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
УКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ



19-20 березня 2019 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
УКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

19-20 березня 2019 року
м. Харків

УДК: 616-053.2:616.89]-07-08

Проблемні питання діагностики та лікування дітей з соматичною патологією // Матеріали Української науково-практичної конференції лікарів-педіатрів з міжнародною участю / Під редакцією Макєєвої Н.І., Головачової В.О., Алєксєєвої Н.П., Ярової К.К. – Харків, 19-20 березня 2019 р. – 267 с.

У збірнику наведено результати наукових досліджень з актуальних проблем педіатрії.

Наукові роботи представлені в авторській редакції, оргкомітет конференції не несе відповідальність за зміст робіт.

Конференцію внесено до **Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій Міністерства охорони здоров'я України та Національної академії медичних наук України**, які проводимуться у 2019 році (під номером 52, С. 52).

©Харківський національний
медичний університет, 2019 р.

THE ANALYSIS OF SOCIAL AND HYGIENIC CONDITION OF STUDENTS OF THE 1ST COURSE OF ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

Abdurashidov A.A., Ganiev A.G.
Andijan state medical Institute, Uzbekistan

Purpose: To determine and compare indicators of social and hygienic status of the 1st year students of medical and pediatric faculty of Andizhan state medical Institute (ASMI) under the name of Y.A. Atabekov.

Materials and methods: A survey of 50 male students in the 1st year of the pediatric faculty and 50 male students of the general medicine faculty of Andizhan state medical Institute was conducted. The age of the surveyed students was in the range from 18 to 22 years.

Research result: The results of the study showed that 80% of the 1st year students of the pediatric faculty and 92% of the 1st year students of the medical faculty of the ASMI rated their health as good. It should be noted that 15% of the 1st year students of the medical faculty of the ASMI consider themselves ill, while not observed at the doctor and, as a consequence, do not receive treatment, while among the students of the 1st year of the pediatric faculty, this figure is – 8-10%. Concerned about the fact that 14% of students of 1 course of medical faculty dismissive about their health, have frequent complaints of feeling unwell. Among the 1st year students of the pediatric faculty of the ASMI, this figure is 8%. It should be noted that 42-47% of students of the medical faculty and pediatric faculty believe that the criteria for a healthy lifestyle are: the absence of bad habits and health monitoring. The majority of students (80%) believe that rational nutrition is an integral part of a healthy lifestyle. It should be noted that among the 1st year students of the medical faculty of the ASMI was only 5% of smokers, while among the 1st year students of the pediatric faculty of the ASMI this figure is - 18%. When determining the attitude to physical activity it turned out that among the 1st year students of the medical faculty 82% are physically active individuals, while 16% of students showed no interest in physical education and sports. Among the 1st year students of the pediatric faculty there is a much greater interest in a physically active lifestyle - about 96%.

Summary: The results of the study of social and hygienic status revealed that the majority of students of the general medicine faculty and the pediatric faculty lead a healthy lifestyle and, as a consequence, have good health. Comparing the attitude to the physically active way of life, it should be noted that the 1st year students of the pediatric faculty are more interested in physical education and sports than the 1st year students of the

general medicine faculty. The tendency to smoke among the 1st year students of the general medicine faculty was 4 times less than among the 1st year students of the pediatric faculty of the ASMI. The majority of students from among all survey participants believe that a balanced diet is an essential part of a healthy lifestyle.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF URINARY CD40 AND SDF-1 IN CHILDREN WITH ACUTE GLOMERULONEPHRITIS

Ciuntu A., Bernic J., Gudumac V.
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Department of Pediatrics,
Research Institute of Mother and Child Health Care,
Chisinau, Republic of Moldova

Introduction. Among the signaling molecules involved in the development of immune reactions and inflammation processes, an important place belongs to CD40-CD40 receptor system, legend (CD40-CD40L). Manifestation of CD40 and / or CD40L has been detected in lymphocytes, monocytes, platelets, endothelial and smooth muscle cells, fibroblasts, adipocytes and other cell types. Stromal cell-derived factor 1 (SDF-1), also known as a CXC chemokine motif, ligand 12 (CXCL12), is a ubiquitously expressed chemokine in many tissues and cell types, including kidneys, being induced by several pro-inflammatory stimuli such as lipopolysaccharides, TNF-α and IL-1.

