 199 с.

6. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников, Р. С. Козлов [и др.] // Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия. - 2010. - № 3(12). - С. 186-225.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Одинец Ю.В., Саратов В.Н., Чередникова Т.Ю., Костина М.Ю.,
Козлова Я.В.*, Андрущенко В.В.**

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии № 2

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница № 16»

Острые воспалительные заболевания органов дыхания до настоящего времени остаются лидерами среди заболеваний детского возраста. Довольно значимое место в структуре данной патологии занимают заболевания нижних дыхательных путей, такие, как острый обструктивный бронхит (ООБ), который у детей раннего возраста протекает довольно тяжело, что требует обязательного стационарного их лечения. Довольно часто при лечении больных ООБ врачам приходится сталкиваться с проблемой отсутствия должного эффекта от проводимой терапии этого заболевания. Данное обстоятельство требует совершенствования лечебной тактики ведения больных ООБ.

Целью исследования явилось изучение особенностей терапевтической тактики ведения больных детей раннего возраста, перенесших острый обструктивный бронхит, для решения вопроса о ее дальнейшем совершенствовании.

Для выполнения поставленных задач нами был проведен анализ материалов 138 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 3-х лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении для детей до 1-го года КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница № 16» в 2014 году. Верификация диагноза ООБ проводилась в соответствии с диагностическими критериями «Протокола лечения острого обструктивного бронхита» (приказ МОЗ Украины №18 от 13.01.2005).

Проведенный нами анализ структуры острых воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей показал, что по частоте ООБ занимает ведущую позицию и за последние три года частота его остается практически на одном уровне. Среди сопутствующей патологии у больных острым обструктивным бронхитом с наибольшей частотой регистрировался атопический дерматит (33,3% больных), реже – тимомегалия (17,4%). Наиболее тяжелое течение заболевания нами отмечено у больных с представленной выше фоновой патологией.

Анализ лечения больных ООБ показал, что в первые 3-е суток заболевания применялась этиотропная противовирусная терапия. Антибиотики назначались больным, которые поступали на 4-й и более день болезни и больным с отягощенным преморбидным фоном. Патогенетическая терапия бронхообструктивного синдрома включала в себя применение отхаркивающих препаратов в ингаляциях и внутрь, противовоспалительных (эреспал в обычных дозах внутрь; дексаметазон, преднизолон – парентерально при средней и тяжелых степенях тяжести обструктивного синдрома). Следует указать, что мы не отметили достаточного эффекта от применения препарата эреспал у больных при средней тяжести и тяжелом течении бронхиальной обструкции. В качестве бронхолитических средств использовали β_2 -агонисты короткого действия (сальбутамол, вентолин) и комбинированный бронхолитический препарат (беродуал) в ингаляциях, производные метилксантинов (эуфиллин в дозе 5-10 мг/кг в сутки внутривенно, неофилин – 5-10 мг/кг в сутки внутрь). Наши наблюдения по парентеральному применению эуфиллина в современных условиях свидетельствуют о том, что при увеличении его суточной дозы у пациентов возрастала частота побочных эффектов от его применения (диспептические явления, беспокойство, тахикардия). При тяжелой степени тяжести течения обструктивного синдрома мы применяли в качестве средства для купирования спазма гладкой мускулатуры бронхов препарат, относящийся к группе ганглиоблокаторов – бензогексоний, который помимо бронхолитического эффекта способствует нормализации гемодинамики в малом круге кровообращения. Наш опыт применения его в течение нескольких лет показал, что при его одновременном применении с другими бронхолитиками усиливается бронхолитический эффект и уменьшается продолжительность симптомов бронхиальной обструкции.

Таким образом, проведенный анализ клинического течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста показал, что при наличии у них сопутствующей патологии в виде атопического дерматита, тимомегалии возрастает частота тяжелых клинических форм острого обструктивного бронхита. С целью уменьшения частоты побочных эффектов при парентеральном применении эуфиллина максимальная суточная его доза не должна превышать 10 мг/кг. При тяжелом течении острого обструктивного бронхита оправданным является применение в комплексе бронхолитической терапии парентерального введения бензогексония.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ

Одинец Ю.В., Триндюк Ю.С., Харченко Т.В. , Кучеренко М.В.* ,
Макаренко Р.И.* , Сивых О.М.* , Соколова В.А.* , Семеренко А.И.* ,
Юрак О.М.**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

*КУОЗ « Харьковская городская клиническая детская больница №16»

Проблема микробно-воспалительных заболеваний почек в течение длительного времени остается одной из наиболее актуальных проблем детской нефрологии. Проведенные в разных странах за последнее десятилетие крупномасштабные популяционные исследования выявили широкое распространение пиелонефрита (ПН). Как фактор прогрессирования заболеваний почек в последнее время все больше внимания привлекают метаболические нарушения.

Целью нашего исследования явилось усовершенствование диагностики прогрессирования и формирования хронических ПН у детей на основе углубленного клинико-лабораторного изучения фосфолипидного состава крови.

Под наблюдением находилось 70 детей в возрасте от 1 до 18 лет (средний возраст $7,3 \pm 0,5$ лет) больных ПН, которые находились на лечении в нефрологическом отделении КУОЗ «Харьковской городской клинической детской больницы №16». Среди всех обследованных мальчиков было 20, девочек - 50. При обследовании больных разделили на 2 клинические группы. В первую группу включили 26 пациентов, у которых регистрировали обструктивный или необструктивный острый ПН без нарушения функции почек. Вторую группу составили 44 ребенка с обструктивным или необструктивным хроническим ПН без нарушения функции почек. Исследования проводили в динамике: в активную и неактивную фазу острого ПН, в период обострения и ремиссии хронического ПН. Контрольную группу составили 20 здоровых детей аналогичного возраста. Определение фосфолипидного состава крови (фосфатидилхолина (ФХ), фосфатидилсерина (ФС), фосфатидиэтаноламина (ФЭА), фосфатидилиназитола (ФИ), лизофосфатидилхолина (ЛФХ), сфингомиелина (СФМ)) проводили методом тонкослойной хроматографии.

Результаты проведенного исследования показали однонаправленность изменений фосфолипидного состава крови у детей с острым и хроническим ПН. В активную фазу острого ПН и период обострения хронического ПН в крови отмечали достоверное

($p \leq 0,05$) повышение всех фракций фосфолипидов по сравнению с контролем. Необходимо отметить, что в неактивную фазу острого ПН в крови несколько уменьшались уровни ФЛ (кроме ФХ, СФМ), но все же превышали показатели здоровых детей, указывая на сохранение напряжения процессов перекисного окисления липидов в фазу угасания воспалительного процесса. В период ремиссии хронического ПН существенных изменений фосфолипидного состава крови по сравнению с показателями детей с обострением хронического ПН и контрольной группы не выявлено, что может быть обусловлено снижением скорости пластических процессов, уменьшением количества митохондрий на единицу поверхности клетки, особенностями липидного и энергетического обменов на данной стадии заболевания. Проведенный корреляционный анализ позволил выявить наличие позитивных связей ($p \leq 0,05$) между показателями фосфолипидного состава крови, что свидетельствует о формировании адаптационного ответа организма и способности к взаимопревращению.

Таким образом, изменения фосфолипидного состава крови у детей, больных ПН могут свидетельствовать о выраженных структурно-функциональных, мембранопатологических изменениях тубулярного и гломерулярного аппарата паренхимы почек, приводящих в дальнейшем к нефросклерозу.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ

Одинец Ю.В., Яворович М.В.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

Геморрагический васкулит (ГВ) является одной из актуальных проблем современной педиатрии, которая обусловлена сложностями в диагностике на ранних этапах, повышением заболеваемости во всех возрастных группах, что может быть связано с усилением алергизирующего действия лекарственных препаратов и пищевых продуктов, наличием хронических инфекций. По данным ряда авторов, в последнем десятилетии ГВ проявляется более тяжелым, рецидивирующим течением, с преобладанием смешанных форм. Частое вовлечение в патологический процесс почек определяет тяжесть заболевания и его прогноз.

Цель: определение степени дисфункции эндотелия у детей с геморрагическим васкулитом в зависимости от возраста, пола

больных, характера течения, активности заболевания и состояния клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Материалы и методы: обследовано 32 ребенка с геморрагическим васкулитом в возрасте от 4 до 17 лет, которые находились на лечении в гематологическом отделении ХГКДБ №16 (из них 12 девочек и 20 мальчиков). Диагноз заболевания верифицировали и устанавливали с учетом общепринятых клинико-лабораторных и инструментальных показателей согласно протоколу МОЗ Украины №676 от 12.10.2006 г. Всем детям проводилось исследование толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ОСА) методом ультразвукового дуплексного сканирования в дистальной трети общей сонной артерии методом Pignolli P. (1986) и проба реактивной гиперемии по методике, предложенной D. Celermajer и соавт. (1992). Также проводилось исследование клеточного и гуморального звеньев иммунитета (CD3, CD4, CD8, CD16, CD22 в абсолютных и относительных величинах, IgA, IgM, IgG сыворотки крови по G.Mancini (1965), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) по методу V.Haskova (1978), фагоцитоз, NST-тест по Стюарт (1975) в модификации Б.С. Нагоева (1983)). Группу контроля составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста и пола.

Результаты исследования: анализ клинических особенностей ГВ у детей свидетельствует о его «омоложении», в частности 66% случаев ГВ приходится на возраст от 4 до 7 лет. У 9 больных (1 группа) установлено легкое течение заболевания (I ст. активности), у 14 больных (2 группа) – среднетяжелое течение (II ст. активности) и у 9 больных (3 группа) – тяжелое течение (III ст. активности). У 71,9% больных, которые находились под наблюдением, регистрировали II-III степень активности, что подчеркивает преимущество тяжелого течения болезни.

У больных 1 группы средние значения ЦИК составили $68,7 \pm 9,09$ у.е., у больных 2 группы – $86,71 \pm 18,49$ у.е. и у больных 3 группы – $129,55 \pm 38,28$ у.е. Также нами отмечены изменения со стороны клеточного и гуморального звеньев иммунитета. У детей с легким течением заболевания среднее значение CD3 равно $1,54 \pm 0,14 * 10^9/\text{л}$, находясь в пределах нормальных величин. Однако у больных 2 группы этот уровень составлял $2,61 \pm 0,86 * 10^9/\text{л}$ и у детей 3 группы – $2,9 \pm 1,1 * 10^9/\text{л}$. Аналогичные изменения наблюдали и в отношении показателей CD22.

Касательно инструментальных методов исследования у детей с легким течением болезни толщина комплекса интима-медиа составила $0,66 \pm 0,2$ мм и среднетяжелым течением – $0,62 \pm 0,2$ мм, что является

вариантом нормы. Тогда, как у детей с тяжелым течением ГВ средняя толщина комплекса интима-медиа равнялась $1,04 \pm 0,2$ мм. При проведении пробы реактивной гиперемии у всех больных независимо от тяжести течения и формы заболевания разница между диаметром плечевой артерии до и после окклюзии составила минус 11% в то время как нормальной принято считать дилатацию более чем на 10,0% от исходного диаметра.

Выводы: повышение уровня ЦИК в зависимости от тяжести течения ГВ, а также повышение Т - и В-лимфоцитов наблюдавшееся при II-III степени активности заболевания указывает на уровень гиперреактивности иммунной системы и может использоваться как маркер активности процесса.

Выявлена взаимосвязь между показателями толщины комплекса интима-медиа ОСА и тяжестью течения заболевания, а изменения показателя эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии, определяемые даже при легком течении заболевания, свидетельствуют о несомненном наличии эндотелиальной дисфункции у всех детей больных ГВ.

ПРОБЛЕМЫ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Одинец Ю.В., Яровая Е.К., Алексеева Н.П., Макаренко Р.И. *,
Сивых О.М. *, Чумак Т.А.*

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16»

Несмотря на углубление теоретических знаний о механизмах возникновения и прогрессирования гломерулонефрита (ГН), этиология и патогенез заболевания у конкретного больного в большинстве случаев остаются неизвестными, терапевтические меры - эмпирическими, а эффект лечения - не всегда удовлетворительный.

В настоящее время по данным городского нефрологического отделения имеет место рост частоты гломерулонефрита у детей, особенно его хронических форм. В структуре острого и хронического гломерулонефрита возрастает доля нефротического синдрома (формы) с 32% и 19% в 1968-2008 г.г. до 39% и 40% в 2008-2013 г.г. соответственно. Это может быть связано как с изменением этиологии ГН (возрастающая роль вирусных инфекций) и невозможностью воздействовать на этиологический фактор, так и (в ряде случаев) с

трудностями обеспечения адекватной иммуносупрессивной терапией (отказ родителей, финансовые трудности и т.д.).

В лечении ГН могут быть использованы различные схемы иммуносупрессии: от монотерапии глюкокортикостероидами (ГКС) до комбинированного применения пульс-терапии ГКС, цитостатиками в сочетании с плазмаферезом. Так, по данным Ю.В.Одинца применение иммуносупрессоров в лечении заболеваний, в патогенезе которых лежит иммунное воспаление, позволяет достичь положительного эффекта примерно у 2/3 больных. Однако, отсутствие эффекта и отрицательный эффект у 1/3 больных настоятельно требует продолжения поисков оптимальных путей лечения, в первую очередь, в отношении патогенетической терапии ГН.

Согласно опубликованным в 2012 году рекомендациям KDIGO лечение первого эпизода нефротического синдрома (НС) у детей следует начинать с монотерапии ГКС. Это обусловлено тем, что НС морфологически у детей чаще всего представлен НС с минимальными изменениями, который в 80% является гормоночувствительным. Однако, большая часть пациентов в последующем (по литературным данным до 90%) имеют рецидивы, причиной которых в основном является короткий курс ГКС. Кроме того, факторами риска рецидивирования или формирования гормонозависимости являются: ранний рецидив; частота обострений в течение 6 мес, ранний возраст при дебюте НС; мужской пол; удлинение времени достижения 1-й ремиссии; инфекции при 1 рецидиве; гематурия в дебюте НС. В лечении редких рецидивов также рекомендуется использование монотерапии ГКС. При частом рецидивировании гормонозависимого ГН также применяются ГКС по различным схемам. В качестве альтернативной терапии показано применение циклофосфида, хлорбутина, левамизола, ингибиторов кальциневрина (ИКН), мофетила микофенолата (ММФ). Применение ритуксимаба показано только при неэффективности вышеуказанной терапии.

При развитии гормонорезистентности, вероятности вторичных гломерулопатий, нарушении функции почек на фоне лечения циклоспорином А показано проведение биопсии. При этом необходимо не только определение морфологического варианта ГН, степени интерстициального и гломерулярного фиброза, но и определение уровня СКФ (для прогнозирования течения заболевания), количественное определение уровня потери белка (протеинурии) для уточнения полноты ремиссии. После проведения биопсии лечение ГКС может быть продлено до 12 нед (до получения результатов биопсии).

В лечении гормонорезистентного ГН рекомендуется использование ИКН в течение 6 мес, при наличии эффекта – терапия продлевается до 12 мес на фоне низких доз ГКС. При отсутствии эффекта – отмена, назначение ММФ, высоких доз ГКС или их комбинации, или ингибиторов АПФ, или блокаторов рецепторов к ангиотензину. Если обострение НС отмечается после достижения полной ремиссии показано назначение оральных ГКС, повтор ранее успешной иммуносупрессивной терапии или альтернативные иммуносупрессоры для минимизации потенциальной кумулятивной токсичности.

Таким образом, решение вопроса о необходимости назначения иммуносупрессивной терапии детей с гломерулонефритом и выбора схемы основывается на клинико-морфологическом варианте заболевания, возможности воздействия на этиологический фактор, особенностях течения заболевания и эффективности ранее проводимой терапии. Существенный удельный вес детей (33,59%) с отсутствием ожидаемого эффекта на проводимое лечение диктует необходимость дальнейшей разработки этиопатогенетических подходов в терапии этих заболеваний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ рН-МЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Павленко Н.В., Волошин К.В., Ганзий Е.Б., Слободянюк О.Л.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии

Частота заболеваний пищевода у детей в последние годы растет и сохраняется тенденция к омоложению данной патологии. Это требует новых подходов к диагностике, внедрения малоинвазивных методов и комплексного использования известных методов. Эндоскопия верхних отделов пищеварительной системы является наиболее объективным методом и позволяет оценить состояние слизистой оболочки (СО), определить наличие гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов (ГЭР и ДГР), оценить состав рефлюктата. Проведение эндоскопической рН-метрии позволяет определить рН под визуальным контролем в необходимых отделах пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Цель работы: анализ применения эндоскопической рН-метрии в диагностике заболеваний пищевода у детей.

Материалы и методы. Обследованы 114 детей в возрасте 7-17 лет с жалобами, характерными для заболеваний верхних отделов

пищеварительной системы. Всем детям для верификации патологии проведена ФЭГДС и эндоскопическая рН-метрия с определением показателей рН в пищеводе, теле и антральном отделе желудка. Полученные данные свидетельствуют о снижении рН в пищеводе при наличии визуально определяемого ГЭР I-II в сочетании с неизменной СО пищевода до 4. При ГЭР II-III показатели рН составляли 3,5-2 и достоверно чаще были при катаральном и эрозивном эзофагите. Такие нарушения моторики ведут к длительному присутствию кислой среды в пищеводе и являются фактором развития воспалительных изменений его СО.

Выводы:

1. Использование эндоскопической рН-метрии позволяет значительно расширить диагностическую ценность ФЭГДС, лишь незначительно увеличивая время исследования.

2. Определение показателей рН в необходимых отделах под визуальным контролем наряду с визуальной оценкой наличия и характера рефлюктата в пищеводе позволят достоверно судить о характере патологических изменений и в ряде случаев отказаться от проведения суточного рН-мониторинга.

3. Показатели рН в пищеводе при ГЭР различной степени выраженности колеблются от 4 до 2, что свидетельствует о выраженной кислотной агрессии. Выраженные нарушения моторики пищевода и желудка в большинстве случаев приводят к воспалительным заболеваниям верхних отделов пищеварительной системы.

СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Павленко Н.В., Шутова Е.В., Бабаджанян Е.Н., Волошина Л.Г.,
Солодовниченко И.Г.*

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии

В структуре гастроэнтерологической патологии детского возраста преобладают заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) (до 75%), которые имеют неуклонный рост. Анализ статистики заболеваний органов пищеварения у детей свидетельствует об увеличении числа пациентов с сочетанной патологией гастродуоденальной зоны, пищевода и заболеваний желчевыводящих

путей. Вопросы диагностики, профилактики и лечения пациентов детского возраста при сочетанной патологии остаются актуальными.

Цель работы: изучить особенности течения патологии гастро-дуоденальной зоны и пищевода у детей с желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

На базе гастроэнтерологического отделения городской клинической больницы № 19 г. Харькова было обследовано 56 детей в возрасте от 5 до 18 лет (30 девочек - 53,5% и 26 мальчиков - 46,5%) с желчнокаменной болезнью (I, II, III стадия) в сочетании с заболеваниями гастродуоденальной зоны и патологией пищевода и 22 детей (28,7%) из группы наблюдения с изолированной ЖКБ. Диагностический алгоритм включал: сбор анамнеза, клинический осмотр, УЗИ

органов брюшной полости, ФЭГДС с эндоскопической рН - метрией, Хэлик - тест, общеклинический и биохимический анализы крови.