Objectives. Assessment of CD40 and SDF-1 urinary concentration changes in children with acute glomerulonephritis at various clinical and evolution stages of pathologies.

Material and methods. The study was performed on a batch of 60 children with acute glomerulonephritis, including 20 children with acute glomerulonephritis (AGN), 25 children with steroid-sensitive nephrotic syndrome (SSNS) and 15 children with steroid-resistant nephrotic syndrome (SRNS). The control group consisted of 20 healthy children. Assessment of urinary concentration of CD-40 and SDF-1 was performed by using PeproTech (USA) ELISA sandwich kits according to the manufacturer's protocols.

Results. According to the study results, during the onset, there was a marked increase of CD-40 urine level, which exceeded by 3,3-2,4 times the values recorded in the control group, in SSNS and SRNS. During the remission period the partial restoration of the given index was registered, which demonstrated the persistence of the renal pathological process.

Data from the study revealed that SDF-1 levels in urine increased by 4,5-4,2 times in SSNS and SRNS versus in the control group. In AGN nephritic syndrome, the duration of clinical manifestations, the SDF-1 level in urine practically did not change, while during remission the SDF-1 level increased by 1,7 versus control group values.

Conclusions. Assessment of CD40 and SDF-1 urinary concentration level is an important non-invasive marker for the assessment of renal injury, renal activity, diagnostic differentiation of different variants of glomerulonephritis in children.

TNF-α LEVEL IN URINE OF CHILDREN WITH GLOMERULONEPHRITIS

Ciuntu A., Bernic J., Gudumac E.
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Department of Pediatrics,
Research Institute of Mother and Child Health Care,
Chisinau, Republic of Moldova

Introduction. The tumor necrosis factor alpha (TNF-α), or cachectin is a cell signaling molecule involved in the inflammatory processes, being considered one of the acute phases of inflammatory cytokines. It is mainly produced by activating macrophages and many other types of cells, such as neutrophilic leukocytes, eosinophils, lymphocytes. TNF-α is an endogenous pyrogen that induces fever, apoptosis, cachexia; inhibits tumorigenesis and viral replication; and mediates the response to sepsis, and is also involved in the pathogenesis of glomerulonephritis.

Objectives.Assessment of urinary concentration of TNF-α in children with glomerulonephritis at different clinical-evolutionary stages of the disease.

Material and methods. The study included a batch of 70 children with primary glomerulonephritis including 20 children with acute glomerulonephritis (AGN) nephritic syndrome, 25 children with steroid-sensitive nephrotic syndrome (SSNS), 15 children with steroid-resistant nephrotic syndrome (SRNS), and 10 children with chronic glomerulonephritis (CGN) nephrotic form. The control group was composed of 20 healthy children. Assessment of urinary concentration of TNF-α was performed by using PeproTech (USA) ELISA sandwich kits according to the manufacturer's protocols.

Results. The study results showed that the level of TNF-α in the urine significantly increased in SRNS onset time, in comparison to SSNS. Thus, the level of TNF-α in urine increased by 4,1 in SRNS and SSNS by

2,9 times compared to the control group. The level of TNF-α in urine during remission, although slightly decreased, remained at raising values in both patient groups. In the nephrotic form of CGN, the accelerating period also recorded elevated TNF-α levels exceeding almost 2 times the control group. During the remission period the given index decreases, being 33,6% lower than the values of the control group, but without statistical significance.

Conclusions. Assessment of the urinary concentration of TNF-α is a non-invasive predictive index for assessing disease activity, monitoring disease progression, and determining the efficacy of treatment in children with glomerulonephritis.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF HEMOLYTIC UREMIC SYNDROME IN CHILDREN

Ciuntu A., Bernic V., Gavriluţa V., Postolachi S., Gruzinschi A., Beneş S.
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Department of Pediatrics,
Research Institute of Mother and Child Health Care,
Chisinau, Republic of Moldova

Background. Haemolytic uraemic syndrome is a rare medical condition, however it is one of the main causes of acute kidney injury in infants and young children. Classically, hemolytic uremic syndrome is manifested by the triad: non-immune microangiopathic hemolytic anemia, thrombocytopenia and a high percentage of acute kidney injury. 2/3 of affected children require, but this rate is in a continuous growth.

Aim. To evaluate the clinical and paraclinical profile in the detection of hemolytic uremic syndrome by presenting a clinical case with severe onset.

Material and methods. The 6-year-old patient from the urban area is hospitalized in the emergency department, with diffuse, intermittent, colicative abdominal pain, nausea, loss of appetite, semi-fluid stools with blood strips and fresh blood, general weakness, and apathy. The onset of the symptoms was 4-5 days earlier, presenting a continuous deterioration of health condition.

The general clinical examination highlighted a cooperative child, conscious, with pale skin and perioral cyanosis. The abdomen was moderately bloated, tender to palpation, predominantly in the mesogastric region and bilateral in the flanks, with the muscular defense reaction in all abdominal regions, and signs of peritoneum involvement.

Continuous exacerbation of the child's general condition and the presence of conclusive clinical and paraclinical signs of acute peritonitis

was a indication for exploratory laparotomy with orotracheal anesthesia. In moment of intervention was removed 300 ml of ascitic liquid distributed throughout the peritoneal cavity, slightly dilated intestinal loops, thickened walls, single false membranes between intestines, hemorrhagic sigmoiditis, reactive hyperplasia of the appendicular lymphoid follicles; appendectomy was performed.

Postoperatively, the conservative treatment continued with diuretics, analgesics, gastric anti-secretory drugs, hydroelectrolytic balance with anti-hypoxants. However the patient presented a continuous deterioration of the general condition, with abdominal pain, arterial hypertension, edema, disturbance of consciousness to coma I-II, tonic convulsions, marked gastrointestinal paresis, oligoanuria at <0.3 ml / kg / h for 24 hours.

Results. Hb - 63 g/l, RBCs- 2,7 x 10^{12}/ l, WBC- 18,7 x 10^{9}/l, ESR- 5 mm/h, PLT- 40 x 10^{9}/l, BUN – 41,7 mmol/l, creatinine - 470 μmol/l, potassium – 5,2 mmol / l, sodium - 128 mmol /l, calcium -2,08 mmol/l, AST - 164 U/l, amylase - 294 U/l, LDH - 3200 u/l, metabolic acidosis, fibrinogen- 1,55 g / l, prothrombin index – 94,3%, blood clotting time – 3,45-4,05 min.

The ultrasound examination showed abdominal fluid collections; enlarged kidney> + 2 SDS, with normal renal contour and increased echogenicity.

Was required renal replacement therapy - 3 discrete plasmapheresis operations and 7 sessions of intermittent hemodialysis were performed to restore the renal function. The child presented clinical and paraclinical improvement and restoration of diuresis. Paraclinical Hb - 131 g / l, RBCs – 4,2 x 10^{12} / l, WBC- 6,0 x 10^{9} / l, ESR- 5 mm / h, PLT- 218 x 10^{9} / l, BUN- 9,4 mmol / l, creatinine - 104 μmol / l, potassium – 4,84 mmol / l, sodium - 142 mmol / l, calcium – 2,08 mmol / l, ALT – 20,2U/ l, AST – 25,2 U / l, amylase - 65 U / l, fibrinogen – 2,2 g / l, prothrombin after Quik – 94,3%, INR – 1,09, blood clotting time – 4,00-4,40 min. Urinalysis - proteinuria up to 1g / l.

The Medical Consilium rule to establish the clinical diagnosis of hemolytic uremic syndrome. Acute kidney injury, stage III. Anemia of mixed etiology, type III. Exudative ascites. Hemorrhagic sigmoiditis. Appendix lymphoid-follicular hyperplasia. Condition after appendectomy. The patient was assessed, through renal function monitoring, by the nephrologist, after that a supportive and nephroprotective treatment was followed.