У 21 (37,6%) обследованного пациента с ЖКБ выявлялсяотягощенный семейный анамнез по ЖКБ, а у 11 (18,8%) - по заболеваниям желудка и ДПК. Анализ характера жалоб свидетельствует о полисимптомности проявлений диспепсического и болевого синдрома у детей с ЖКБ в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны и пищевода. По результатам эндоскопического исследования преобладал хронический гастродуоденит (ХГД) - 90,2%; в большинстве без деструкции - 79%, эрозии желудка и ДПК - у 9%, язвенные дефекты ДПК - 3% пациентов, функциональная диспепсия - в 9% случаев. При этом моторные нарушения в виде ГЭР выявляли у 17% детей, а ДГР - у 25%. Эзофагит эндоскопически определяли у 9% детей с ЖКБ. Именно у данной категории пациентов имел место выраженный ДГР (II-IV степени) с агрессивными характеристиками желчи, которая в значительном количестве присутствовала и в пищеводном рефлюктате. Такой характер рефлюктата отмечался у пациентов с формированием полиповидных разрастаний пищевода в исходах эрозивно-язвенных эзофагитов при последующем катамнестическом наблюдении.

Таким образом, сочетание патологии гастродуоденальной зоны и пищевода нередко имеет место у детей с желчнокаменной болезнью и носит взаимоотношающийся характер, а агрессивные свойства желчи у таких пациентов способствуют прогрессированию поражения слизистой оболочки не только ГДЗ, но и пищевода.

РІВЕНЬ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Павлишин Г.А., Лучишин Н.Ю., Ковальчук Т.А.

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

Кафедра педіатрії №2

На достатньому науковому рівні підтверджено, що адаптивно-приспосувальні механізми організму людини визначаються рівнем функціонального і резервного забезпечення серцево-судинної системи. Функціональні показники серцево-судинної системи, вік, маса тіла і зріст відіграють істотну роль у становленні і закріпленні адаптаційної діяльності організму, а рівні їхніх регресійних відношень можуть характеризувати рівень адаптації в цілому. Метою дослідження було оцінити функціональний стан серцево-судинної системи у клінічно здорових дітей дошкільного віку і встановити рівень адаптаційно-резервних можливостей організму. Матеріал і методи. Методом випадкового відбору було обстежено 170 дітей віком від 4 до 5,5 років – вихованців середніх і старших груп дошкільних навчальних закладів. Серед них 83 (48,8%) хлопчики і 87 (51,2%) дівчаток. Було проведено дослідження функціональних показників серцево-судинної системи та розрахунок показників резервно-адаптаційних можливостей. За величину артеріального тиску та пульсу приймали їх середнє значення із трьох послідовних вимірювань. Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали загальноприйнятими методами параметричної і непараметричної статистики. Аналізуючи показники систолічного артеріального тиску, встановили нормальні його значення у 90,1% дітей, підвищення (вище 111 мм рт. ст.) – у 4,1%, зниження (нижче 86 мм рт. ст.) – у 5,3% дітей. Діастолічний артеріальний тиск в допустимо нормальних межах (48-66 мм рт. ст.) визначався у 86,3% дітей. У 6,1% обстежених спостерігалось зниження відносно нижньої межі норми, у 7,6% випадків – підвищення відносно верхньої межі норми. Частота серцевих скорочень у 66,4% дітей була в межах нормальних величин, тахікардію (більше 126 уд./хв) визначили у 1,5%, брадикардію (менше 86 уд./ хв) – у 32,1% обстежених дітей. Вивчення адаптаційних можливостей організму дітей дошкільного віку показали, що задовільним рівнем характеризувались лише (54,7±3,8) %. Напруження адаптаційних можливостей виявили у 32,4 % випадках, незадовільний їх рівень – в 11,2 %, а зрив – у 1,8 % дітей. Таким чином, майже у половини ((45,3±3,8) %) сучасних дошкільників при відсутності видимих патологічних відхилень серцево-судинної системи,

констатували зниження функціональних і резервних можливостей, що можуть стати предикторами патологічних змін в організмі.

МІСЦЕВА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ГОСТРОГО ВІРУСНОГО ТОНЗИЛОФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ

Пащикова О.Є., Леженко Г.О.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра госпітальної педіатрії

Запальні захворювання глотки є найбільш поширеною патологією в дитячому віці, серед якої гострий тонзилофарингіт, який може бути самостійним захворюванням, а також розвиватися при гострих респіраторних захворюваннях дихальних шляхів, займає одне з провідних місць. Існує достатньо велика кількість сучасних лікарських препаратів для місцевого впливу на слизову оболонку глотки, що дає можливість диференційованого вибору оптимального лікарського засобу. Препарати топічної дії, які застосовуються в педіатричній практиці, зокрема для лікування тонзилофарингіту, повинні відповідати певним вимогам. Це наявність антимікробної ефекту, протизапальні властивості, умова збереження імунобіологічного балансу слизових оболонок, визначення адекватної дози та оптимальних способів введення препаратів. До таких засобів, що активно впливають на різні патогенетичні ланки запального процесу в глотці, відноситься бензідаміна гідрохлорид - нестероїдний протизапальний засіб з групи індозолов комбінованої дії для місцевого застосування в ЛОР-практиці і в стоматології.

Метою дослідження було вивчення ефективності комплексної терапії з використанням місцевого протизапального препарату бензідаміна гідрохлорид (Тантум Верде®) в лікуванні дітей з гострим вірусним тонзилофарингітом.

Під спостереженням перебувало 45 дітей віком від 5 до 15 років, хворих на гострий тонзилофарингіт, який був проявом гострої респіраторної вірусної інфекції. Хворі отримували місцеву протизапальну терапію бензідаміна гідрохлоридом у вигляді дозованого спрею по 4 розпилення 6 разів на добу протягом 5 днів. На фоні застосованої терапії значні позитивні зміни встановлено у всіх хворих. Найбільш вираженим виявився знеболюючий ефект, який був відзначений через 4-5 хвилин після використання препарату. На 3 добу після початку терапії у більшості хворих (29 дітей – 64,4%) відзначалося повне зникнення больового синдрому. Нормалізація фарингоскопічної картини спостерігалася у третини хворих (15 дітей -

33,3%). По закінченню курсу лікування (5 доба), скарги були відсутні у всіх дітей, дані фарингоскопії свідчили про відсутність запальних проявів в глотці у більшості хворих: повне зникнення гіперемії слизової оболонки глотки, було зареєстровано у 35 (77,8%) хворих, зникнення фолікулів на задній стінці глотки – у 37 (82,2%), зникнення набряку язичка – у 42 (93,3%) хворих.

Таким чином, проведена оцінка динаміки клінічної симптоматики при використанні бензідаміна гідрохлориду в якості місцевої протизапальної терапії показала її ефективність та безпечність в лікуванні гострого тонзилофарингіту вірусної етіології у дітей.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МАЛОВЕСНЫХ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ

*Прилуцкая В.А., Сапотницкий А.В., Горячко А.Н., Илькевич Н.Г.**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

1-я кафедра детских болезней

*УЗ «2-й городской клинический родильный дом»,

Минск, Республика Беларусь

Цель – проанализировать особенности клинико-лабораторных показателей у маловесных к сроку гестации новорожденных в первые сутки жизни.

Материалы и методы. Обследовано 77 детей, рожденных в УЗ «Городской клинической родильный дом №2 г. Минска» и ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в 2014 году. В основную группу включено 44 ребенка с диагнозом «маловесный к сроку гестации». Контрольную группу составили 33 новорождённых с нормальной массой тела. Критерии включения: срок гестации 37–41 неделя, масса тела при рождении менее 10 центиля по таблицам R.Fenton (2013), оценка по шкале Апгар 8/8 баллов и более. Критерии исключения: врожденные пороки и аномалии развития, хромосомные болезни, внутриутробные инфекции, гемолитическая болезнь новорожденных. Дополнительно вычислен индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $\text{длина тела (м)} / \text{масса тела}^2$ (кг).

Общий анализ крови проводился в капиллярной крови в первые сутки жизни при помощи автоматического гемоанализатора. Рассчитаны интегральные гематологические индексы: индекс иммунологической реактивности (ИИР) и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). ИИР вычислен по формуле: $\text{эозинофилы (\%)} +$

лимфоциты (%) / моноциты (%); ЛИИ по формуле: плазмоциты (%) + миелоциты (%) + юные (%) + палочкоядерные (%) + сегментоядерные (%) / лимфоциты (%) + моноциты (%) + эозинофилы (%) + базофилы (%) [Шабалов Н.П., 2004; Елиневская Г.Ф. и соавт., 2011]. Параметры биохимического анализа крови определялись в сыворотке пуповинной крови.

Статистический анализ проведен при помощи пакета программ «Statistica 7.0» Средние значения исследуемых величин представлены в виде медианы и межквартильного размаха. При исследовании использованы критерий Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Масса тела у детей основной группы – 2560 (2390–2720) грамм, в группе контроля – 3310 (3240–3590) грамм, длина тела 48 (46–49) см и 52 (51–53) см соответственно. Окружность головы 33 (32–33,5) см и 31 (29–32) см, окружность груди 35 (34–35) см и 33 (33–34) см в группах основной и контроля. Средние значения ИМТ были 11,09 (10,69–11,54) у маловесных детей, что было статистически значимо ниже ($p=0,001$), чем у новорожденных контроля – 12,50 (11,80–13,04). Убыль массы тела в первые сутки составила 0,98 (0,54–2,67) % у маловесных детей, что было достоверно ниже ($p=0,019$) уровня в группе контроля – 1,70 (1,10–3,12)%.

У маловесных детей обнаружено достоверно значимое повышение концентрации гемоглобина – 211,0 (190,5–226,5) г/л против 196 (183,0–212,0) г/л у новорожденных контроля ($p=0,026$). Показатели гематокрита не имели отличий – 60,0 (55,9–64,5)% и 58,4 (54,8–62,1)%. Средний объем эритроцитов (MCV) был достоверно ниже у маловесных детей 103 (100–109) фл против 106,5 (103,5–111,5) фл ($p=0,047$). Не выявлено отличий в средних количествах тромбоцитов – 266,5 (239,0–318,5) $\times 10^9$ /л и 247,5 (205,0–287,5) $\times 10^9$ /л в группах исследования и контроля соответственно, лейкоцитов 19,2 (16,0–26,5) $\times 10^9$ /л и 20,6 (18,6–29,5) $\times 10^9$ /л, базофилов 1 (1–2)% и 1 (1–2)%, эозинофилов 2 (1–3)% и 1 (1–3)%. У маловесных детей было выше ($p=0,026$) среднее содержание палочкоядерных нейтрофилов (5,5 (3,5–8,5)% против 4 (2–6,5)% у здоровых новорожденных). Не обнаружено достоверных отличий в средних показателях содержания сегментоядерных нейтрофилов 61,5 (51,5–65,0)% и 62,0 (55,0–64,0)%, лимфоцитов 25 (22–35)% и 27 (23–34)%, моноцитов 5 (3–7)% и 6 (3–8)% в группах основной и контроля соответственно.

Среднее значение ИИР у маловесных детей составило 5,9 (4,3–10,0) в группе маловесных детей и 5,0 (3,1–9,9) в контрольной группе, показателя ЛИИ 2,03 (1,22–2,57) и 1,94 (1,33–2,23)

соответственно. Статистически значимых различий данных показателей в группах сравнения выявлено не было.

У новорожденных детей основной группы обнаружены прямые корреляционные взаимосвязи между показателями ИМТ и ИИР $r=0,46$ ($p<0,05$), и обратные между ИМТ и количеством сегментоядерных нейтрофилов ($r=-0,32$, $p=0,049$). Выявлены прямые взаимосвязи ИИР с количеством лимфоцитов ($r=0,6297$, $p=0,0005$) и обратные с количеством моноцитов ($r=-0,7802$, $p=0,00001$). Величина ЛИИ прямо коррелировала с количеством сегментоядерных нейтрофилов ($r=0,93$, $p=0,00001$) и обратно с числом эозинофилов ($r=-0,472$, $p=0,0073$) и лимфоцитами ($r=-0,929$, $p=0,00001$). Отмечалась статистически значимая обратная корреляция между величинами ИИР и ЛИИ ($r=-0,363$, $p=0,038$).

Все анализируемые показатели пуповинной крови находились в пределах нормативных значений. Однако, у маловесных детей в сыворотке пуповинной крови выявлено достоверно более низкое ($p=0,034$) содержание общего белка – 52,0 (46,0–56,0) г/л против 56,5 (50–60) г/л, альбумина – 38,8,5 (34,1–40,0) г/л против 40,7 (37,3–43,0) г/л ($p=0,014$). Концентрация общего билирубина у детей, маловесных к сроку гестации, была выше – 35,5 (28,5–42,7) мкмоль/л против 27 (22,0–31,1) мкмоль/л ($p=0,001$). Среднее содержание глюкозы в сыворотке пуповинной крови не имело статистически значимых отличий – 4,0 (3,0–4,4) ммоль/л и 3,9 (3,3–4,9) ммоль/л соответственно.

Выводы. Выявленные изменения антропометрических и клинических характеристик, лабораторных показателей у маловесных к сроку гестации доношенных новорожденных в первые сутки жизни обосновывают необходимость тщательного мониторинга за данной категорией младенцев в динамике неонатального периода.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Редько І.І., Ліхачова А.С.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти
післядипломної освіти МОЗ України»

Кафедра педіатрії та неонатології з курсом амбулаторної педіатрії
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
Кафедра неонатології

На сучасному етапі відкритими залишаються питання про системне вивчення імунної відповіді при внутрішньоутробних вірусних інфекціях (ВВІ) з різними клінічними варіантами перебігу, що обумовлює обґрунтування своєчасного специфічного лікування.

Мета: визначити клініко-імунологічні особливості перебігу ВВІ у новонароджених (НН).

Матеріали та методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 834 матерів та їх хворих НН з групи ризику по ВУІ. Предметом поглибленого дослідження стали 224 НН з верифікованими ВВІ, контрольна група – 30 здорових НН. До плану обстеження включено: етіологічна верифікація ВВІ методами прямої імуофлюоресценції, імунохроматографічного аналізу, серодіагностики, полімеразної ланцюгової реакції, бактеріологічного обстеження; вивчення клініко-анамнестичних особливостей перебігу ВВІ; дослідження стану показників клітинної та гуморальної ланок імунітету, інтерферонового статусу.

Результати дослідження. Серед 224 дітей з ВВІ верифіковано: мікст-вірусно-вірусні інфекції – у 77 (34,4%), мікст-вірусно-бактеріальні – у 62 (27,7%), мікст-вірусно-TORCH- у 53 (23,6%) та моновірусні – у 32 (14,3%). При верифікації етіологічного збудника вірус грипа А визначено у 15,6%, парагрипа – у 20,5%, аденовірус – у 40,6%, РС-вірус – у 27,2%, ентеровірус – у 48,2%, ЦМВ – у 56,6%, ВПГ – у 22,6%. Клінічними формами ВВІ є генералізована (4,5%), церебральна (5,4%), вісцеральна (73,6%), локалізована (5,4%), субклінічна (10,7%). Найбільш несприятливий перебіг інфекцій з летальністю (11,3%) відзначено при мікст-вірусно-бактеріальних інфекціях. При ВВІ відмічено зниження відносного вмісту СДЗ, СД4, СД19, коефіцієнта супресії, зниження функції активності лімфоцитів (ФЧН, НСТ-стимульований) на тлі зниження ІФН- α та ІФН- γ при всіх мікст-формах інфекцій зі статистично значущою різницею з показниками контрольної групи ($p < 0,05$). Найбільш тяжке

ушкодження імунної системи виявлено при мікст-вірусно-TORCH-інфекціях: СДЗ – $53,8 \pm 4,5\%$, СД4 – $33,3 \pm 4,0\%$, СД19 – $19,5 \pm 4,1\%$, коефіцієнт супресії – $1,47 \pm 0,2$, IgG – $3,6 \pm 1,1$ г/л, ФЧН – $4,7 \pm 1,4$, індекс завершеності фагоцитозу – $0,84 \pm 0,2\%$, НСТ-стимульований – $19,2 \pm 1,9\%$. Найбільше зниження ІФН- α та ІФН- γ відзначено при вірусно-TORCH-інфекціях (ІФН- α – $1,23 \pm 2,1$ пг/мл проти $4,88 \pm 2,9$ пг/мл в контрольній групі; ІФН- γ – $3,2 \pm 4,9$ пг/мл проти $7,1 \pm 3,0$ пг/мл в контрольній групі).

Висновки. Реакція імунної системи при ВВІ супроводжується змінами клітинної та гуморальної ланок імунітету, інтерферонового статусу, що потребує своєчасного призначення специфічної та імунокоригуючої терапії.

КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НОВОНАРОДЖЕНИХ

Сандуляк Т.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра неонатології

Підходи, викладені в концепції ВООЗ «Здоров'я для всіх в XXI столітті» (1998), а саме: сучасні принципи перинатальної допомоги задля забезпечення сприятливого перебігу вагітності та пологів, фізіологічного догляду за новонародженою дитиною, організації раннього грудного вигодовування і необмеженого контакту матері і дитини, а також диспансеризація, динамічне спостереження та лікування дітей у перинатальних центрах крок за кроком втілюються в Україні. Для подальшого розвитку в цьому напрямі потрібні конкретні критерії визначення стану здоров'я для формування груп диспансерного спостереження, організації та надання необхідної допомоги, проведення клінічного аудиту її якості.

Чинні накази МОЗ України №152 і №149, а також клінічна настанова з неонатології 2007 року регламентують медичний догляд за здоровими новонародженими та дітьми від 0 до 3 років, містять деякі способи і критерії оцінки фізичного розвитку, окреслюють окремі вимоги до оцінки психомоторного розвитку доношених немовлят, пропонують тактику ведення здорових та хворих немовлят, визначають характеристики окремих патологічних станів, але не надають критеріїв комплексної оцінки їхнього здоров'я, особливо недоношених дітей.

Медичний догляд за новонародженими і дітьми раннього віку – це комплекс заходів, які спрямовані на створення оптимальних умов

для їхнього здорового, гармонійного фізичного, розумового та соціального розвитку в сприятливому безпечному середовищі, забезпечення раціонального вигодування та харчування, профілактика захворювань і травматизму, формування навичок здорового способу життя. Він здійснюється медичними працівниками із залученням родин у відповідності до потреб дітей різного вікового періоду розвитку. Обов'язкові складові медичного догляду: регулярність; забезпечення умов фізіологічного розвитку та "розвиваючого догляду" для передчасно народжених дітей; раціональне вигодування та харчування; створення безпечного середовища.