Conclusions. Hemolytic uremic syndrome is a rare disease, with acute impairment which occurs predominantly in children less than 6 years of age.This syndrome can often be associated with severe evolution which

involve the central nervous system, the digestive system, making it difficult both for differential diagnosis and for medical management.

This case illustrates three important issues: 1. combination of gastrointestinal manifestations with acute surgical abdomen; 2. neurological manifestations with potential deterioration; 3. many treatments have been tested in hemolytic-uremic syndrome, but the supportive and nephroprotective treatments are the most efficient.

ACUTE POSTSTREPTOCOCCAL GLOMERULONEPHRITIS IN A PATIENT WITH CONGENITAL ANOMALIES OF THE KIDNEY AND URINARY TRACT

Ciuntu A., Gavriluța V., Bernic J., Gruzinschi A., Beneș S.
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Department of Pediatrics,
Research Institute of Mother and Child Health Care,
Chisinau, Republic of Moldova

Background. Congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT) are the principal cause of chronic kidney disease. Acute poststreptococcal glomerulonephritis (PSGN) is a common cause of acute nephritis in children between 5 to 12 years of old, with clinical presentation of nephritic syndrome characterized by edema, hematuria, arterial hypertension and oligoanuria. There are few reports on CAKUT patients with poststreptococcal glomerulonephritis.

Aim. Case-report on CAKUT patient with poststreptococcal glomerulonephritis.

Materials and methods. A 8 years old boy presented to emergency department with 2-day history of progressive periorbital puffiness and edema in lower limbs, associated with tea-colored, smoky urine, and decreased output of urine. He has a history of pharyngitis 12-days before. Also, the child has a history of complex congenital renourinary marformation. Hipoplasia of the left kidney. Pelvic ectopia of the right kidney.Chronic pyelonephritis with recurrent evolution. The clinical diagnosis was confirmed by intravenous urography. Without urologic substrate on voiding cystourethrography.

On admission, his general condition was poor because of periorbital and pretibial edema, elevated blood pressure - 155/95 mmHg. The rest of the examinations including heart, lungs and abdomen were normal.

During his hospital stay his condition deteriorated with an marked increase of edema, pleuresy and persistance of oliguria inspite of diuretic treatment. The child appeared toxic, with persistent nausea and vomiting.

Results. Hb – 116 g/l, RBCs – 3,7 x 10^{12}/l, WBC – 9,6 x 10^{9}/l, ESR – 26 mm/h, PLT – 280 x 10^{9}/l. Total protein – 74,2 g/l, BUN – 18,9 mmol/l, creatinine – 356 μmol/l, potassium – 5,9 mmol/l, sodium – 131 mmol/l, calcium – 2,2 mmol/l. We noted serological evidence of recent streptococcal infection (positive antistreptolysin-O (ASO) titres, positiv throat swab for Group A streptococcus), decreased levels of the complement proteins C3. Urinalysis show macrohematuria, granular and hyaline casts, proteinuria - 2,8 g/l.

Ultrasound examination revealed normal sized right kidney (88 x 32 mm) in the pelvic area, laterally of the bladder, malrotated, with corticomedullary thickening, right pelvis – 3mm; smaller left kidney – 48 x 23 mm, with decreased parenchymal thickness – 7 mm, left pelvis – 2 mm.

The patient was started initially on complex therapy with antibiotic, diuretics, antihypertensive agents. Despite the prompt treatment, the presence of uremic symptoms, refractory hypertension, and sustained oliguria – diuresis-0,22 ml/kg/h >24 hours required acute renal replacement therapy. Two sessions of intermittent hemodyalisis was performed, with progressive recovery of renal function, diuresis - 3,8 ml/kg/h; BUN – 6,3 mmol/l, creatinine – 98 μmol/l, potassium – 5,0 mmol/l, sodium – 148 mmol/l. Urinalysis – up to 45- 50 RBC/HPF, proteinuria up to 0,38 g/l.

The clinical diagnosis: Acute poststreptococcal glomerulonephritis, nephritic syndrome. Acute kidney injury, stage 3. CAKUT. Left renal hypoplasia, right renal pelvic ectopia. Chronic pyelonephritis with recurrent evolution. Mild iron-deficiency anemia. Exsudative pleurisy.