Клінічний аудит якості медичної допомоги новонароджених та дітей до 3-х років показав, що на практиці спеціалісти часто проводять медичний огляд на "своє бачення", а не за вимогами наказів. Наслідками цього стають: неповноцінна оцінка стану здоров'я кожної дитини; формальний моніторинг фізичного та психомоторного розвитку; несвоєчасне виявлення та неефективне лікування захворювань і патологічних станів; запізніле визначення тактики подальшого медичного спостереження та обстеження дитини; відсутність оцінки вигодування та харчування; необгрунтоване проведення або відмова від вакцинації; в картці не завжди фіксується консультування батьків з питань догляду за дитиною, раціонального харчування, розвитку малюка, профілактики нещасних випадків та травм. На наш погляд, така ситуація зумовлена не лише недостатньою компетентністю спеціалістів, але й відсутністю чітких критеріїв для визначення стану здоров'я немовлят.

Мета дослідження. Створити критерії оцінки стану здоров'я новонародженого, яка дозволяє доказово вирізнити хворих, немовлят групи ризику та здорових дітей згідно рекомендації визначення здоров'я ВООЗ.

Основна частина. «Здоров'я – стан повного фізичного, душевного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів». Дане визначення не базується на конкретних критеріях доказової медицини, тому воно не може бути використано для оцінки здоров'я на індивідуальному та популяційному рівні.

Більше 80 визначень «здоров'я», різноманітні концепції та моделі, такі як медична, біомедична, біосоціальна, психологічна та ціннісно - соціальна, розроблені та поширені в різних країнах, на нашу думку, не відповідають вимогам диспансеризації новонароджених та дітей раннього віку.

Отже, при створенні методики оцінки стану індивідуального

здоров'я дитини ми використали основні компоненти здоров'я (за визначенням ВООЗ): фізичний, душевний, духовний, соціальний та виписали або скористались критеріями спеціалізованого оцінювання.

Критерії фізичного здоров'я:

- Гестаційний, календарний та постконцептуальний вік за статистичним віковим поділом;

- Фізичний розвиток: гармонійний, з випередженням, з затримкою;

- Морфологічний стан органів і систем: без відхилень, зі змінами (встановлюється клінічними, морфологічними та інструментальними методами візуалізації, описування та вимірювання);

- Функціональний стан органів і систем: компенсований, субкомпенсований та декомпенсований (ступінь компенсації параметрів гомеостазу вимірюються лабораторними та / або інструментальними обстеженнями та обробляються за формулою стандартизації);

- Імунобіологічна реактивність та резистентність: нормальна, підвищена, понижена, спотворена.

Критерії душевного здоров'я:

- Зір та емоційні реакції на зорове подразнення;

- Слух та реакції на звукове подразнення;

- Нюх та реакції на запахи;

- Смак та реакції на смакові подразнення;

- Реакції немовляти на дотик, температурна та інші види чутливості для створення зони комфортного виходжування;

- Несвідоме статеве відчуття та створення біологічного контакту з матір'ю та батьком.

Критерії духовного (ментального) здоров'я:

- Інтелект (визначають за адаптованими методиками Векслера і IQ оцінки);

- Пам'ять;

- Мислення;

- Передмовний розвиток - крик, мовлення. Методики оцінки пам'яті, мислення та крику у новонароджених в даний час ще в стадії розробки для широкого практичного використання.

Критерії соціального благополуччя:

- Обтяженість анамнезу сім'ї за направленістю та величиною ризику;

- Соціально-економічний статус сім'ї: високий, середній, низький або незабезпечений (встановлюється органами місцевого

самоврядування за рівнем доходів на члена сім'ї від рухомого та нерухомого майна та всіх отриманих виплат);

- Безпечне, небезпечне екологічне середовище (за рішенням державних установ у регіоні);

- Гарантоване забезпечення якісною водою та харчовими продуктами;

- Гарантована якість медичної допомоги;

- Інші соціальні гарантії, які надаються дітям, сім'ям з дітьми, вагітним, роділлям та породіллям, матерям по догляду за дітьми в нашій країні.

Визначення імунобіологічної реактивності. Імунобіологічна реактивність – актуальний стан дитини, реагування на зміни середовища, яке включає 3 ланки, пов'язаних між собою: вегетативна нервова, ендокринна та імунна системи. Імунна система включає клітинні та гуморальні механізми реакції на антигени зовнішнього та внутрішнього середовища, зокрема вроджену та набуту ланки клітинного та гуморального імунітету.

Алгоритм оцінки імунної реактивності:

- Перший рівень – оцінка факторів ризику імунної недостатності (ІН) та дисфункції імунної системи (ДІС).

- Другий рівень – огляд дитини з визначенням клінічних маркерів та синдромів ІН та ДІС.

- Третій рівень – обстеження гемограми з аналізом кількості макрофагів моноцитів, нейтрофілів, еозинофілів і лімфоцитів крові.

Отримані результати індивідуального обстеження дитини з 3-х рівнів дозволяють діагностувати наявність та ступінь компенсації ІН або ДІС.

- Четвертий рівень – обстеження імунного статусу (імуноглобуліни А,М,С,Е, а також Т- і В-лімфоцити, цитокіни, фракції комплементу, тощо).

За результатами обстеження 4-х рівнів: вимальовується орієнтовний "образ патології", дитину надалі консулює імунолог та визначає необхідні додаткові імунохімічні та імуногенетичні дослідження для встановлення діагнозу.

Об'єднавши результати комплексної оцінки стану здоров'я в матрицю, отримуємо індивідуальний рівень здоров'я дитини, який показує динаміку її росту і розвитку, характер перебігу патології при диспансерному спостереженні та дозволяє на доказовому рівні визначати подальшу тактику виходжування, вакцинації, обстеження та лікування.

Висновок. Складові поняття здоров'я за визначенням ВООЗ,

адаптовані до потреб новонароджених, розроблені критерії оцінки стану їхнього здоров'я, фізичного розвитку, морфологічних і функціональних відхилень та сформовано матрицю для динамічного спостереження і проведення клінічного аудиту якості медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень. Доопрацювання та широке впровадження в клінічну практику критеріїв душевного та духовного здоров'я та поширення соціальних стандартів, прийнятих в країнах з розвинутою медициною. Продовження вивчення ролі імунної реактивності в різних регіонах.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕНОМУ НЕЙТРОФІЛІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Сем'яничук В.Б., Гаріджук Л.І., Бобрикович О.С., Вовк З.В.,

Семкович Я.В., Уліцька О.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра дитячих хвороб післядипломної освіти

Поняття «енергетичний обмін» охоплює сукупність реакцій окиснення субстратів з утворенням макроергічних сполук, що використовуються в подальшому для забезпечення ендергонічних процесів в клітинах. У приступному періоді бронхіальної астми (БА) відбувається стимуляція анаеробного гліколізу з накопиченням недоокислених продуктів та зменшенням утворення високоергічних сполук. Відомо, що критерієм глибини порушень клітинних структур є активність функціонального стану геному (ФСГ) різних соматичних клітин організму. Визначення всіх показників енергообмінних процесів є громіздким та дорогорватісним методом, тому є доцільним використання останнього для діагностики порушень на клітинному рівні.

Метою нашого дослідження є аналіз взаємозв'язку порушень енергетичного обміну та змін функціонального стану геному нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові у дітей, хворих на БА.

Обстежено 67 дітей, віком від 6 до 11 років, хворих на БА в періоді загострення. У цитологічних препаратах нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові аналізували по 100 інтерфазних ядер клітин і визначали індекси: хроматизації (IX), ядерцевий (ЯІ), патологічно змінених ядер (ПЗЯ), статевий хроматин (СХ). Для оцінки рівня метаболітів енергетичного обміну визначали концентрації

пірувату, лактату, активність ферменту лактатдегідрогенази (ЛДГ) та рівень АТФ. Визначали коефіцієнт кореляції Пірсона.

Нами відмічено наступні достовірні кореляції між показниками енергетичного обміну та функціонального стану геному. Зниження ІХ, що свідчить про пригнічення транскрипційної активності спадкового апарату, із зниженням рівня пірувату ($r=+0,31$; $p<0,05$). Зменшення ЯІ, яке опосередковано вказує на гальмування експресії генів рибосомної РНК і, відповідно, синтезу білків у нейтрофілах, корелює зі збільшенням накопичення лактату ($r=-0,47$; $p<0,05$). У дітей, хворих на БА, відмічено зниження СХ нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові суттєвіше у дівчаток, однак достовірних кореляційних зв'язків з показниками енергетичного обміну не виявлено ($r=-0,27$; $p>0,05$). Функція геному безпосередньо залежить від цілісності клітинної мембрани, наявності внутрішньоядерних везикул, тобто від патологічних змін компонентів ядра. Зростання ПЗЯ корелює із зниженням рівня АТФ у обстежених дітей ($r=-0,28$; $p<0,05$).

Отримані результати доводять можливість використання оцінки ФСГ нейтрофілів периферичної крові для непрямой оцінки енергетичних змін соматичних клітин.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З ДИСМЕТАБОЛІЧНИМИ НЕФРОПАТІЯМИ

*Сенаторова Г.С., Гончарь М.О., Муратов Г.Р., Дриль І.С.,
Колібаєва Т.Ф., Морозова О.О., Хмара Н.В., Тихова О.І.*

*Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології*

У повсякденній практиці лікаря-педіатра, дисметаболічні нефропатії (ДМН) діагностуються у кожного третього пацієнта. В останні роки спостерігається зниження піку захворюваності до більш раннього віку – до 4-5-ти років. Продукти обміну сечової кислоти володіють стимулюючою дією на нервову систему, що було неодноразово доведено у дорослих. Даних про вплив підвищеного рівню сечової кислоти на діяльність нервової системи у дітей на сьогоднішній день в літературі не достає.

Метою дослідження було вивчення стану когнітивної сфери діяльності нервової системи у дітей з уратними нефропатіями.

Матеріали дослідження. Проаналізовано 20 випадків уратної ДМН у дітей, 9 хлопців та 11 дівчат, середній вік яких становив $13,9\pm 2,5$ роки, з додатковим проведенням тестування на швидкість мислення, концентрацію та стійкість уваги «ЮСЕФО». Групу

контролю склали 20 учнів, без нефрологічної патології, відповідного віку та статі.

Отримані результати. Рівень сечової кислоти в крові становив $0,323 \pm 0,62$ ммоль/л, в сечі $5,21 \pm 1,63$ ммоль/добу. Діти з ДМН мали зниження швидкості мислення у 100% випадків. Низьку концентрацію уваги мали 85%, середню - 15% дітей з ДМН. Рівень стійкості уваги був низьким у 75% дітей, середнім у 20%, високим у 5% дітей. Діти з групи контролю мали низьку швидкість мислення у 30%, середню - 45%, високу - 25%; низьку концентрацію уваги мали 70%, середню - 20%, високу - 10% дітей; низькі показники стійкості уваги мали 45% дітей, середні - 45%, високі - 10% дітей групи контролю.

Висновки. У пацієнтів з помірним збільшенням сечової кислоти в організмі встановлено зниження швидкості мислення у 100%, зниження концентрації уваги у 85% та стійкості уваги у 75% дітей. Актуально подальше проведення дослідження в даному напрямку для уточнення впливу гіперурікемії на розумову діяльність дітей.

РІВЕНЬ ПСИХІЧНОЇ НАПРУГИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ НИРОК

*Сенаторова Г.С., Тельнова Л.С., Дриль І.С.,
Колібаєва Т.Ф., Підвальна Н.А., Петренко Є.К., Забашта І.В.*
Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Численні дослідження демонструють наявність впливу психологічних факторів, таких як тривога, депресія, агресія та гнів, на розвиток і перебіг соматичних захворювань, що в першу чергу впливають на стан серцево-судинної системи. В першу чергу, зміни в психологічному стані призводять до артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця та порушень серцевого ритму.

Мета роботи: оцінити вплив психічної напруги на зміни серцевого ритму у дітей на фоні хронічного захворювання нирок (ХЗН).

Матеріали та методи. Обстежено 49 дітей 6 - 17 років (середній вік $12,7 \pm 3,1$ р.). Більшість становили дівчатка: 37 (75,5 \pm 6,2%) проти 12 (24,4 \pm 6,2%) хлопчиків. Середня тривалість захворювання склала $4,5 \pm 3,5$ років. Всім дітям проведено нефро-урологічне обстеження, оцінку серцевої діяльності (за даними ехоскопії та електрокардіографії (ЕКГ)), з додатковим анкетуванням дітей для визначення рівня психічної напруги (анкета Beck Youth - у перекладі).

Отримані результати. При аналізі отриманих анкет, встановлено, що більшість дітей 23 ($51,1 \pm 7,5\%$) мала показники самостійної діяльності в межах середніх значень, значне зниження самостійної діяльності встановлено у 11 дітей ($24,4 \pm 6,4\%$), середній вік яких був $15,0 \pm 1,8$ роки. Від $75,6 \pm 6,7\%$ до $91,1 \pm 4,2\%$ дітей мали середні рівні тривожності, депресії, гніву та агресії. Були встановлені поодинокі випадки значного підвищення рівнів депресії та гніву, по 1 випадку ($2,2 \pm 2,2\%$). Значно підвищений рівень агресії мали 4 дитини ($9,7 \pm 4,6\%$).

При аналізі отриманих результатів, нормальні характеристики ЕКГ мали лише 9 дітей ($18,3 \pm 5,5\%$), а переважали діти з різноманітними порушеннями. Порушення серцевого ритму у вигляді синусової брадиаритмії мали 15 дітей ($30,6 \pm 6,6\%$), 5 ($10,2 \pm 4,3\%$) дітей мали синусову тахіаритмію. Порушення передсерцевої провідності зі скороченням інтервалу PQ ($< 0,1c$) виявлено у 1 дитини ($2,0 \pm 2,0\%$), його подовженням ($> 0,20c$) у 5 дітей ($10,2 \pm 4,3\%$). У однієї дитини була виявлена екстрасистола. У 14 дітей ($28,5 \pm 6,5\%$) виявлені порушення реполяризації різного характеру.

Висновки. Кількість дітей ($48,8 \pm 7,0\%$), в яких були виявлені підвищені показники тривоги, гніву та агресії, співпадала з кількістю дітей ($40,8 \pm 7,0\%$), що мали різноманітні порушення серцевого ритму. Таким чином, виникає необхідність проведення оцінки рівня психічної напруги у дітей з різними видами порушення серцевої діяльності на тлі хронічної патології нирок та своєчасного надання психологічної допомоги дітям.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Сенаторова А.С., Черненко Л.Н., Тельнова Л.Г., Башкирова Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №1 и неонатологии

Благодаря усовершенствованию методов интенсивной терапии и сурфактантной поддержке неонатологи добились выживания маловесных малышей, родившихся с респираторными нарушениями и другими состояниями, требующими искусственной вентиляции легких. Однако незрелость бронхолегочной системы, баротравма, повреждение кислородными радикалами, воспаление у многих из них привело к формированию хронических изменений в легких – бронхолегочной дисплазии (БЛД). По современным данным, частота бронхолегочной дисплазии составляет 73% в группе детей с массой

тела менее 1000 г; 41% с массой тела 1000-1499 г; 16% среди новорожденных с массой тела выше 1500 г. Легочная гипертензия и недостаточность кровообращения при БЛД служат основной причиной ранней смертности выживших в неонатальный период больных и составляет 23-36%.

Цель работы. Усовершенствование лечения легочной гипертензии у детей с бронхолегочной дисплазией.

Материалы и методы. Обследовано 85 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет с бронхолегочной дисплазией (1 группа). Группу сравнения составили 10 детей с диагнозом рецидивирующий бронхит (2 группа). У всех обследованных пациентов изучены анамнестические и клинические данные, применялись общепринятые лабораторные методы обследования. Эхокардиографическое обследование с вычислением данных трансмитрального потока проводилось на ультразвуковом аппарате AU3Partner фирмы Esaote Biomedica (Италия). Диастолическую функцию левого желудочка изучали по методике L.K.Hattle, B.Angelsen (1985) в импульсном доплеровском режиме с картированием трансмитрального потока с верхушечного доступа четырехкамерного сердца, уровень давления в легочной артерии (рЛА) измерялся методом A.Kitabatake et al (1983). Все данные, полученные в ходе обследования, обработаны с помощью стандартной компьютерной программы Microsoft Excel с использованием среднего значения, ошибки среднего с определением вероятности различий по t-критерию Стьюдента.

Результаты: в основной группе гестационный возраст составил в среднем $29,3 \pm 6,7$ недель, во 2 группе - $37,9 \pm 2,1$ недель ($p < 0,05$). Масса тела при рождении также имела отличия - $1107,0 \pm 330,9$ г. по сравнению с $3150,1 \pm 310,1$ г. ($p < 0,05$). После рождения 95,4% детей из основной группы требовали проведения первичной реанимации в родильном зале в виде санации верхних дыхательных путей, непрямого массажа сердца, интубации трахеи, введения курсурфа, проведения искусственной вентиляции легких, средняя продолжительность которой составила $91,5 \pm 60,7$ ($p < 0,01$). На основании проведенного ЭХОКГ у 85,4% детей из 1 группы было выявлено повышение давления в стволе легочной артерии (рЛА $39,68 \pm 2,9$ мм рт.ст.). У 67,3% детей с бронхолегочной дисплазией имела место диастолическая дисфункция левого желудочка, являющаяся предиктором формирования кардиоваскулярных осложнений. В комплекс лечебных мероприятий детей с легочной гипертензией на фоне бронхолегочной дисплазии назначался ингибитор фосфодиэстеразы-5 – силденафил в суточной дозе 2

мг/кг/сут в зависимости от уровня среднего давления в легочной артерии. Через 2 месяца у 72,2% детей, получавшие силденафил, отмечалось достоверное снижение давления в легочной артерии (рЛА $28,68 \pm 1,9$ мм рт.ст.; $p < 0,01$). Через 6 месяцев терапии среднегрупповое рЛА у детей, получавших ингибиторы ФОС оставлялось на нормальных цифрах – $21,58 \pm 1,7$ мм рт.ст.

Выводы.

1. У 85,4% детей с бронхолегочной дисплазией выявлено повышение уровня среднего давления в легочной артерии, у 67,3% детей имело место диастолическая дисфункция левого желудочка, что может свидетельствовать о ремоделировании левого желудочка и является предиктором формирования кардиоваскулярных осложнений.

2. Назначение ингибитора фосфодиэстеразы-5 – силденафила – в комплекс лечебных мероприятий при легочной гипертензии на фоне бронхолегочной дисплазии приводило к достоверному снижению уровня среднего давления в легочной артерии у 72,2% детей, что позволяет рекомендовать назначение данной группы препаратов в комплекс лечебных мероприятий при легочной гипертензии на фоне бронхолегочной дисплазии.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ РІДКИХ, ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА

Сінчук Н.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра педіатрії №2

Сьогодні в Україні актуальним питанням є допомога хворим з орфанними захворюваннями. Вперше в країні складений реєстр цих захворювань (Затверджений перелік рідкісних (орфанних) захворювань, що приводить до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації та мають визнані методи лікування. (Наказ МОЗ України №778 від 27.10.2014р.) Положення вступили в дію 01.01.2015р.), прописані визначення цієї групи хвороб та тактика ведення. Хоча ці хвороби торкаються невеликої частини популяції, більшість з них є генетичними і вони супроводжуються людиною все життя. Ці хвороби – хронічні, прогресуючі і смертельно небезпечні. 2/3 з них вражають дітей. Частина цих хвороб у ХХІ сторіччі лікується.

Мета і завдання дослідження: акцентувати увагу клініцистів до проблеми діагностики органних захворювань на прикладі хвороби Гоше, МПС I, шляхом визначення діагностичних алгоритмів для

ранньої постановки діагнозу, призначення адекватного лікування, що дає шанс пацієнтам на одужання та/або покращення якості життя.

Матеріали і методи виконання: використовувались клініко-гематологічний, біохімічний метод обстеження, фенотиповий аналіз. Діагноз верифіковано в біохімічній лабораторії метаболічного центру лікарні «ОХМАДИТ».

Отримані результати: під час спостереженням знаходяться 2 дітей з хронічною не – нейропатичною формою хвороби Гоше. Фенотипове обстеження дозволило виявити гематологічні, вісцеральні, скелетні прояви хвороби.

Визначення кількості гідролітичного ферменту β -глюкоцеребозідази підтвердило діагноз хвороби Гоше і пацієнти отримують ферментозамісну терапію.

Чіткий діагностичний алгоритм, командна робота, своєчасна ферментозамісна терапія з корекцією дози чіткий план спостереження дозволив виявити, верифікувати спадкове захворювання.

Висновок: В наш час лікарями різних спеціальностей треба мати повну уяву про орфанні захворювання, можливості діагностики і лікування. Чим раніше розпочата ферментозамісна терапія, тим скоріше буде зупинено прогресування хвороби, покращиться якість життя хворих, будуть попереджені важкі ускладнення, які характерні для різних хвороб, і вони можуть мати позитивний результат лікування при більш низьких дозах ферменту.

СОВРЕМЕННАЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

*Сиренко И.А., Марченко О.Ю., Суханова Л.А., Подопризора Н.М.,
Тютюнник Е.А., Худякова Е.Г., Евдокименко Е.В., Китаенко З.А.*
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра детской фтизиатрии и пульмонологии
Областная детская инфекционная клиническая больница

Микробиологические исследования необходимы для выявления больных туберкулезом, верификации диагноза, коррекции антимикобактериальной терапии больных с учетом чувствительности МБТ (микобактерий туберкулеза), оценки исходов лечения, т.е. микробиологические исследования проводятся с момента регистрации больного туберкулезом до снятия его с учета.

Все противотуберкулезные программы основаны на оценке количества бактериовыделителей, что предусматривает выполнение лабораторных методик выявления МБТ.

В настоящее время в Украине отмечается ежегодное снижение заболеваемости туберкулезом населения. В 2013 году заболеваемость составила 67,9 на 100 тыс. населения. Большая часть больных с туберкулезом легких – 60,9 на 100 тыс. населения, из них 33,8 на 100 тыс. населения – бактериовыделители. Поэтому ситуация по туберкулезу остается напряженной.

Проанализированы истории болезни 107 больных туберкулезом детей, которые находились на стационарном лечении в ОДИКБ в 2012 – 2014 гг. Мальчиков было 59%, девочек – 41%. По возрасту больные распределились следующим образом: 0 – 3 года – 20%, 4 – 5 лет – 16%, 6 – 10 лет – 7%, 11 – 14 лет – 11%, 15 – 17 лет – 46%, т.е. большинство было детей подросткового возраста.

По имеющейся в настоящее время классификации туберкулеза все больные делятся на:

- ВДТБ – впервые диагностированный туберкулез – у таких больных, как правило, если выделяются МБТ, они чувствительные к противотуберкулезным препаратам (ППП);

- МРТБ - мультирезистентный туберкулез – у таких больных выделяются МБТ, устойчивые к противотуберкулезным препаратам;

- РМРТБ – риск мультирезистентного туберкулеза – это дети из контакта с больными МРТБ, у них не обнаруживаются в мокроте МБТ.

После комплексного клиничко-рентгенологического обследования у 24 (22%) детей был установлен туберкулез внутригрудных лимфоузлов; из них у 19 (79%) был ВДТБ, у 2 (8%) – МРТБ и у 3 (13%) – РМРТБ.

МБТ были выявлены у 4 (17%) детей, причем у 2 детей с ВДТБ чувствительные к ППП и у 2 человек с МРТБ - резистентные к ППП.

Из 22 (21%) детей с первичным туберкулезным комплексом 14 (64%) были с ВДТБ, 5 (23%) – с МРТБ и 3 (13%) – с РМРТБ.

МБТ были обнаружены у 10 (45%) человек, причем у 5 с МРТБ и у 5 с ВДТБ.

Большая часть – 41 (38%) человек имели инфильтративный туберкулез легких; из них с ВДТБ было 31 (76%) ребенок, с МРТБ – 9 (22%) детей, с РМРТБ – 1 (2%) человек.

МБТ обнаружены у 24 (59%) детей, причем у 9 человек с МРТБ и у 15 с ВДТБ.

У больных с очаговым туберкулезом легких МБТ не выявлены.

У 15 (14%) детей с экссудативным туберкулезным плевритом ВДТБ диагностирован у 14 человек, у 1 – МРТБ.

МБТ найдены в плевральной жидкости у 6 (40%) человек, у 1 – с РМРТБ и у 5 детей с ВДТБ.

У 2 детей с туберкулезным менингитом (1 – с ВДТБ, 1 – с МРТБ), МБТ (в промывных водах желудка) выявлены у 1 ребенка.

Таким образом, из всех обследованных 107 детей с ВДТБ были 82 (77%) человека; с МРТБ – 18 (17%) и с РМРТБ – 7 (6%) пациентов. МБТ были выявлены у 39 (36%) детей, причем методом посева – 36% и у 12% из них и методом скопии.

Метод посева – культуральный метод – позволяет обнаружить несколько десятков жизнеспособных микобактерий в исследуемом материале, метод отличается большой чувствительностью и имеет большую диагностическую ценность.

Микроскопия мокроты – сравнительно быстрый, простой и недорогой метод. Чтобы обнаружить МБТ данным методом, 1 мл мокроты должен содержать более 5 000 микробных клеток. Поэтому больные с положительным анализом при микроскопии считаются массивными бактериовыделителями и наиболее опасны в эпидемическом отношении.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ШТАММОВ LACTOBACILLUS RHAMNOSUS R0011 И LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS R0052 В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ

*Скрипникова Я.С., Пономаренко Е.В., Радутная Е.А.,
Кизима Н.В.*

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики детских болезней
Кафедра военной медицины и медицины катастроф

Ожоговая травма в современных условиях остается одной из самых актуальных и социально важных проблем детского травматизма. По данным мировой статистики в разных странах от 18% до 42% из числа обожженных - дети. У детей при поверхностных ожогах на площади более 10% и при глубоких при площади более 5% обычно развивается ожоговый шок как первая стадия ожоговой болезни. Ожоговая болезнь - это комплекс патологических процессов, при которых ожоговая рана и обусловленные ею соматические изменения находятся во взаимодействии, вызывая напряжение адаптационных механизмов и реакций организма. При лечении ожоговой травмы важную роль играет профилактика и лечение инфекции в ране, поэтому в комплексе мероприятий, направленных на профилактику и лечение инфекций у обожженных, важное место принадлежит антибактериальной терапии.

Проведен анализ особенностей антибактериальной терапии у детей, получавших лечение в областном ожоговом отделении ГКБЭ и СМП г. Запорожья за период 2012-2014гг. За указанный период в отделении получили лечение 877 детей, из них с острой травмой 808 человек. Антибактериальная терапия была назначена в 326 случаях (40,3%). Показаниями для антибактериальной терапии при лечении ожоговой травмы у детей были следующие:

- догоспитальное время более 7 часов;
- отягощенный преморбидный фон, сочетанные респираторные заболевания;
- наличие термоингаляционной травмы;
- ИВЛ;
- развитие системного воспалительного ответа.

Антибактериальную терапию одним антибиотиком, чаще цефалоспорином II-III поколения (эмпирическое назначение с учетом типичности высеваемой в отделении флоры) получили 268 человек (82,2%). Широко использовали ступенчатую антибактериальную терапию с переводом на пероральный прием после парентерального введения. При назначении препаратов per os чаще всего использовали формы, которые становятся активными в системном кровотоке. Средняя длительность антибактериальной терапии в этих случаях была 9,2 дня.

При глубоких и обширных по площади ожогах антибактериальная терапия проводилась по деэскалационному алгоритму - от препарата с максимально широким спектром действия к узкому, согласно чувствительности выделенного из биологических сред организма возбудителя. 37 человек получили антибактериальную терапию более чем тремя антибиотиками различных групп (комбинации цефалоспоринов III-IV поколения, аминогликозидов, карбопенемов, гликопептидов, макролидов, нитрофуранов). Средняя длительность такой антибактериальной терапии составила 16,2 дня.

Важно, что все дети с первого дня антибактериальной терапии получали препараты, содержащие лиофилизированные культуры *Lactobacillus rhamnosus* R0011 и *Lactobacillus acidophilus* R0052 с целью профилактики развития антибиотико-ассоциированной диареи (ААД). Установлено, что среди детей, получавших антибактериальную терапию, ААД развилась в 28 случаях (8,6%).

Анализ встречаемости ААД у детей с ожоговой травмой при применении антибиотиков без дополнительного назначения лиофилизированных культур *L. rhamnosus* R0011 и *L. acidophilus* R0052

свидетельствует о более высокой частоте осложнений - по данным отделения за 2005-2008 гг частота ААД составила 22 % при применении тех же антибиотиков по тем же алгоритмам, а по данным литературы 12-30%.

Таким образом, использование пробиотических штаммов *L.rhamnosus* R0011 и *L.acidophilus* R0052 способствует снижению частоты развития ААД как осложнения антибактериальной терапии при лечении ожоговой травмы у детей.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВЕ УРАЖЕННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

Сокольник С.В.

Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вступ. За сучасними уявленнями вегетативні розлади є результатом змін інтегративної діяльності мозку, зумовлених неузгодженою дією різних рівнів вегетативного управління. Особливого значення набуває проблема якості вегетативного забезпечення в дитячому організмі – системі, яка постійно змінюється, і потребує максимально надійної і точної регуляції. Ланкою, що зв'язує психічні та вісцеральні прояви в межах психосоматичної патології, є вегетативна нервова система (ВНС).

Мета. Оцінити стан вегетативної нервової системи у дітей, хворих на ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної ділянки.

Методи дослідження. Для оцінки ВВТ використовувалися анкети двох типів: „Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін”, що заповнювався обстежуваним, і „Схема дослідження для виявлення ознак вегетативних змін”, що заповнював лікар.

При аналізі анкет особливу увагу приділяли інтегративним показникам різних функціональних систем, які дають уяву про вегетативні взаємовідношення всередині системи, а сума показників у різних системах дозволила більш повніше судити про ВВТ організму та діагностувати наявність синдрому вегетативних дисфункцій (СВД) не тільки у хворих, але і в осіб, що не пред'являють активних скарг.

Результати дослідження. У практично здорових дітей вірогідно переважала ейтонія. У 58,3% дітей 7-18 років, хворих на ЕВУ, відмічалася ваготонія, у 25,0% дітей – ейтонія, у 16,7% – симпатикотонія. Отримані шляхом анкетування дані ВВТ у дітей 13-18

років показали, що в дітей, хворих на ЕВУ, в більшості випадків зустрічалася ваготонія – (64,5±5,0)%, ($p < 0,05$).

Серед дітей групи порівняння у більшості пацієнтів вірогідно діагностовано ейтонію. Оцінивши ВВТ у дітей основної групи, можна зробити висновок, що як у хлопчиків, так і у дівчаток відмічено вірогідне ($p < 0,05$) переважання ваготонії (61,5±6,1)% і (67,5±7,5)% відповідно, симпатикотонія – у (25,0±6,9)% дівчаток та (27,7±5,6)% хлопчиків, ейтонія діагностована у (10,8±3,9)% хлопчиків та у (7,5±4,2)% дівчаток. Серед дітей групи порівняння у ВВТ найчастіше зустрічалася ейтонія ($p < 0,05$) як у хлопчиків, так і у дівчаток (93,0±3,0)% та (82,8±7,1)% відповідно.

Підсумувавши дані КОП, ми змогли оцінити ВР досліджуваних груп і виявили, що в дітей, хворих на ЕВУ із ваготонією та симпатикотонією, у ВВТ переважав гіперсимпатикотонічний тип ВР. Крім того, у хлопчиків із симпатикотонією поряд із нормо тонічною ВР зареєстровано асимпатикотонічний тип ВР (11,1% випадків). У дітей, хворих на виразкову хворобу, з ейтонією у ВВТ та в дітей групи порівняння найчастіше зустрічався нормотонічний тип ВР. Використовуючи КОП, вдалося оцінити вегетативне забезпечення діяльності, що відображає можливість підтримання оптимального рівня функціонування ВНС. У дітей, хворих на ЕВУ, із ваготонією у ВВТ переважає недостатнє вегетативне забезпечення ($p < 0,05$): асимпатикотонічний тип складає 50,0±8,0% випадків у хлопчиків та у (44,5±9,7)% дівчаток, гіпердіастолічний тип – 17,5±6,1% і 18,5±7,6% відповідно.

За даними КОП у дітей, хворих на ЕВУ, при повній вегетативній рівновазі переважає нормальне ВЗ, у 28,6% хлопчиків відмічався гіперсимпатикотонічний тип ВЗ. При проведенні КОП у групи практично здорових дітей діагностовано нормальне ВЗ серед всіх дітей.

Висновок. У дітей, хворих на ерозивно-виразкові ураження шлунка та дванадцятипалої кишки, спостерігаються порушення вегетативної нервової системи з переважанням парасимпатичного впливу, гіперсимпатикотонічної вегетативної реактивності та недостатнього вегетативного забезпечення.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ У ДІТЕЙ

Сокольник С.О.

Буковинський державний медичний університет
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

На сьогоднішній день виразки шлунка та дванадцятипалої кишки є доволі розповсюдженою патологією серед різноманіття захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Існуючі у літературі публікації надають чіткого уявлення про етіологію, патогенез, класифікацію та сучасні підходи щодо лікування виразкових уражень слизової оболонки гастродуоденальної ділянки, ускладнених кровотечею.

Мета – охарактеризувати особливості перебігу виразкових шлунково-кишкових кровотеч у дітей, хворих на виразкову хворобу.

Матеріал та методи. Клінічний матеріал цього дослідження склали дані про 176 хворих на виразкову хворобу шлунка або дванадцятипалої кишки дітей, ускладнену гастродуоденальною кровотечею, які перебували в клініці з 2004 по 2014 роки.

Результати дослідження. Хлопчиків було 107 (60,8%), дівчаток - 70 (39,2%). Середній вік хворих дітей склав $1,84 \pm 3,1$ року. У першу добу від початку захворювання в клініку поступили 55 хворих (31,2%), на другу добу - 50 (28,4%), на третю - 35 (19,8%) і через 4-5 діб від появи клінічних ознак гастродуоденальної кровотечі в клініку поступили 36 (20,4%). Виразковий анамнез до розвитку клінічної картини кровотечі простежувався у 131 (74,4%) пацієнта, кровотеча стала першим проявом виразкової хвороби у 25 хворих (14,2%). Середня тривалість виразкового анамнезу склала $3,73 \pm 1,1$ року.

Нами встановлено, що за останні десятиліття відзначений триразове зростання абсолютного числа хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами. Є чітка, статистично достовірна тенденція до зростання частки хворих дітей молодшого шкільного віку. Співвідношення виразки шлунка та виразки дванадцятипалої кишки 1:2.

Відзначається значне підвищення числа спостережень з нестійким гемостазом (з 25% до 41,1%) і триваючою при поступленні кровотечею (з 6,2% до 13,9%). При цьому мається зниження числа хворих із стійким гемостазом (з 68,7% до 44,9%).

Нами встановлена так само статистично достовірна тенденція до зростання числа хворих з «гігантськими» виразками (більше 3 см у діаметрі), збереженням на попередньому рівні «малих» виразок (до 1

см в діаметрі). За попередні десятиліття відзначається зростання поєднаних ускладнень виразкової хвороби в середньому з 15% до 40%. Провідною тенденцією є так само зниження числа хворих з легким ступенем крововтрати (з 60,9% до 44,3%), збереженням на попередньому рівні числа хворих з середньою тяжкістю крововтрати (25% і 27,2%), і істотним підвищенням частки пацієнтів з важким ступенем геморагії (з 14,1% до 27,2%).

Висновок. Проведений аналіз показав, що за останнє десятиліття відбулася зміна кількісного та якісного складу хворих на виразкову хворобу дітей. Ці зміни характеризуються значним підвищенням їх числа, істотним помолодшанням контингенту хворих, вираженим погіршенням ендоскопічних характеристик джерела кровотечі, переважання дуоденальних виразок над шлунковими на тлі загального підвищення тяжкості крововтрати.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИИ ВИТАМИН-К ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Соляник А.В.

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики детских болезней

В педиатрической литературе витамин К находится как бы в информационной «тени» более известных жирорастворимых витаминов А, D, Е. Но развитие витамин-К дефицитного состояния у ребенка нередко приводит к более серьезным последствиям, чем дефицит любого из перечисленных выше жирорастворимых витаминов, а именно, к жизненно опасным кровотечениям. Вопрос возникновения витамин -К -дефицитного состояния сейчас привлекает внимание педиатров (В.Э. Маркевич с соавт.2013). Из проанализированных нами 100 случайно отобранных историй развития детей до года, только 12 процентам детей проводилась профилактическая инъекция витамина К. При опросе нами матерей-кормилиц выяснилось, что работники роддомов не проводят бесед о необходимости инъекции витамина К. Рост тяжелых форм геморрагической болезни новорожденных заметили и американские врачи, что также связано с ростом отказов от инъекций витамина К. В настоящее время уточняются другие условия возникновения дефицита, в том числе грудное вскармливание, а также особенности диагностики, влияние на становление системы гемостаза и физическое развитие ребенка с учетом особенностей диеты матерей-кормилиц. Диагностика манифестных витамин -К- дефицитных состояний основывается

главным образом на оценке клинических симптомов кровоточивости и лабораторных признаков коагулопатии. В последние годы появились высокоспецифичные методы выявления субклинического витамин-К-дефицитного состояния, основанного на определении плазменных концентраций «недостаточно-γ- карбоксилированных белков». Тест PIVKA – II (protein induced by vitamin K absence), который еще называют тестом на «недокарбоксилированный» протромбин («des-γ-carboxyprothrombin»), выявляет с высокой эффективностью скрытые витамин-К-дефицитные состояния у детей и взрослых при условии обнаружения плазменных концентраций > 2нг/мл (ELISA). Следует признать, что почти 50% современных новорожденных в течение первых дней жизни демонстрируют позитивные тесты PIVKA–II. Дети, которые не получали профилактической дозы витамина К после рождения имеют высокий уровень PIVKA-II более 2нг/мл. (D.Chawla с соавт.2007). Представляется также актуальным изучить динамику содержания протромбина как витамин-К-зависимого протеина по показателю МНО (международного нормального отношения протромбин-тромбопластин зависимого времени коагуляции) у детей с витамин-К-дефицитным состоянием. Назначение детям менаквинон-продуцирующих пробиотических препаратов, возможно, может стать дополнительным методом профилактики витамин-К-дефицитного состояния у детей первых месяцев жизни, которые находятся исключительно на грудном вскармливании.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

Сорокман Т.В.

Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та медичної генетики

Синдром подразненого кишечника (СПК) є найбільш поширеним функціональним захворюванням кишківника, розповсюдженість якого складає 6% серед дітей середніх класів та 14% серед дітей старших класів. Але за деякими даними ці результати не відображають об'єктивної картини, яка склалася в дитячій популяції через інтимність та делікатність скарг і недостатньо серйозне ставлення до них дітей та батьків. Результати епідеміологічних досліджень свідчать, що на характерні для СПК симптоми скаргиться від 14 до 48% дорослого населення та 17 – 55% дітей розвинутих країн світу.

Мета - підвищення ефективності діагностичних і лікувально-

профілактичних заходів у дітей із СПК.

Матеріал та методи. Клінічно обстежена 61 дитина, хвора на СПК, віком від 5 до 14 років (основна група), групу порівняння склали 25 здорових дітей. Обидві групи були порівнянні за віком та статтю.

Результати дослідження. Розповсюдженість СПК серед дітей різних вікових груп практично однакова і складає у дітей молодшого шкільного віку 24,2% та серед дітей середнього і старшого шкільного віку - 18,4%, що, зважаючи на схожі дані серед дорослих, час прояву клінічних симптомів та вік обстежених, вказує на вірогідність ролі генетичної схильності в патогенезі захворювання та обумовлює його соціальну значимість. Найбільш поширеною серед дітей, є форма СПК з переважанням закрепів (54,5% хворих). Діарейна форма виявляється у 22,6% хворих, переважно з больовим абдомінальним синдромом та метеоризмом – у 20,9% хворих. На СПК хворіють переважно дівчата – 65,4%; у них частіше відмічається СПК з переважанням закрепу та больового абдомінального синдрому і метеоризму.

СПК у дітей, переважно з закрепамі і з больовим абдомінальним синдромом та метеоризмом характеризується безперервно рецидивуючим та тривалим (більше 5 років) перебігом захворювання.

При ретельному вивченні скарг дітей встановлено, що майже всі хворі мали ознаки вегетативних порушень. Так, відчуття холоду в пальцях кінцівок було в 22,9 % обстежених, головний біль та запаморочення — у 44,2 % дітей, відчуття кому в горлі мали місце у 31,1 % хворих. Діти досить часто вказували на розлади сну: відзначено більше скарг на сонливість (31,1 %), ніж на неспокійний сон (14,7 %).

Психоемоційний стан дітей з СПК характеризується переважно дезадаптивною поведінкою (67,1% хворих), з помірним та високим рівнем особистої тривожності (98,1% хворих) та супроводжується вегетативними дисфункціями, переважно гіперсимпатикотонічного, а зі збільшенням тривалості захворювання - асимпатикотонічного типу, що співпадає з рецидивуючим перебігом та низькою ефективністю лікування захворювання і обумовлює необхідність проведення індивідуалізованих психореабілітаційних заходів у дітей з СПК.

Основним елементом програми лікування СПК є вирішення завдань психосоціальної адаптації хворих із обов'язковим залученням хворого в процес діагностики та лікування. Слід акцентувати увагу

пацієнтів на нормальних показниках досліджень і підкреслювати важливість відсутності патологічних порушень для прогнозу захворювання. Хворий повинен повірити, що у нього відсутнє важке органічне захворювання, що загрожує життю. Необхідно ретельно розпитати хворого про умови харчування, життя, роботи, постаратися визначити сенсibiliзуючі фактор і причини хвороби. Далі лікар повинен інформувати хворого про сутність захворювання і познайомити з прогнозом. Компетентність, авторитет і сила переконання лікаря визначають контакт з хворим, ступінь довіри лікаря і успіх лікування. Виконання цієї задачі багато в чому визначає в якій групі виявиться хворий - у групі «пацієнтів» або «не пацієнтів» з СРК і в значній мірі впливає на ефективність подальших елементів програми.

Висновок. У дітей із СПК має місце перехід емоційних переживань через складну систему вегетативних порушень у соматичні симптоми, тому необхідно враховувати роль психоемоційного фактора в розвитку зазначених станів у дітей, а також правильно оцінити соціальний і психологічний клімат сім'ї, у якій виховується дитина.

ОСОБЛИВОСТІ ГЛЮТЕНОВОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Степаненко Т.І., Казицька Н.М.

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної педіатрії №2 та неонатології

За останні роки у всьому світі підвищується захворюваність на atopічний дерматит (АД), особливо у дітей перших 7 років. Найбільш частою причиною розвитку АД у ранньому віці є харчова алергія (ХА). На теперішній час ХА являється стартовим видом алергічної сенсibiliзації і зустрічається, за даними різних авторів у 2-8% дітей перших 2 років життя. Гастроінтестинальні прояви ХА спостерігаються у 30-45% клінічних випадків, шкіряні у 90% хворих. Прояви ХА різноманітні по формі, локалізації, ступеню виразності, але жодний симптом не є специфічним: це й синдром зригування та блювання, коліки, здуття та болі у животі, зниження апетиту та відмова від їжі, синдром діареї або запору. У частини дітей спостерігається затримка стільця, у деяких дітей – постійні запори.

Основними алергенами в ранньому дитячому віці вважають білки коров'ячого молока (БКМ), сої, курячого яйця та злакових. Одним з основним продуктом харчування для дітей раннього віку є

каші. Тому визначення ступеню алергенності зернових продуктів для дітей раннього віку є актуальним.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 57 дітей з проявами АД та розладами з боку шлунково-кишкового тракту. Всім дітям було проведено копрологічне дослідження, УЗ обстеження органів брюшної порожнини, виявлення рівня загального IgE та специфічних IgG4 до антигенів 10 круп: пшениці, пшона, рису, ячменю, вівсу, гречки, кукурудзи, ржі, кунжуту, соняшнику, також до глютену. Легкий та середньо важкий перебіг АД визначався з однаковою частотою та спостерігалися в 26 (45,61%) випадках, важкий перебіг - у 5 (8,77%) дітей. Непереносимість глютену була виявлена у 40 (70,18%) дітей. Всі діти з тяжким перебігом АД (5 дітей, 8,77%) мали непереносимість глютену. Антитіла до глютену визначалися у 20 дітей з середньо важким перебігом АД (76,92% дітей) та у 15 дітей (57,69% випадків) при легких формах АД. Нами було відмічено, що непереносимість до глютену зменшуються в залежності від віку. Так, у дітей до 3 років вона спостерігається у 67,5% випадках (27 дітей), у дітей віком від 3 до 6 років - 7 (17,5%) та 6 (15%) дітей віком більше 6 років. У 18 (45%) дітей титри антитіл до глютену були вище за 50 МО/л. Кореляція між перебігом АД та рівнем антитіл до глютену (50-100 МО/л) спостерігалась у 4 (10%) дітей з легким перебігом, у 5 (12,5%) дітей с середньо важким (100-200 МО/л) та у 1 (2,5%) дитини з важким перебігом (більше за 200 МО/л). Виявлення бівалентної непереносимості глютену та пшениці мало місце у 28 (49,12% всіх обстежених дітей та 70% дітей з непереносимістю глютену) дітей (у всіх дітей з важким перебігом АД та у 18 з середньоважким перебігом), глютену та ржі у 7 (12,28% всіх обстежених дітей та 17,5% дітей з непереносимістю глютену) дітей (з яких 2 дитини з важким АД та 4 дитини з середньо важким АД), а у 5 дітей виявлялась сенсibilізація до усіх глютенвмісних круп: до глютену, вівсу, пшениці, ржі та ячменю), глютену та вівсу у 14 дітей (9 дітей з середнім та важким АД, 12 дітей з полівалентною непереносимістю до глютену, пшениці та ячменю, з яких у 7 дітей середньо важкий перебіг АД, та у 1 дитини важкий перебіг), глютену та ячменю у 27 (47,37% всіх обстежених дітей та 67,5% дітей з непереносимістю глютену) дітей (з яких 4 дитини з важким АД та 17 дітей з середньо важким АД). У 27 (47,37% всіх обстежених дітей та 67,5% дітей з непереносимістю глютену) дітей виявлена сенсibilізація на 3-4 глютенвмісних крупи одночасно, причому у 26 дітей (45,61% всіх обстежених дітей та 96,3% дітей з полівалентною сенсibilізацією на глютенвмісні крупи) спостерігалась сенсibilізація на глютен, пшеницю та ячмінь, з яких 17

дітей мали середньоважкий перебіг АД та 5 дітей с важким його перебігом.

Отже, отримані нами данні співпадають з досвідом інших авторів. Так, при вивченні харчової сенсibiliзації у дітей Харківської області високу алергезуючу активність мали кукурудза (2 місце), ячмінна крупа (15 місце), середню – пшениця, ріж, вівсяна крупа, гречка (6, 7, 8 та 16 місце відповідно). За даними інших авторів в Германии та Японии ХА на пшеницю стоїть на 3 місті серед інших алергенів.

Висновки. У дітей з проявами АД та розладами з боку шлунково-кишкового тракту непереносимість глютену була виявлена 70,18% дітей. Всі діти з тяжким перебігом АД та 76,92% дітей з середньо важким перебігом АД мали непереносимість глютену. Непереносимість до глютену зменшується в залежності від віку: найчастіше спостерігається у дітей до 3 років (67,5%). Найбільш часто у дітей при сенсibiliзації до глютену мала місце й сенсibiliзація до антигену пшениці, вівса та ячменю.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ УРОПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ В УСЛОВИЯХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Стоева Т.В., Годлевская Т.Л., Емельянова А.Ю., Ларионов А.П.
Одесский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

В настоящее время проблема антимикробной устойчивости патогенной микрофлоры при инфекции мочевыводящих путей остается весьма актуальной.

Целью данного исследования было изучение спектра и особенностей фармакорезистентности уропатогенной флоры, выявляемой у детей, в условиях неосложненной инфекции мочевой системы.

Группа наблюдения включала 30 детей с неосложненной инфекцией мочевыводящих путей, которым наряду с общеклиническим обследованием (согласно принятым стандартам), проводили бактериологическое исследование мочи с оценкой фармакоустойчивости выделенных микроорганизмов.

В ходе микробиологического анализа, было выделено 6 различных видов микроорганизмов: E. Coli – 56,6%, Enterobacter – 3,3%, Enterococcus – 10,0%, Staphylococcus – 16,6%, Proteus – 6,6%, Klebsiella – 6,6%. При этом, из общего числа обследованных в 13,3%

случаев были выделены комбинации уропатогенов: сочетания *Klebsiella* - *Enterococcus*, *Enterobacter* - *S.epidermis*, а также *E. Coli* - *Staphylococcus*.

При сравнении видового спектра с учетом топики процесса выявлено, что кишечная палочка чаще других возбудителей выявлялась как при инфекции верхних ($61,1 \pm 11,4\%$), так и нижних ($50,0 \pm 14,4\%$) мочевыводящих путей, $p > 0,05$. Грамм-положительные кокки (*Staphylococcus* ($16,6 \pm 6,7\%$)) были выделены только у детей с инфекцией верхних мочевых путей и отсутствовали при цистите. Следует отметить, что микробные ассоциации чаще обнаруживались у детей с микробным воспалением верхних мочевых путей.

Анализ резистентности уропатогенов к 22 наиболее часто используемым антибактериальным препаратам показал устойчивость штаммов *E. coli* к ампициллину (65%), амоксиклаву (41%), цефуроксиму (29%), цефтриаксону (23%), нитрофурантоину (11%), цiproфлоксацину (6%), фосфомицину (6%). В отношении *Klebsiella* уровень резистентности последовательно снижался в ряду: цефтриаксон – цефепим – цiproфлоксацин – амикацин. Антимикробную устойчивость *Proteus vulgaris* демонстрировал ряд: цефуроксим – амоксилав – цефтриаксон – цiproфлоксацин – цефепим. Для *Enterobacter* была выявлена максимальная резистентность к амоксиклаву и минимальная - к цiproфлоксацину.

Таким образом, рациональная антимикробная терапия при заболеваниях мочевыделительной системы у детей должна базироваться на особенностях видового спектра уропатогенов с учетом топики микробно-воспалительного процесса и данных в отношении индивидуальной чувствительности к антибиотикам.

АНЕВРИЗМА АОРТЫ КАК ОДНО ИЗ ГРОЗНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА МАРФАНА

Сухарева Г.Э., Садовой С.В.

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

Кафедра педиатрии с курсом детских инфекционных болезней

Синдром Марфана (СМ) – болезнь соединительной ткани, наследующаяся по доминантному типу. Данный синдром был описан французским педиатром В. Марфаном в 1886 г. Основной причиной СМ является мутация в гене фибриллина, локализованном в длинном плече 15 хромосомы, поле 21 (15q15-q21.3), при которой происходит замена в белке фибриллина пролина на аргинин. Клинический

полиморфизм варьирует по степени выраженности симптомов: от лёгких форм, трудно отличимых от нормы, до тяжелого инвалидизирующего течения данного заболевания. Семейные случаи составляют до 75%. Несмотря на то, что СМ описан более 125 лет назад, он по-прежнему представляет весьма сложную и актуальную медицинскую проблему.

Цель: сконцентрировать внимание детских и взрослых кардиологов, семейных врачей, педиатров и генетиков, к возможным осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы при СМ и проследить течение болезни у пациентов с уже выявленным диагнозом.

Материалы и методы: мы проанализировали катамнез детей и подростков с диагнозом СМ, находящихся на диспансерном учете в Крымском республиканском медико-генетическом центре. В реестре находятся 34 пациента с СМ: 15 (44%) – дети от 1 года жизни до 17 лет и 19 (56%) – взрослые пациенты. Дети от 1 до 3 лет – 1 (6,7%), 3-7 лет – 3 (20%), 8-12 лет – 3 (20%), 13-17 лет – 8 (53,3%). В 2 клинических случаях выявлена семейная форма СМ: 2 сестры 13 и 14 лет и трое детей в одной семье (2 мальчика и девочка). Взрослые от 18-22 лет – 4 (21,1%), 23-32 лет – 6 (31,6%), 33-42 года – 7 (36,8%), 43-55 лет – 2 (10,5%). Диагностика СМ основывалась на изучении генеалогических данных (составление и анализ родословных) и анализе морфофенотипа, включавший оценку физического и нервно-психического развития пациента. Диагноз выставлялся при наличии 1 из 5 основных (больших) симптомов (вывих хрусталиков, аневризма аорты, арахнодактилия, деформация грудины, кифосколиоз) и 2 дополнительных (малых) (миопия, пролапс митрального клапана, умеренная гиперподвижность суставов, высокий рост, плоскостопие, стрии, пневмоторакс). Характер и степень тяжести сердечно-сосудистой патологии оценивали по данным клинических и инструментальных методов (рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, эхокардиография с цветным доплеровским картированием).

Результаты: поражение сердца при СМ в наших наблюдениях проявлялось в виде недостаточности МК и расширении восходящей аорты, как признак начинающейся аневризмы аорты. По нашим данным, из 15 обследованных пациентов, у одного подростка, 17 лет, возникло острое расслоение аорты, приведшее к смерти. Ребёнок был направлен на операцию в кардиохирургический центр, однако его родители от операции и дальнейшего наблюдения категорически

отказались. Второй пациент с признаками расслоения аорты был направлен в ГУ «НИССХ им. Н.М. Амосова» (г. Киев), где ему была выполнена операция Bentall (протезирование аортального клапана и восходящей аорты). Операция прошла успешно. После лечения он остаётся под наблюдением кардиологов. Остальные дети (4 из них – с верифицированной аневризмой аорты) находятся под наблюдением детского кардиолога и кардиохирурга и не требуют на данный момент оперативной коррекции.

Выводы: своевременная диагностика синдрома Марфана помогает родителям получить достоверную информацию о прогнозе жизни и развития ребенка, позволяет принять адекватное решение о модификации его образа жизни, особенностях воспитания, занятий спортом, а также узнать генетический риск при повторном деторождении. Приведённые нами клинические примеры ещё раз доказывают, что родители не всегда осознают тяжесть состояния ребёнка. Важно подчеркнуть, что совместная работа родителей, врача кардиолога и самого пациента способствуют сохранению жизни ребенка, увеличению ее продолжительности, а также улучшению качества жизни.

СТАН ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ЧАСТО ХВОРОЮЧИХ ДІТЕЙ ПІД ЧАС ГРВІ

*Таран О.М., Клименко О.В, Полуциганова Л.Г.**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної педіатрії № 2 і неонатології

*КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня № 6» ДОР»

Метою дослідження було визначення імунологічної відповіді під час у дітей з повторними випадками захворювання.

Обстежено 160 дітей віком від 6 місяців до 3 років, які госпіталізовані на 2-4-й дні захворювання. I група - діти, що часто хворіють на ГРВІ (ЧХД) – 130 дітей; II група – діти, що епізодично хворіють (ЕХД) - 30 дітей.

Імунна відповідь ЧХД вже в дебюті захворювання мала суттєві відмінності від відповіді у ЕХД. Так, у ЕХД спостерігались зміни лише з боку показників неспецифічного захисту організму (підвищення фагоцитарної активності нейтрофілів, активація кисневозалежного метаболізму нейтрофільних гранулоцитів за даними НСТ-тесту) та підвищення рівня сироваткового імуноглобуліну М. До моменту клінічного одужання наведені зміни поновлювались. У ЧХД мали місце зниження загальної кількості Т-лімфоцитів (як за рахунок CD 4+,

так і за рахунок цитотоксичних лімфоцитів CD8+), підвищення кількості В-лімфоцитів, дисімуноглобулінемія з підвищенням рівня імуноглобуліну М в сироватці крові та достовірне зниження рівнів сироваткових імуноглобулінів А та G, підсилення процесів киснево-залежного метаболізму нейтрофілів за показниками НСТ-тесту при зниженому рівні їх фагоцитарної активності. До моменту одужання наведені зміни ставали ще більш виразними, що вказує на високий рівень напруженості роботи імунної системи в умовах персистуючого антигенного навантаження.

У ЕХД на початку хвороби спостерігалось підвищення в 1,2 рази рівнів ІФН-α та ІФН-γ в сироватці крові в порівнянні з показниками інтеркурентного періоду. На 3-4-й день захворювання показники були більш ніж в 2 рази вище за початкові величини, а до моменту одужання знижувались до показників інтеркурентного періоду. У ЧХД на початку захворювання рівні ІФН-α та -γ були майже в 1,5 рази нижче за показниками інтеркурентного періоду ЕХД. На 3-4 дні наведені зміни ставали більш виразними, а до моменту одужання не поновлювались.