The nephrologist continue the follow-up of renal function in this case, because of CAKUT.

Conclusions. This case-report emphasize the course of PSGN with acute renal injury on underlying CAKUT. Poststreptococcal glomerulonephritis in children is generally benign disease with low mortality in acute stage and excellent medium and long-term prognosis. However, in context of present CAKUT this patient need individualized follow-up.

PATIENT WITH CHRONIC LUNG PATHOLOGY

Nataliia Makieieva, Maryna Biriukova, Natalia Alekseeva, Yulii Vasylchenko, Valeriia Malakhova, Valentyn Tsymbal
Kharkiv National Medical University
Department of Pediatrics #2

Children's Interstitial Lung Disease (chILD) includes a heterogeneous group of respiratory disorders that are mostly chronic and

associated with high morbidity and mortality (around 15%). These disorders are characterized by inflammatory and fibrotic changes that affect alveolar walls. ChILD is rare and relatively poorly understood.We present a case from our practice as an example of such a rare disease.

Our patient is a 10 years old boy. The child is observed in our clinic for 2 years. The boy was born from the first physiological pregnancy. Delivery was in gestational age of 39 weeks with body weight of 3850 g. Neonatal period was uneventful. Family history is without features.The child has no allergic reactions. Vaccination is according to national immunization program. During the first 8 years of life the child suffered the following diseases: ARI are 6-8times per year, community-acquired right-sided focal pneumonia at age of 2 years 9 mo, scarlet fever at age of 3, chicken pox at age of 6.

He was hospitalized in our clinic first time at the age of 8. Complaints on admission were cough, shortness of breath, fever, weakness. Based on clinical, laboratory and radiological data he was diagnosed with community-acquired bilateral lobar pneumonia complicated by exudative pleurisy. The condition of the child had been remaining severe for a long time. He had been in the emergency department for 14 days. Therapy included systemic broad–spectrum antibiotics, intravenous immunoglobulins, oxygen support. Poor response to treatment and early pulmonary fibrosis formation required an expansion of the examination program. In the CBC test, we observed an increase in the ESR only. We tried to identify the causative infectious agent. However, the results of the tests for viral infections such as Epstein Barr virus, Cytomegalovirus, Herpes type 6, Mycoplasma pneumonia, Chlamydia pneumonia, viral hepatitis markers and human immunodeficiency virus were negative.We obtained a sterile result of blood and bronchoalveolar lavage cultures. Candida and Streptococcus Pneumonia were excreted from sputum with the average bacterial load in samples. Following diseases as tuberculosis, immunodeficiency, allergic diseases, alpha-1-antitrypsin deficiency, fungal diseases were excluded. Immune-related disorders were excluded on the based negative results of Anti-dsDNA, Anti-ssDNA, RF. Sweat chloride test was conducted 3 times. All results were negative.

We continue to observe the child after suffering pneumonia. The current state of the child remains unstable. Child has growth retardation (10-25th percentile), but weight is normal (75-90th percentile). Dyspnea of mixed nature present, aggravated by physical exertion. Oxygen saturation on room air is 94-96%. Desaturation occurs during exercise. Exercise intolerance is noted. Periodically dry cough presents. Chest deformation (flattening of the right half with a lag in the act of breathing) is noted. Auscultation reveals

dry crackles that sound like Velcro being pulled apart. Chest Radiography reveals deformation, increased and hardening of lung pattern in the basal-medial area. Areas of fibrosis present along the contour of the median shadow. CT reveals multiple areas of fibrosis in the right lung with decrease in the volume of the right lung. Organs of the right mediastinum are shifted to the right side. Multiple cylindrical bronchiectasis of the right lung present. The mosaic density of the left lung parenchyma is noted. In the S5 and S8 parenchyma, areas of linear fibrosis are marked. Pulmonary function test: FVC - 53%, FEV1 – 62%, PEF – 55%. Echocardiography is within normal. When conducting bronchoscopy revealed diffuse purulent endobronchitis. No anatomical abnormalities were found.