Пригнічення інтерфероноутворення супроводжувалось дисбалансом в системі цитокінів, які вказували на перевагу гуморального типу імунної відповіді. Це пов'язано як з незрілістю процесів імунного реагування у ЧХД, так і з високою частотою бактеріальної суперінфекції.

Тобто, у ЕХД до моменту клінічного одужання практично всі показники поновлювались до значень інтеркурентного періоду, у ЧХД в цей момент адекватного відновлення параметрів імунної системи не відбувалось. Це свідчить про уповільнення елімінації збудників та торпідність саногенетичних процесів у ЧХД. За таких умов підвищується вірогідність повторного інфікування респіраторними патогенами.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ

Твердохлеб Т.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрии

Цель и задачи: изучение состояния микрофлоры кишечника у детей с реактивными артритами в остром периоде.

Под нашим наблюдением находилось 67 детей с диагнозом реактивный артрит. Из них мальчиков - 32, девочек - 35. Детей в

возрасте от 1 года до 6 лет было 36 (53%), от 7 лет до 14 лет – 25 (38%) и подросткового возраста 15-17 лет 6 (9%) человек.

Диагноз верифицирован на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов обследования. У всех детей отмечалось острое начало заболевания. Monoартрит установлен у 67%, олигоартрит у 24% и полиартрит у 9% больных.

При моноартрите чаще поражались коленные суставы - 51%, коксит отмечался у 38%, голеностопные суставы у 11 %, редко отмечалось поражение большого пальца (1%) и плечевого сустава 2%. При олигоартрите также чаще поражались коленные суставы (50%), тазобедренные суставы у 29%, голеностопные суставы были поражены у 21%. Полиартрит характеризовался поражением лучезапястных суставов, мелких суставов кистей рук и плюснефаланговых суставов стоп.

При исследовании микрофлоры кишечника в остром периоде заболевания у 37% детей были выявлены изменения, которые соответствуют согласно классификации дисбактериоза толстой кишки по И.Б. Куваевой, К.С.Ладодо (1991г.) 1й степени, у 60% выявлена 2я степень (пусковая фаза), 3я степень дисбактериоза (фаза агрессии) была выявлена только у 3%.

У 76% нарушения отмечались в виде снижения бифидобактерий и лактобацилл, снижено общее количество кишечной палочки – 23%, повышено количество кишечной палочки со слабовыраженными ферментативными свойствами у 24%, у 18% выявлена гемолизирующая кишечная палочка, гемолизирующие стафилококки по отношению ко всем коккам отмечались у 17%, грибы рода *Candida* были у 17%, 12% имели золотистый стафилококк.

Выводы: таким образом, при реактивных артритах у детей с моно- и олиго поражением чаще вовлекаются в процесс коленные и тазобедренные суставы.

В остром периоде имеются нарушения микробиоценоза кишечника в виде исчезновения или снижения числа облигатных ее представителей, с одной стороны, и увеличения уровня условно-патогенных микробов с другой стороны.

ІМУНОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ ІЗ СУПУТНЬОЮ ЛОР-ПАТОЛОГІЄЮ

*Турчина С.І., Шляхова Н.В., Косоцьова Г.В., Костенко Т.П.,
Вародова О.В., Банніков Б.В.*

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»
Відділення ендокринології

Враховуючи той факт, що ЛОР-патологія, особливо у хлопців, є значущим фактором несприятливого прогнозу перебігу зоба та тісно пов'язана зі станом імунної системи, проведено аналіз показників імунного статусу з урахуванням наявності ЛОР-патології.

Мета дослідження – визначити особливості імунологічної реактивності у підлітків із ДНЗ при наявності в них супутньої ЛОР-патології.

Матеріали и методи. Під спостереженням знаходилось 145 дівчат та 177 хлопців 10–17 років, хворих на ДНЗ. Групу порівняння склали однолітки з нормальними розмірами щитовидної залози (60 дівчаток та 58 хлопчиків). Всі діти оглянуті педіатром та отоларингологом. Субпопуляційний склад лімфоцитів визначали за допомогою еритроцитарних діагностикумів (НВЛ „Гранум”). Концентрацію сироваткових імуноглобулінів класів G, A, M та циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) досліджували спектрофотометричним методом. Оцінювали фагоцитарну активність (ФАН), фагоцитарне число (ФЧ) і метаболічній активності (НСТ-тест спонтанний, індукований та індекс стимуляції НСТ (ІС (НСТ)) нейтрофілів крові. Отримані результати об'єднано в електронні бази даних і статистично оброблено з використанням пакету програм "SPSS Statistics 17,0".

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у хлопчиків з ДНЗ та ЛОР-патологією зниження відносної кількості CD3+лімфоцитів відбувалося переважно за рахунок зменшення вмісту CD8+лімфоцитів та поєднувалося зі зниженням вмісту лімфоцитів з маркерами пізньої активації (HLA-DR), підвищенням абсолютної кількості CD25+лімфоцитів, індексу CD25/HLA-DR+лімфоцити та індексу CD25/CD95+лімфоцити (позитивно/негативно активовані клітини). На відміну від хлопчиків з ДНЗ, у хлопчиків без патології щитоподібної залози зниження CD3+лімфоцитів відбувалося як за рахунок CD4+, так і за рахунок CD8+лімфоцитів на тлі збереження балансу імунокомпетентних клітин. Зниження ФАН у хлопчиків із захворюваннями ЛОР-органів поєднувалося зі зменшенням

поглинальної здатності клітин, що фагоцитують, більш низькими показниками індукованого НСТ-тесту та зменшенням метаболічного резерву нейтрофілів. Слід зазначити, що у хлопчиків групи порівняння з ЛОР патологією вірогідне зниження кількості клітин, що фагоцитують, не супроводжувалося змінами поглинальної та метаболічної активності нейтрофілів.

Висновки. В разі наявності у хлопчиків з ДНЗ ЛОР-патології спостерігається більш виражений дисбаланс імунокомпетентних клітин, порушення кисеньзалежних процесів фагоцитозу, ніж у однолітків із захворюваннями ЛОР-органів без патології ЩЗ, що диктує необхідність контролю за мікрофлорою носоглотки, своєчасної санації осередків запалення та проведення індивідуальної імуномодуючої терапії в залежності від встановлених порушень в імунній системі.

ВПЛИВ МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ ТА НЕГАТИВНИХ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ФОРМУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ

Фастовець М.М., Калюжска О.О., Черевко І.Г., Гасюк Н.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія

Кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією

У сучасному світі все більшу актуальність набуває проблема здоров'я підлітків, показники якого з кожним роком погіршуються. Це зумовлене підвищеною чутливістю організму в пубертатному періоді до впливу несприятливих чинників, які викликають напруження адаптаційних механізмів та розвиток нейроендокринних порушень. Ожиріння, яке починається у дитячому віці, прогресує і призводить до розвитку ускладнень, які поєднують в поняття «метаболічний синдром» (МС). Найбільш значущими медичними наслідками ожиріння є цукровий діабет II типу та серцево-судинні захворювання. Вивчення еволюції первинного ожиріння у дітей та особливостей його клінічного перебігу має велике медичне і соціальне значення, бо дозволяє своєчасно вибрати адекватну тактику лікування та зменшити вірогідність формування ускладнень.

Метою нашої роботи було визначення впливу маси тіла при народженні (МТН) та негативних перинатальних факторів на формування компонентів метаболічного синдрому у хлопців-підлітків.

Проведено аналіз первинної медичної документації щодо стану здоров'я 188 дітей віком до 18-ти років, мешканців Полтавської області. Особи, що мали МТН 2500г або менше, були віднесені до

групи з малою МТН (ММТН), більше 4000г – великою МТН (ВМТН), 2501-3999г – нормальною МТН (НМТН).

Градація маси цього показника визначалась згідно наказам МОЗ № 584 від 29.08.2006р. «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні».

Обстеження включало аналіз скарг, вивчення особливостей перебігу вагітності, від якої народилася особа, МТН дитини, перебігу періодів новонародженості, раннього дитинства та пубертату; анамнезу життя та хвороби з урахуванням наявності супутніх захворювань, об'єктивне обстеження з визначенням антропометричних показників.

Для досягнення зазначеної мети були вирішені наступні завдання:

1. Встановити частоту ожиріння та надлишкової маси тіла серед підлітків в залежності від гестаційного віку, маси тіла при народженні та перебігу перинатального періоду.

2. Визначити особливості клінічного перебігу ожиріння у хлопців-підлітків на етапах статевого дозрівання в залежності від фізичного розвитку в перинатальному періоді та ранньому дитинстві.

Аналіз частоти ендокринопатій в залежності від МТН підлітків показав значуще більшу частоту ендокринної патології серед підлітків з ВМТН, ніж серед підлітків з НМТН: 10,32% та 5,7% відповідно.

При госпіталізації 72,9% хворих скаржилися на головний біль різної локалізації та інтенсивності. На другому місці за частотою скарг був підвищений апетит, який відмічали 63,7% хлопців. Більшість хворих, поряд з підвищеним апетитом, скаржились і на підсилену спрагу, яку відмічали більше третини хворих (32,5 %)

Слід відзначити виражений поліморфізм скарг хворих, що не завжди корелював з тяжкістю захворювання.

Серед усіх обстежених абдомінальний тип ожиріння спостерігався у 61,2%, і був найбільш характерним для хворих, які мали виражені ознаки статевого дозрівання (СТД) – III-IV стадії пубертату за Таннером.

При оцінці строків початку, динаміки розвитку та ступеня СТД обстежених встановлено, що за даними анамнезу, в цілому середній вік початку пубертату у хворих на ожиріння склав 10,5 років. Прискорене СТД реєструвалось у 9,4 % хлопців.

За результатами клінічного обстеження встановлено, що підвищення систолічного АТ (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ) в цілому по групі обстежених спостерігалось у 52,3%. З віком частота

підвищеного АТ серед хлопців-підлітків, хворих на ожиріння, зростає. В цілому, у 30,1% хворих вже діагностовано стійке підвищення АТ.

Найбільш питома вага супутньої патології у обстежених хворих на ожиріння була притаманна неврологічним розладам, частота яких також підвищувалася з віком. У 67,2% хлопців було встановлено діагноз синдрому лікворної гіпертензії та нейроциркуляторної дістонії, переважно за гіпертонічним типом.

Супутню ендокринну патологію ЩЗ мали більше третини хворих.

Серед факторів ризику, що можуть ускладнювати або обумовлювати ті чи інші захворювання розглядалися такі аспекти перинатального розвитку як перебіг вагітності та пологів у матері. Незважаючи на те, що найбільш поширеним серед порушень був гестоз першої половини вагітності (14,2%), значний вплив склали токсикози протягом всього гестаційного періоду та загроза переривання вагітності на ранніх термінах гестації. Патологія пологів спостерігалася у 30,5% випадків. Хворі із ММТН майже вдвічі частіше (46,1%) народились від ускладненої вагітності та пологів, ніж особи з НМТН (25,2%) та в 1,5 рази частіше ніж особи з ВМТН (37,2%).

Таким чином, проведене клінічне обстеження хворих на ожиріння дозволяє на підставі наявності таких клінічних ознак, як збільшення ІМТ більш 97 вікової перцентилі, підвищення АТ (систоличного і діастолічного) та апетиту, прискорення темпів статевого дозрівання, народження з малою або збільшеною масою тіла, наявність шкірних стрій та прогресування ожиріння в ранньому пубертаті вже на першому клінічному етапі обстеження із вірогідністю до 86% встановити діагноз «Метаболічний синдром» у хлопців-підлітків та віднести саме цю когорту хворих до групи ризику щодо прогресування МС в дорослому віці і навіть до маніфестації ЦД 2 типу.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ФТОРИСТОГО ЗАБРУДНЕННЯ ПИТНОЇ ВОДИ

Фесенко М.Є., Комар В.М., Зюзіна Л.С.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією

Вивчення особливостей перебігу екопатології у дітей обумовлено необхідністю ранньої діагностики, лікування та профілактики захворювань.

Клінічно обстежено 68 дітей віком до 3 років, які проживають в Полтавській області в регіоні з підвищеним вмістом фтору у питній воді. В контрольну групу віднесено 20 дітей. При розподілі пацієнтів на групи враховували вік, оцінювали ступінь дисбактеріозу, клінічні прояви анемії та рахіту:

- до першої увійшли діти до року (20) з проявами дисбактеріозу II ст. в поєднанні з ЗДА I-II ст. та рахітом II ст.

- другу групу склали діти від 1 до 3 років (48) з наявністю дисбактеріозу I-II ст., ЗДА I-II ст. та рахіту II ст. у 89% (43). Дисбактеріоз III ст. мав місце у 11% (5).

При вивченні всіх факторів, які безпосередньо або частково впливали на виникнення дисбіотичних порушень у обстежених дітей, виявлена закономірність однонаправлених корелятивних зв'язків сильного ступеню вираженості ($r > 0,7$, $p < 0,05$) між підвищеною концентрацією фтору в сечі та анемією ($r = 0,81$) наявністю дисбактеріозу II ст. ($r = 0,83$) та в зворотній залежності з концентрацією заліза в сироватці крові $r = -0,70$, концентрацією кальцію в сироватці крові $r = 0,72$, рівнем гемоглобіну $r = 0,71$, $p < 0,05$.

Прояви дисбактеріозу III ст. у дітей до року знаходилися у зворотній корелятивній залежності із зниженою кількістю еритроцитів ($r = -0,82$), рівнем гемоглобіну ($r = -0,80$), гематокритом ($r = -0,70$), MCV ($r = -0,71$), MCH ($r = -0,70$), MHC ($r = -0,74$), на відміну від дітей контрольної групи ($r > 0,7$, $p < 0,05$).

Отримані результати являються доказом того, що підвищений рівень фтору у питній воді призводить до токсико-метаболічних порушень у дітей різного віку, які проявляються достовірним зниженням кількості еритроцитів, гемоглобіну, сироваткового заліза, кальцію сироватки крові та збільшенням заселення кишкового тракту умовно-патогенною флорою та грибами і обумовлює розвиток дисбактеріозу та анемії різного ступеню ($r > -0,7$, $p < 0,05$).

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Филонова Т.А., Суздальцева Н.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрии

Учитывая роль соединительнотканной дисплазии в формировании сердечно-сосудистых заболеваний детского возраста, с целью изучения особенностей клинических проявлений малых аномалий развития сердца (МАРС), проведен анализ динамического наблюдения 47 детей в возрасте 1 – 18 лет, состоящих на диспансерном учете в детском поликлиническом отделении больницы ЮЖД ст. Харьков с кардиомиопатиями диспластического генеза. Длительность катamnестических наблюдений у 38 % детей составила 5-10 лет, у – 43 % -- 3-5 лет. Все дети были с признаками недифференцированной соединительнотканной дисплазии I и II степени (38,7% и 47,5% соответственно). Чаще всего клиническая манифестация и установление диагноза отмечались с 2-х до 6-ти лет (57,4 % детей), что соответствует как периоду активного роста детей, так и проведению углубленных медицинских осмотров при оформлении детей в дошкольно-школьные учреждения. У $\frac{3}{4}$ части всех пациентов отмечался пролапс митрального клапана, при этом изолированный ПМК – у 21,3 % детей, ПМК в сочетании с эктопическими хордами – у 46,8 % и ПМК в сочетании с открытым овальным окном – у 4,3 %. Митральная регургитация I и I-2 степени отмечалась у $\frac{1}{5}$ части детей с ПМК. В динамике наблюдения у 5 детей отмечалось восстановление нормальной кинетики митрального клапана. У 3-х пациентов с ПМК, по мере взросления (на этапе 3 – 7 летнего наблюдения), отмечено увеличение степени пролапса и присоединение митральной регургитации, у 2-х – миксоматозная дегенерация I. По данным ЭКГ практически у всех пациентов с ПМК зарегистрированы нарушения реполяризации, желудочковая экстрасистолия – у 11,4 %, укорочение предсердно-желудочковой проводимости – у 14,5 %. Функционирующее овальное окно как вариант межпредсердного сообщения выявлен у 25,5 % детей, из них в качестве самостоятельной аномалии у 10,6 % пациентов. Закрытие овального окна в динамике наблюдения отмечено у 4-х детей в период от 2-х до 4-х лет, что можно расценить как проявление возрастной физиологии. У остальных детей при динамическом наблюдении увеличения его размеров не зарегистрировано. У 70 % наблюдаемых детей с МАРС была выявлена различная соматическая

патология в виде функциональных расстройств и хронических неспецифических воспалительных процессов желудочно-кишечного тракта, мочевой системы, хронических заболеваний ЛОР-органов.

Таким образом, МАРС у детей характеризуются вариабельностью клинического течения, что определяет необходимость динамического наблюдения для оптимизации реабилитационных мероприятий и своевременной идентификации лиц с повышенной вероятностью реализации сердечно-сосудистой патологии.

ЕКОЗАЛЕЖНА СКЛАДОВА ДИСПЛАСТИЧНИХ ОСТЕОПЕНІЙ У ДІТЕЙ ТА ЇЇ ПАТОГЕНЕТИЧНА КОРЕКЦІЯ

Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Терещенкова І.І.

Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії № 1

Остеопенія (ОП) у дитячому віці останнім часом набуває все більшої актуальності, що обумовлено багатьма чинниками, серед яких перші місця посідають: генетична детермінація, неповноцінне харчування, екологічне становище регіону тощо. Стосовно генетичної детермінації найбільш вразливою щодо розвитку ОП групою являються діти з дисплазією сполучної тканини (ДСТ), у яких цей патологічний стан діагностується у 2,5 рази частіше ніж у дітей без порушень фібрилогенезу. Окрім того, слід зазначити погіршення екологічного стану нашого регіону у порівнянні з 2005 роком, коли у Харківській області відмічалось відносно несприятливе екологічне становище, тоді як вже у червні 2014 року за показниками викиду шкідливих речовин (особливо стронцію) до атмосферного повітря у розрахунку на 1 людину, наша область посідає 8 місце серед усіх регіонів України. Ураховуючи підвищену тропність організму дитини з ДСТ до стронцію, кісткова тканина (КТ) цієї групи пацієнтів відреагувала на таке погіршення екології.

Мета дослідження: визначення патогенетичних механізмів формування остеопенічного синдрому у дітей з порушенням фібрилогенезу в сучасних екологічних умовах.

Обстежено 192 дитини 9-15 років з ДСТ, з них 107 дітей з ОП різного ступеню важкості. Оцінка мінерального профілю проводилася на підставі визначення вмісту (мікроелементів) МЕ у волоссі методом мас-спектрометрії на апараті «ElvaX».

За результатами попередніх досліджень у 92,7% дітей з ДСТ денситометричними критеріями диспластичної ОП являється

зниження трабекулярної частки КТ на тлі нормальних і/або підвищених показників мінеральної компоненти КТ. Однак, за останні 2 роки денситометричне обстеження показало, що у більш ніж 75% дітей з ДСТ ОП як важких, так і легких ступенів важкості представлена зниженням не тільки колагенової, а й мінеральної складової КТ. Після проведення корекції ОП препаратами кальцію у 72,3% дітей не відмічається позитивного терапевтичного ефекту, а у 12,3% - відмічається погіршення структурно-функціонального стану КТ за рахунок ще більшого зниження її колагенової частки, що обумовлено антагоністичною дією кальцію та магнію.