Based on the above, the final diagnosis is Children's Interstitial Lung Disease due to Postinfectious Processes. The treatment includes general measures (administration of oxygen, maintenance of nutrition with an adequate energy intake, aggressive treatment of intercurrent infections, strict avoidance of tobacco smoke and other air pollutants) and pharmacological therapy (Methylprednisolone, Cyclophosphamide, Calcium and Magnesium medication).

The condition of the child deteriorates over time. There are frequent infections of the lower respiratory tract, which contributes to the progression of the disease.

In conclusion, the problem of chILD requires further study in order to determine more accurate diagnostic methods and treatment issues. Novel, mostly rare, disease entities are increasingly diagnosed in pediatric patients. Pneumologists should be prepared to diagnose and treat the patients with chILD. Currently there is a strong need for international collaboration which will help reduce the still considerable morbidity and mortality in children with chILD.

PECULIAR PROPERTIES OF SALMONELLOSIS INFECTION IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES

Mullajanova K.A., Tuhtanazarova N.S., Aripova J.N., Bayhanova N.T., Solomonnik O.N.
Andijan state medical Institute, Uzbekistan

High incidence of salmonellosis infection in children of the first years of life. According to the materials of the regional clinical infectious diseases hospital of Andijan, the share of salmonellosis is 4.8-7.4 % (on average 5.7%) of all patients discharged from the intestinal departments of the hospital for 2011-2015 .

Purpose of research. Peculiar properties of salmonellosis infection in children of different ages.

Materials and methods of research. We have analyzed 271 history of the children of the Salmonella infection. The diagnosis of salmonellosis in these patients was confirmed bacteriologically in 55 %, bacteriologically and serologically – 45% of the time. The etiological structure of salmonellosis was varied. The most frequently distinguished Salmonella group B-typhi murium. (90%). By age, patients were distributed as follows: up to 6 months - 37 people (13.6%), 6-12 months-61 people (22.5%), 1-3 years 127 people(46.9%),older than 3 years-46 people(17.0%).

Results and discussion. The incidence of children under 1 year was 1.8% of the number of children of this age, the lowest-among children over 3 years (0.08%). The highest incidence was among unorganized children (2%) and the lowest among schoolchildren (0.02%). Among unorganized children, children aged 6-12 months were more often ill-35.6%, children under 3 years were 83% of the number of hospitalized. In the first 3 days of the disease was admitted to the hospital 56.3%, 3-5 day -13.6%, later 5-20 days-29.8% of hospitalized children.

The majority of patients had a gastrointestinal form of salmonellosis (94.8%), other clinical forms were rare. Septic form (1.5 percent) was observed mainly in children of early age with poor premorbid background, she was the type of septicemia and septicopyemia. Mortality and asymptomatic forms (37%) were more common in children over 3 years of age.

Gastroenteric and gastroenterocolitic forms of the disease were observed in 34% of children, mainly at the age of 1-3 years (51.7%). Enteric form was prevalent in all age groups, but more in children 6-12 years (30%). Enterocolitic and lytic forms were diagnosed with distinct symptoms of distal colitis after careful bacteriological and serological studies excluded acute dysentery. These forms were found in 32.3% of children, more often at the age of 1-3 years (51.8%).

Gastric form was registered in 2.7% and only in children over 3 years.

Disease in all age groups proceeded mainly in medium to heavy form (60,5% of all patients), more often this form is observed in children aged 1-3 years (67.8 per cent); heavy and light forms of the disease were found more rarely, respectively 22,1% 17,3%. About 50% of patients with mild forms of the disease were older than 3 years. The average bed-day was 23.3, and by age groups it was as follows: up to 6 months – 26.6; 6-12

Summary. 1. Patients with salmonellosis, according to the Andijan regional clinical infectious diseases hospital are 5.7% of patients with intestinal departments.

2. The disease was predominantly moderate (60.5%), somewhat more common in children aged 1 to 3 years (67.8%). Severe course was in 22.1% of patients in children 6-12 months.-32,8%; mild form is registered in 17,3%; and in children over 3 years-in 50% of cases.