Аналіз результатів мінерального профілю дитини показав, що у 86,2% дітей з ОП та наявністю ДСТ має місце підвищення рівню стронцію на 34%, алюмінію на 22% та хрому на 21,5% на тлі достатнього або підвищеного вмісту кальцію ($p < 0,05$). У той час рівень свинцю у дітей з ДСТ майже у 2 рази нижче ніж у однолітків без порушення процесу фібрилогенезу, що насамперед обумовлено впливом стронцію на організм дитини з ДСТ.

Відомо, що негосичний стронцій являється аналогом кальцію та вбудовується в структуру КТ. У той час радіоактивний стронцій являється класичним остеотропним радіонуклідом і викликає значні порушення структурно-функціонального стану КТ. Майже 15% з усього накопиченого стронцію у волоссі обстежених дітей має радіоактивні властивості.

Наступна проблема щодо ведення цієї групи пацієнтів – адекватна лікувальна тактика ОП. Оскільки підвищене надходження кальцію знижує засвоєння та покращує елімінацію стронцію з організму дитини, «нульовий» баланс стабільного стронцію забезпечується при щоденній дозі кальцію 600-700 мг на добу. Проте слід враховувати, що у дітей з ДСТ має місце відсутність «позитивного кальцієвого балансу», тобто введення кальцію у таких дозах може призвести до розвитку гіперкальціємії, що у подальшому може сприяти відкладанню його твердої фази у сполучну тканину біля суглобів. Клінічними проявами такого стану зазвичай являються скованість, хруст суглобів та інші диспластичні симптоми. Окрім того, такі дози кальцію у дітей з ДСТ приводять до зниження рівню магнію, що насамперед впливає на діяльність серцево-судинної системи. Подальший розвиток гіпомагніємії приводить до порушення обміну колагену та підвищує тропність до стронцію.

Нами було апробована наступна терапевтична схема ОП у дітей з ДСТ. Протягом 2-х тижнів призначали препарати кальцію у вікових дозах, але не більше ніж 500 мг на 1 прийом з метою елімінації

стронцію. При підвищеному вмісті стронцію позитивний ефект відбувається при призначенні вітамінів групи С. Проте, слід пам'ятати, що їх прийом у дітей з ДСТ можливий тільки при відсутності оксалатуриї, яка у цієї групи пацієнтів виявляється практично у 80% випадків. Потім призначають колагенстабілізуючі та препарати магнію протягом 1 місяця у вікових дозах. Після чого знову на 2 тижня повторюють курс препаратів кальцію у вікових дозах.

Оптимальним контролем за впливом терапії на організм дитини з порушенням фібрилогенезу являється визначення рівню магнію у крові, оскільки денситометричні показники реагують на терапевтичну корекцію не раніше ніж через 1 місяць після її закінчення.

При обстеженні дітей з ДСТ та остеопенією на тлі підвищеного рівню стронцію після проведення терапевтичної корекції за вищезазначеною схемою встановлено, що у 92,4% дітей відмічається покращення структурно-функціонального стану КТ ($p < 0,05$). У 38,2% дітей у волоссі відбувається зменшення рівню стронцію на 35%, у 48,5% - на 25% та у 23,4% - в середньому на 15% ($p < 0,05$).

Таким чином, при веденні дітей з порушенням процесу фібрилогенезу та терапевтичної корекції різноманітних диспластичних ускладнень необхідно враховувати екологічну складову патологічних станів, що дозволить патогенетичнообгрунтовано проводити лікування та профілактику диспластикозалежних та диспластикоасоційованих захворювань, що у свою чергу покращить якість життя дитини.

ПУЛЬС – ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ

*Хайдаров Б.М., Мухитдинова З.А., Курбанов Н.М.,
Давлатов С.Т., Солиев Ш.Х.*

Таджикский государственный медицинский университет
имени Абуали ибни Сино
Кафедра детских болезней №2
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучить эффективность метода «пульс - терапии» при системных заболеваниях соединительной ткани и суставно – висцеральных формах ревматоидного артрита у детей.

Материал и методы исследования. В кардиоревматологическом отделении национального медицинского центра республики Таджикистан с 2009 по 2014 гг. находилось 12 детей в возрасте от 10 до 15 лет с системными заболеваниями соединительной ткани и

ревматоидным артритом. Они составляли основную группу. У 4 из них имела место системная красная волчанка, у 2 – галопирующее течение дерматомиозита, у 3 – ревматоидный артрит, суставно – висцеральная форма с быстро прогрессирующим течением (болезнь Стилла) и у 3 – ревматоидный артрит - субсепсис Висслера –Фанкони. Мальчиков было 5, девочек - 7. Дети поровну были разделены на 2 группы (основную и контрольную). Всем больным наряду с общеклиническими методами обследования, проводились биохимические методы исследования крови и синовиальной жидкости, а также электрокардиография, эхография печени, почек, селезёнки и рентгенография органов грудной клетки и опорно-двигательного аппарата. Состояние иммунного статуса детей оценивалось на основании результатов исследования гуморального и клеточного звеньев иммунитета крови и синовиальной жидкости.

Всем больным основной и контрольной группы назначалась комплексная базисная терапия (преднизолон, салазопрепараты, антигистаминные, неспецифические противовоспалительные и хинолиновые препараты), в 4 случаях в сочетании с цитостатиками (метотрексатом или циклоспорином – А), по показаниям - симптоматическое лечение и антибиотики. Метод «пульс - терапии» проводился только в основной группе путём одновременного внутривенного капельного введения метипреда в дозе 25 – 30 мг/кг веса (но не более 1000 мг) на 250 мл 5% раствора глюкозы ежедневно в течение 3 – 4 дней. С 3-ей или 4 - ой инъекцией вводился циклофосфамид (0,4г/м² поверхности тела) или метотрексат в возрастной дозировке. Показаниями для его назначения были крайне тяжёлое состояние больных, тяжёлое поражение внутренних органов (кардит, плевропульмонит, нефрит), центральной и/или периферической нервной системы (невриты, полирадикулоневриты, менингоэнцефалиты), высокая активность процесса, быстро прогрессирующее или галопирующее течение болезни. После окончания курса «пульс - терапии» продолжалась комплексная базисная терапия.

Результаты и их обсуждение. Тщательный анализ историй болезни детей показал, что эффективность «пульс - терапии» метипредом по сравнению с изолированной базисной терапией без таковой была достоверно выше. Об этом свидетельствовали более быстрое улучшение состояния и особенно самочувствия больных детей, снижение уровня и продолжительности гипертермии, уменьшение выраженности вегетативных нарушений, суставного синдрома, кожной симптоматики и признаков поражения внутренних

органов и нервной системы. Наряду с этим наблюдалось снижение активности данных биохимических методов исследования и улучшение показателей иммунного статуса больных.

Особенно характерным была нормализация повышенного уровня иммуноглобулинов G, M, снижение уровня циркулирующих иммунных комплексов, а также нормализация других фракций Т – лимфоцитов и увеличение сниженной активности Т – супрессоров. Видимо, нормализация активности последних способствует уменьшению превращения В - лимфоцитов в плазматические клетки, продуцирующие антитела. Это приводит к уменьшению синтеза патологических антител и снижению активности процесса.

Явных побочных эффектов метода «пульс – терапии» у детей нами не выявлено. Только у 3 больных отмечалась незначительная тенденция к артериальной гипертензии. При этом уровень артериального давления повышался до 130 – 140/80 мм рт. ст.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о значительной эффективности метода «пульс - терапии» метипредом при системных заболеваниях соединительной ткани и суставно – висцеральных формах ревматоидного артрита у детей и целесообразности более широкого его применения при этих заболеваниях.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В г.ДУШАНБЕ

Хайдарова О.Ф., Бабаева Л.А., Гафуржанова Х.А.

Таджикский государственный медицинский университет
имени Абуали ибни Сино

Кафедра пропедевтики детских болезней
Душанбе, Республика Таджикистан

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики основных параметров физического развития детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 250 детей в возрасте от рождения до года. Получены статистические характеристики массы и длины тела, окружности головы и грудной клетки в динамике за определенные временные отрезки: при рождении, поквартально, за полугодие и год. Были определены такие параметры, как возраст удвоения и утроения массы тела при рождении, «перекрест» окружности головы и грудной клетки,

зависимость темпов прироста исследуемых признаков от величины их при рождении и характера вскармливания. В исследование вошли родившиеся в срок здоровые новорожденные (по шкале Апгар 8-9 баллов), не более чем от 4-х родов.

Полученные результаты. Анализ проведенных исследований показал, что масса тела новорожденных мальчиков составляет в среднем 3384,0 гр., а девочек – 3335,0 гр. На протяжении первых 3-х месяцев жизни темпы нарастания массы тела мальчиков опережали таковые у девочек. За первый квартал масса тела, по отношению к исходной, у мальчиков увеличилась на 2644,0 гр. (в среднем ежемесячно на 880,0), а у девочек – 2278,0 гр. (по 758,0). В последующие кварталы года при общей тенденции к снижению прибавки массы тела прослеживаются некоторые особенности ее динамики. В частности, за вторую четверть она увеличилась в среднем за каждый месяц на 617,0 и 560,0 гр. соответственно. В третьем квартале ежемесячная прибавка в среднем у мальчиков составила 363,0, у девочек – 351,0 гр., а в последней четверти года - 272,0 и 287,0 гр. соответственно. Удвоение массы тела при рождении происходит у мальчиков к 4 месяцам, у девочек – между четвертым и пятым месяцами, что свидетельствует о достаточном физическом развитии детей и согласуется с результатами других авторов.

Выявленная закономерность снижения интенсивности нарастания массы тела у детей требует пристального внимания педиатров в плане проведения рационального вскармливания. Доказательством ведущей роли алиментарного фактора служат выявленные дефекты питания у подавляющего большинства исследуемых детей и заметные отклонения в темпах прироста со второй четверти года, когда особенно ошутим дефицит в грудном молоке необходимых для дальнейшего развития компонентов питания.

Расчет поквартальных и годовых приростов массы тела в зависимости от ее величины при рождении показал, что детям, имевшим при рождении меньшие показатели (до 3100,0 гр.), свойственны большие абсолютные прибавки. Первоначальная масса тела у этих детей утраивалась к 10-11 месяцам. Но, несмотря на опережающие темпы нарастания массы детей, рожденных со средними ее величинами, дети с крупной массой при рождении (4000,0 гр. и выше) к году сохраняют свое преимущество и имеют более высокие показатели. Установлена также большая интенсивность нарастания массы тела детей, находящихся на естественном вскармливании. Особенно это относится к возрасту первой четверти года жизни, что свидетельствует о преимуществах грудного молока в периоде

наибольшего морфологического и функционального несовершенства всех органов и систем ребенка.

Длина тела новорожденных оказалась почти идентичной: для мальчиков 50,6 см, девочек – 50,5 см. Данному показателю физического развития также свойственно неравномерное нарастание в течение года. Наибольшее увеличение длины тела отмечено в первые 3 месяца жизни: 9,8 см и 9,0 см соответственно. Общая прибавка длины тела за первое полугодие составила 15,8 см у мальчиков и 14,8 см у девочек, к году жизни 23,7 см и 22,5 см, т.е. показатели очень близки к общепринятым. Исходная длина тела аналогично массе оказывала влияние на динамику ее нарастания на протяжении года: поквартальный и годовой прирост был выше у детей, родившихся с ростом до 50 см, и заметно снижался при первоначально большей величине его (54 см и выше). Отмечена также зависимость темпов роста от пола – у мальчиков выше, чем у девочек. Более высокий темп нарастания длины тела наблюдается у детей, получавших грудное молоко в сравнении с теми, которые находились на смешанном или искусственном вскармливании.

Что касается следующих показателей физического развития – окружностей головы и груди, то и у мальчиков и девочек они имели плотные цифровые значения. У новорожденных они в среднем составили у мальчиков 34,5 см и 33,2 см соответственно, у девочек – 34,4 см и 33,2 см. Полученные результаты согласуются с данными других исследователей, свидетельствующими о превышении окружности головы над окружностью грудной клетки на 1,0-1,5 см. Так называемый, «перекрест» (выравнивание) размеров окружностей головы и груди, отражающий физиологическую особенность развития у всех исследуемых детей, приходится на 3-х месячный возраст у мальчиков, и к четвертому месяцу жизни - у девочек. По мере роста и развития дыхательной системы к концу первого года жизни окружность грудной клетки превышает окружность головы.

Выводы. Обобщая полученные данные о физическом развитии детей первого года жизни, проживающих в условиях г. Душанбе, можно констатировать определенные закономерности нарастания его показателей. Последние могут быть использованы в качестве нормативов в процессе динамического наблюдения участковыми педиатрами и семейными врачами за состоянием здоровья детей первого года жизни. Причем оценка уровня физического развития ребенка будет более достоверной при анализе величин антропометрического исследования в динамике.

**ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ
С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ РДНЦ
(РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР) РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Шабонов Р.З., Маджидов А.К., Бобоева Х.А., Хомитова М.А.

Таджикский государственный медицинский университет
имени Абуали ибни Сино

Кафедра пропедевтики детских болезней
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: определить частоту формирования и выявления хронической почечной недостаточности (ХПН) у детей по материалам Республиканского детского нефрологического центра, расположенного на базе Детской клинической больницы №2 г. Душанбе.

Материал и методы: Всего за год в стационаре прошли обследование и лечение 973 больных с различными заболеваниями почек. ХПН диагностирована у 28 детей, что составило 2,9% от общего числа детей с заболеваниями почек. У 18 детей отмечалась тубулярная, у 10 тотальная ХПН различной степени выраженности (использована классификация В.И. Наумовой с соавт., 1988 г).

Результаты: Среди наблюдавшихся детей с ХПН в возрасте до 3 лет было 5 (17,8%), от 4 до 7 лет - 7 (25%), от 8 до 14 лет - 16 (57,1%).

Наиболее частой причиной ХПН явились различные формы наследственных нефропатий и врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей – 12 (42,8%), мочекаменная болезнь и пиелонефрит диагностирован у 9 (32,1%), смешанная форма хронического гломерулонефрита - у 4 (14,3%), нефротическая форма хронического гломерулонефрита - у 2 (7,1%), тубулопатия - у 1 (3,6%).

Выводы: Таким образом, анализ клинических проявлений врожденных и приобретенных заболеваний почек, осложнившихся развитием ХПН, определение факторов риска её формирования у детей г. Душанбе и районов республики диктуют необходимость разработки мер по улучшению диагностики и раннему выявлению нефропатий в различных регионах. Ранняя и комплексная терапия позволит уменьшить частоту формирования ХПН у детей в Таджикистане.

РОЛЬ ПОБУТОВИХ УМОВ ПРОЖИВАННЯ У ФОРМУВАННІ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Шумна Т.Є., Мазур В.І., Кляцька Л.І., Соловійова С.В., Кравченко А.К.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра факультетської педіатрії

Дитячий організм у дошкільному віці відрізняється підвищеною чутливістю до впливу несприятливих факторів навколишнього середовища, в тому числі і побутових у місці помешкання (Сенаторова Г.С. та співавт., 2012; Посудін Ю.І., 2011). Тому метою нашого дослідження було визначення ролі побутових умов проживання у формуванні алергічних захворювань (АЗ). Після отриманої згоди батьків було проведено анкетування 140 дітей (75 хлопчиків та 65 дівчаток), віком від 1,5 до 5 років, включно). Діти, в анкетах яких були зазначені позитивні відповіді на три і більше запитань, пов'язаних з симптомами бронхіальної астми (БА) склали I групу (15 дітей); з симптомами алергічного риніту (АР) – II групу (43 дитини); атопічного дерматиту (АД) – III групу спостереження (18 дітей). Контрольну IV групу склали 64 дитини, які не мали симптомів АЗ і були здорові. Аналіз побутових умов життя показав, що переважно діти мешкали в квартирах: з I групи – у 86,67% випадків, з II – 90,7%, з III – 100%, IV – 81,25%, та все ж достовірна різниця реєструвалась між III та IV групами ($p < 0,05$). Кімнатні рослини частіше мали діти без симптомів АЗ (95,31%) проти 73,33% ($p < 0,05$) – із симптомами БА та 76,44% ($p < 0,05$) – із симптомами АР. Вироби з пуху та пір'я достовірно частіше зустрічались в помешканні у дітей без симптомів АЗ (37,5%), ніж у дітей з симптомами БА (6,67%, $p < 0,05$); з симптомами АР (13,95%, $p < 0,05$), з симптомами АД (11,11%, $p < 0,05$). В родинях дітей без симптомів АЗ, також навпаки, достовірно частіше держали домашніх тварин (59,38%), ніж у дітей з симптомами БА (26,67%) та АД (27,78%). Акваріум був присутній в приміщенні в кожній групі дітей, хоч і з різною частотою, але без достовірної різниці: I - 26,67%; II - 9,3%; III - 16,67%; IV - 23,43%. Килими в помешканні були майже в кожній родині, як у дітей з симптомами БА – 73,33%, з симптомами АР – 83,72%, з симптомами АД – 83,33%, та і в групі дітей без АЗ – 84,37%. В той же час, прибирали у кімнатах всього один раз на тиждень у 32,81% дітей без АЗ, проти 13,33% - із симптомами БА ($p > 0,05$); 16,28% - із симптомами АР ($p > 0,05$); 11,11% - із симптомами АД ($p < 0,05$). Достовірно частіше щоденно використовували засоби побутової хімії для прибирання батьки дітей з I групи (53,33%), з II групи (27,91%), з III групи (44,44%), в той час як

батьки дітей з IV групи контролю щоденно ці засоби не використовували (1,56%). За наявністю щоденного використання побутових хімічних засобів у дітей із симптомами БА, показник відносного ризику (ВР) склав 34,13, ДІ [3,70; 314,49]; із симптомами АР, ВР=17,86, ДІ [2,22; 143,65]; із симптомами АД, ВР=28,44, ДІ [3,20; 252,46]. Отже, проведення елімінаційних заходів доцільно здійснювати тільки до позитивно значимих алергенів за результатами алерготестування, а щоденне прибирання в домашніх умовах рекомендується проводити із застосуванням побутових хімічних речовин 1 - 2 рази на тиждень.

ЗМІСТ

Акинина М.Н., Елоева З.В., Черняк И.В., Гришина И.Я. <i>ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА «ЛИХОРАДОК НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА» У ДЕТЕЙ</i>	3
Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманець Т.Р., Степанова Л.С., Кондратенкова Т.В., Матвеева С.Ю., Вербицька Л.Є., Смірнова О.А., Толкач С.І. <i>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СУБЛІНГВАЛЬНОЇ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ У ПОЛІСЕНСИБІЛІЗОВАНИХ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ПОЄДНАНОЮ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ</i>	4
Артьомова Н.С., Жук Л.А. <i>ПЕРЕБІГ ФЕБРИЛЬНОЇ НЕЙТРОПЕНІЇ У ІМУНОКОМПРОМЕНТОВАНИХ ДІТЕЙ</i>	5
Бабаева Л.А., Маджидов А.К., Ходжаева Н.М., Икромов Т.Ш. <i>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ</i>	7
Банадига Н.В., Гаріян Т.В., Томашівська Т.В. <i>АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ У ДІТЕЙ - ВИКЛИК БАТЬКАМ ТА ПЕДІАТРАМ</i>	9
Беловол А.Н., Князькова И.И., Цыганков А.И., Розумович Б.Ю. <i>МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА</i>	10
Белоусова О.Ю., Каафарани А.М., Савицкая Е.В. <i>КОМОРБИДНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ</i>	12
Белоусова О.Ю., Павленко Н.В., Волошин К.В., Ганзий Е.Б., Савицкая Е.В. <i>ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЦИТОПРОТЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ</i>	13
Бобрикович О.С., Гаріджук Л.І., Сем'янчук В.Б., Чорна Н.В., Зелінська Л.М., Коновалова М.Т. <i>АНАЛИЗ ФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ</i>	14
Большот Ю.К., Бордїй Т.А., Годяцька К.К., Ульянов В.А. <i>ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ</i>	15
Большот Ю.К., Бордїй Т.А., Чабанюк О.В., Карпенко А.В. <i>СТАН МІСЦЕВОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ПОВТОРНИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ГРВІ У ДІТЕЙ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ГРВІ</i>	17
Большот Ю.К., Толстикова Е.А., Ковтуненко Р.В., Сегеда Л.С. <i>СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ГОМЕОСТАЗА У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ</i>	18

Бордий Т.А., Чергинец Л.Н., Попович В.В., Копытько Л.А., Скотарь С.А. <i>ТРАНЗИТОРНАЯ ЭРИТРОБЛАСТОПЕНИЯ В СТРУКТУРЕ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</i>	19
Борисова Т.П. <i>ДИАГНОСТИКА, МОРФОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ</i>	20
Боярский А.А., Губарь С.О. <i>АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ПАРАЗИТОЗАМ СРЕДИ ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	22
Будрейко О.А., Чумак С.О., Філіпова Н.В., Морозов О.В., Курбацька Т.П. <i>ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ</i>	23
Вялкова А.А., Гриценко В.А., Зыкова Л.С., Гордиенко Л.М. <i>ОПТИМИЗАЦИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ</i>	24
Гаріджук Л.І., Бобрикович О.С., Сем'янчук В.Б., Витвицька В.В. <i>ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНУ ПНЕВМОНІЮ НА ТЛІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ</i>	25
Давыдова А.Г., Курочкин М.Ю., Буйный И.А., Кожевников А.Б., Городкова Ю.В. <i>СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА</i>	27
Дмитряков В.А., Корниенко Г.В., Спахи О.В., Свекатун В.Н. <i>НЕКОТОРЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ</i>	29
Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Андрікевич І.І., Гумінська Г.С., Педосенко О.Б. <i>КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК У ДІТЕЙ</i>	31
Зубаренко О.В., Стоєва Т.В., Кравченко Л.Г., Копійка Г.К., Радюк Л.П. <i>АНАЛІЗ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ПАТОГЕНІВ ПРИ ПОЗАШПИТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЯХ У ДІТЕЙ - МЕШКАНЦІВ КРУПНОГО МІСТА</i>	32
Зюзіна Л.С., Мизгіна Т.І. <i>ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ З МЕТОЮ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕКУРЕНТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ</i>	34
Іванусь С.Г., Ільченко С.І. <i>ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕННЯ НИРОК У ДІТЕЙ, ЯКІ ХВОРІ НА МУКОВІСЦИДОЗ</i>	35
Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М. <i>ІМУНОКОРЕКЦІЯ ЧАСТОХВОРЮЮЧИХ ДІТЕЙ</i>	36
Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М. <i>ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ</i>	38
Іванько О.Г., Пацера М.В. <i>ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ЯК ЦЕНТР ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ</i>	40

- Иванько О.Г., Федченко А.В. *ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И СПОСОБОВ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ* 41
- Икромов Т.Ш., Асадов С.К., Ибодов Н.С., Рофиев Р.Р. *ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДВУХСТОРОННИМ НЕФРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ* 42
- Каладзе М.М., Мурадосілова Л.І. *КЛІНІКО-ЕТІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.* 44
- Каличевская М.В., Чергинец Л.Н., Корнилова Г.И. *ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ* 47
- Камарчук Л.В., Бондаренко В.А., Куш С.Г., Кварацхелия Т.М., Тараненко О.Б. *МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ФУНКЦІЯ СТРАВОХОДУ У ДІТЛІТКІВ ЗІ ШЛУНКОВОЮ ДИСПЕПСІЄЮ* 48
- Квіт Д.І., Марченко Т.З., Томків Я.В., Вівчарівська Г.З., Шайдич В.Д., Заставна Л.В., Горайська Л.М., Сакалош Л.П., Томків З.В. *СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДЕЯКИХ СИНДРОМІВ МАЛЬАБСОРБЦІЇ (ЛАКТАЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ, НЕПЕРЕНОСИМІСТЬ ГЛЮТЕНУ, ЦЕЛІАКІЯ)* 49
- Киселева Л.П., Мамалуй Н.И. *ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ХЛАМИДИЯМИ ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ* 51
- Кислова Ю.О., Яблонь О.С., Сергета Д.П., Кондратюк О.Ю., Ходасевич І.І., Муртазаєва І.М. *ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РОСТОВИХ ФАКТОРІВ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНИМ УШКОДЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ* 52
- Клименко В.А., Плахотна О.М., Яновська К.С., Карпушенко Ю.В., Морозова Г.Л. *ХАРАКТЕРИСТИКА ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В УКРАЇНІ* 53
- Клименко О.В., Таран О.М., Чучва А.В., Хотиненко О.С. *ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ-СИРІТ* 56
- Коваль А.В., Борисов А.В., Данилова В.В., Колесниченко В.В., Савченко С.С. *ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ВАРИАНТОВ АНЕСТЕЗИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ* 57
- Ковальова О.М., Кузєнков Р.В., Федосюк Р.М., Гончарова Ю.О. *ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КУЛЬТУРИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ УКРАЇНИ* 58
- Ковальова О.М., Похилько В.І., Чернявська Ю.І., Коробка О.В., Артѣмова Н.С. *ЧИ ВПЛИВАЄ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ НА РОЗВИТОК ВНУТРІШНЬОУТРОБНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА ЇХ ПЕРЕБІГ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ?* 59

Ковтуненко Р.В., Толстикова Е.А., Дорошенко В.Ф., Шевченко Л.И., Волочай В.И. <i>СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ – СИНДРОМОВ ФРИНСА И НУНАН</i>	61
Козакевич В.К., Зюзіна Л. С., Козакевич О.Б. <i>ХАРЧУВАННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОЇ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ МІСЯЦІВ ЖИТТЯ</i>	62
Козыро И.А., Рубаник Л.В., Сукало А.В. <i>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ИММУНОПОСРЕДОВАННЫХ ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ</i>	63
Козыро И.А., Рубаник Л.В., Сукало А.В. <i>КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЕРОВ АКТИВАЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОПАТИЯМИ</i>	64
Козыро И.А., Рубаник Л.В., Сукало А.В. <i>МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕДИАТОРЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВТОРИЧНЫХ ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ</i>	66
Кондратьев В.О., Сгоренко О.В., Мошик Л.Г., Забудська О.Г. <i>ВКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ</i>	68
Кондратьев В.О., Порохня Н.Г., Сушко О.М. <i>ДИАГНОСТИЧНИ ПОКАЗНИКИ ЗАПАЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЙНИМ ЕНДОКАРДИТОМ</i>	69
Кондратьев В.О., Равлінко А.А., Пінський В.Л. <i>ОСОБЛИВОСТИ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ХЛОПЧИКІВ ПІДЛІТКІВ НА ТЛІ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ</i>	71
Кондратьев В.А., Ширикина М.В., Линник В.А., Воронова Г.Л. <i>ПРОБЛЕМА ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТИТОВ У ДЕТЕЙ</i>	72
Коренев М.М., Богмат Л.Ф., Ніконова В.В., Носова О.М., Бессонова І.М., Євдокимова Т.В. <i>ЕНДОТЕЛІЙРЕГУЛЮЮЧІ ФАКТОРИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ</i>	74
Косовцова Г.В., Будрейко О.А., Нікітіна Л.Д., Юдченко О.І., Левчук Л.П. <i>УДОСКОНАЛЕННЯ ДИНАМІЧНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ З ОЖИРІННЯМ</i>	75
Костенко Т.О. <i>СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ – СІРИТ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬСЯ У ПРИЙОМНИХ СІМ'ЯХ</i>	77
Кравченко Л.Г., Лотыш Н.Г., Папинко Р.М., Рогачева Л.А., Соболева К.Б., Левицкая С.Н. <i>ЗАТЯЖНОЕ ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ: ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА</i>	80
Кузнецов С.В., Вовк Т.Г., Татаркина А.М., Копейченко Т.С., Кипаренко А.Ю., Баталичева И.И., Рожнова А.С. <i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА “ПЕКТОЛВАН Ц” В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ</i>	81

Кузнецов С.В., Губарь С.О., Жаркова Т.С., Татаркина А.Н., Головачева В.А. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</i>	83
Кузнецов С.В., Копейченко Т.С., Татаркина А.Н., Копейченко Я.И., Глебова Л.Н., Сушко Л.М. <i>КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА 6 ТИПА</i>	84
Курочкин М.Ю., Давыдова А.Г., Городкова Ю.В. <i>ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ</i>	85
Лагунова Н.В., Марчукова А.Ю. <i>ПОКАЗАТЕЛИ АДАПТАЦИОННО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА</i>	87
Леженко Г.О., Пашкова О.Е. <i>РАЦИОНАЛЬНА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ</i>	88
Ліхачова А.С., Петюнін Г.П., Каратай О.С., Казакевич І.М. <i>ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ХВОРИХ НА ВНУТРІШНЬОУТРОБНУ ПНЕВМОНІЮ</i>	89
Лысова Е.В., Савенкова Н.Д. <i>СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА, ГИПОКСИЕЙ ИНДУЦИРОВАННОГО ФАКТОРА У ДЕТЕЙ С АНЕМИЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА ДОДИАЛИЗНОЙ И ДИАЛИЗНОЙ СТАДИЯХ</i>	90
Мавропуло Т.К., Капшученко Н.С., Соколова К.Ю. <i>СТАН МОЗКОВОГО КРОВОТОКУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ</i>	93
Макеева Н.І., Марабян Р.В., Ріга О.О. <i>ДІАГНОСТИЧНІ ТА ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПОРУШЕНЬ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПАРАЛІТИЧНИМИ СИНДРОМАМИ</i>	94
Макеева Н.І., Підвальна Н.А. <i>ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ МОРФОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У ДІТЕЙ З ЄДИНОЮ НИРКОЮ</i>	96
Макеева Н.І., Цимбал В.М. <i>ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЗМУ ВІТАМІНУ-D У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТИПУ</i>	99
Мамалуй Н.І., Кисельова Л.П. <i>ЕВОЛЮЦІЯ РЕВМАТИЧНОЇ ХОРЕЇ</i>	101
Мителев Д.А., Михайлова Е.А., Цилюрик С.Н., Беспалова Я.В. Шаповалова Н.А. <i>ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ</i>	103
Михайлова Е.А., Беляева Е.Э., Будрейко Е.А., Косовцова А.В. <i>ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ</i>	104
Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Мителев Д.А., Магковская Т.Н., Кудь В.С., Исаева Е.П. <i>К ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ (НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)</i>	106

Няньковський С.Л., Сенкевич О.М. ДИНАМІКА ПОШИРЕНОСТІ СКАРГ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ХАРАКТЕРНИХ ДЛЯ ПОРУШЕННЯ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	109
Овчаренко С.С., Межирова Н.М., Данилова В.В. СИСТЕМНИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНИЙ ОТВЕТ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ ПРИ РОЖДЕНИИ	110
Одинец Ю.В., Алексеева Н.П., Бирюкова М.К. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	111
Одинец Ю.В., Алексеева Н.П., Бирюкова М.К., Яровая Е.К., Семеренко А.И., Шелест С.С. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА – ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	113
Одинец Ю.В., Васильченко Ю.В. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	115
Одинец Ю.В., Головачова В.О., Одинец П.І., Бутенко Л.Б., Осьмачко І.Є., Бойко О.М., Кузенко Л.В. ВПЛИВ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА РОЗВИТОК ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ	117
Одинец Ю.В., Казанов В.Я., Губарь С.О., Яворович В.А., Королева В.Э., Мешков А.В., Малахова В.М. СТАРТОВАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	121
Одинец Ю.В., Макеева Н.И., Яровая Е.К., Кучеренко М.В., Соколова В.А. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	123
Одинец Ю.В., Поддубная И.Н., Белоусова Л.С., Вейнгольд Т.А., Потихенская К., Болдырева Е.С. МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЗАГАДКА ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ	125
Одинец Ю.В., Поддубная И.Н., Маренич Л.П., Койда М.Л., Плаксина Е.В., Потихенская К. МАСКИ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ	126
Одинец Ю.В., Ручко А.Ф., Череднікова Т.Ю. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ПІД КОНТРОЛЕМ МЕТАБОЛІЧНОГО СТАНУ СУРФАКТАНТНОЇ СИСТЕМИ ЛЕГЕНЬ	126
Одинец Ю.В., Саратов В.Н., Чередникова Т.Ю., Костина М.Ю., Козлова Я.В., Андрущенко В.В. ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	133
Одинец Ю.В., Триндюк Ю.С., Харченко Т.В., Кучеренко М.В., Макаренко Р.И., Сивых О.М., Соколова В.А., Семеренко А.И., Юрак О.М. К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ	135

Одинец Ю.В., Яворович М.В. <i>СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ</i>	136
Одинец Ю.В., Яровая Е.К., Алексеева Н.П., Макаренко Р.И., Сивых О.М., Чумак Т.А. <i>ПРОБЛЕМЫ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ</i>	138
Павленко Н.В., Волошин К.В., Ганзий Е.Б., Слободянюк О.Л. <i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ рН-МЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ</i>	140
Павленко Н.В., Шутова Е.В., Бабаджанян Е.Н., Волошина Л.Г., Солодовниченко И.Г. <i>СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ</i>	141
Павлишин Г.А., Лучишин Н.Ю., Ковальчук Т.А. <i>РІВЕНЬ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ</i>	143
Пашкова О.Є., Леженко Г.О. <i>МІСЦЕВА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ГОСТРОГО ВІРУСНОГО ТОНЗИЛОФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ</i>	144
Прилуцкая В.А., Сапотницкий А.В., Горячко А.Н., Илькевич Н.Г. <i>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МАЛОВЕСНЫХ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ</i>	145
Редько І.І., Ліхачова А.С. <i>КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ</i>	148
Сандуляк Т.В. <i>КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НОВОНАРОДЖЕНИХ</i>	149
Сем'янчук В.Б., Гаріджук Л.І., Бобрикович О.С., Вовк З.В., Семкович Я.В., Уліцька О.І. <i>ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕНОМУ НЕЙТРОФІЛІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ</i>	153
Сенаторова Г.С., Гончарь М.О., Муратов Г.Р., Дриль І.С., Колібаєва Т.Ф., Морозова О.О., Хмара Н.В., Тихова О.І. <i>ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З ДИСМЕТАБОЛІЧНИМИ НЕФРОПАТІЯМИ</i>	154
Сенаторова Г.С., Тельнова Л.С., Дриль І.С., Колібаєва Т.Ф., Підвальна Н.А., Петренко Є.К., Забашта І.В. <i>РІВЕНЬ ПСИХІЧНОЇ НАПРУГИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ НИРОК</i>	155
Сенаторова А.С., Черненко Л.Н., Тельнова Л.Г., Башкирова Н.В. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ</i>	156
Сінчук Н.І. <i>АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ РІДКИХ, ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА</i>	158

Сиренко І.А., Марченко О.Ю., Суханова Л.А., Подопригора Н.М., Тютюнник Е.А., Худякова Е.Г., Евдокименко Е.В., Китаєнко З.А. <i>СОВРЕМЕННАЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ</i>	159
Скрипникова Я.С., Пономаренко Е.В., Радутная Е.А., Кизима Н.В. <i>ЗНАЧЕНИЕ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ШТАММОВ LACTOBACILLUS RHAMNOSUS R0011 И LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS R0052 В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ</i>	161
Сокольник С.В. <i>ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВЕ УРАЖЕННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ</i>	163
Сокольник С.О. <i>ОСОБЛИВОСТИ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВИХ ШЛУНКОВО- КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ У ДІТЕЙ</i>	165
Соляник А.В. <i>ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИИ ВИТАМИН-К ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ</i>	166
Сорокман Т.В. <i>ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ</i>	167
Степаненко Т.І., Казицька Н.М. <i>ОСОБЛИВОСТИ ГЛЮТЕНОВОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ</i>	169
Стоева Т.В., Годлевская Т.Л., Емельянова А.Ю., Ларионов А.П. <i>РЕЗИСТЕНТНОСТЬ УРОПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ В УСЛОВИЯХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ</i>	171
Сухарева Г.Э., Садовой С.В. <i>АНЕВРИЗМА АОРТЫ КАК ОДНО ИЗ ГРОЗНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА МАРФАНА</i>	172
Таран О.М., Клименко О.В., Полуциганова Л.Г. <i>СТАН ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ ДІТЕЙ ПІД ЧАС ГРВІ</i>	174
Твердохлеб Т.А. <i>СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ</i>	175
Турчина С.І., Шляхова Н.В., Косовцова Г.В., Костенко Т.П., Вародова О.В., Банніков Б.В. <i>ІМУНОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ ІЗ СУПУТНЬОЮ ЛОР-ПАТОЛОГІЄЮ</i>	177
Фастовець М.М., Калюжка О.О., Черевко І.Г., Гасюк Н.І. <i>ВПЛИВ МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ ТА НЕГАТИВНИЙ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ФОРМУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХЛОПЦІВ- ПІДЛІТКІВ</i>	178
Фесенко М.Є., Комар В.М., Зюзіна Л.С. <i>ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ФТОРИСТОГО ЗАБРУДНЕННЯ ПИТНОЇ ВОДИ</i>	181
Филонова Т.А., Суздальцева Н.А. <i>ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА</i>	182
Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Терещенкова І.І. <i>ЕКОЗАЛЕЖНА СКЛАДОВА ДИСПЛАСТИЧНИХ ОСТЕОПЕНІЙ У ДІТЕЙ ТА ЇЇ ПАТОГЕНЕТИЧНА КОРЕКЦІЯ</i>	183

- Хайдаров Б.М., Мухитдинова З.А., Курбанов Н.М., Давлатов С.Т., Солиев Ш.Х. *ПУЛЬС – ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ* 185
- Хайдарова О.Ф., Бабаева Л.А., Гафуржанова Х.А. *ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В г.ДУШАНБЕ* 187
- Шабонов Р.З., Маджидов А.К., Бобоева Х.А., Хомитова М.А. *ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ РДНЦ (РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР) РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН* 190
- Шумна Т.С., Мазур В.И., Кляцька Л.И., Соловйова С.В., Кравченко А.К. *РОЛЬ ПОБУТОВИХ УМОВ ПРОЖИВАННЯ У ФОРМУВАННІ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ* 191