3. In children under the age of 1 year there is a pronounced tendency to long-term course of the disease.

MARKERS OF OXIDATIVE STRESS IN LABORATORY MONITORING OF PATIENTS WITH CORALLIFORM LITHIASIS AND CALCULAR PYELONEPHRITIS

Rotaru Liliana
The State Uneversity of Medicine and Pharmacy Nicolae Testemițanu
Department of Laboratory medicine
The Republic of Moldova

Introduction. Coralliform lithiasis (CL) is defined by the presence of renal concretions. CL is a particular form of urinary lithiasis, distinguished by the form of concrete and therapeutic management. This form of lithiasis is a serious pathology that occupies one of the first places in the surgical pathologies of renal urinary apparatus.

An important role in the formation of calculi as an etiopathogenetic point is chronic pyelonephritis. In the presence of calculi in 92% of cases (100% in coralliform lithiasis) are permanently worened by accompanied by pyelonephritis.

Aim of the study. The study aims to evaluate Oxidative Stress in patients with coralliform lithiasis and chronic calculus pyelonephritis, illustreted by plasma levels of superoxide dismutase (SOD) glutathione peroxidase (GPO), reactive oxygen metabolites (ROM), advanced glycation end products (AGE), advanced oxidation protein products (AOPP) and total antioxidant capability (TAC), total antioxidant capacity (TA) and average activity of antioxidant substances (A).

Material and methods. The research was carried on 238 patients with coraliform lithiasis and chronic calculus pyelonephritis.

The patients, with renal calculi were divided into two sub-classes (A, B). Sublot A included patients with (119 cases) coraliform nephrolithiasis sublot B patients with calculus pyelonephritis (119 cases), and subtype C, healthy subjects (40 cases). Serum levels of SOD, GPO, ROM, AGE, AOPP, and antioxidant capacity assessed by TAC, TA, and A during and

after treatment (removal of surgical calculi), were evaluated. Data were compared with those obtained in 40 healthy subjects (control batch).

Results. The levels of SOD, GPO, ROM, AGE increased in patients with coralliform nephrolithiasis (SOD 1,401.99-1,800.59 u/c, ROM-15.70-18.89 u / c, AGE 1.459.08-1.165.15mg / ml, AOPP 169.31-180.20μm / L) as well as TAC levels 62.85-59.07 nm / s, TA (46.06-51.54 u / c, A 20.40-22.75u / c) and calcular pyelonephritis (SOD 1.167.16-1.032.16 u / c, ROM-11.93-18.03 u / c, AGE 700.35-1.065.39 mg / ml, PPOA 119.35-142.20μm / l) as well as TAC levels 42.28-44.73 nm / s, TA (44.88-50.97 u / c, A 18.84 -19.91 u / c), compared to the control group (SOD 1.026-826.98u / c, GPO-3.73-4.76μm / l, ROM-5.96-9.44u / c, AGE 312.08-678.28mg / ml, PPOA 30.31 -67.37 μm / l) as well as TAC levels 13.78-22.84 nm / s, TA (25.87-34.87 u / c, A10.34-14.08 u / c

Conclusions. The levels of SOD, ROM, AGE, AOPP in patients with coralliform nephrolithiasis are more pronounced compared to patients with calculus pyelonephritis. The increase in SOD, ROM, AGE levels correlates directly with age. In patients with GPO-2.71-2.79 μm / l coralliform nephrolithiasis and calculus pyelonephritis (GPO -2.89-3.11 μm / l), there is an insignificant decrease in GPO of 3.73-4.76 μm / l compared to the control group.

RISK FACTORS-MARKER TO INFANTS WITH MATERNAL-FETAL HERPES INFECTION

Turcanu Tamara[1], Andries Lucia[1], Panu Valentina[2], Turcanu Ana[3]
[1]State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu
[2]Children's Hospital “Valentin Ignatenco”
[3]Institute for Maternal and Child Healthcare
Republic of Moldova

Maternal-fetal (MF) herpetic infection is a public health problem, with an evolving persistent or latent and early or late consequences for infants. MF herpes infections can be transmitted from mother to child during: prenatal, intranatal and postnatal period.

Aim: to present a clinical case of MF herpetic infection, 2 infants, twins who had antenatal and postnatal risk factors for MF herpes infection.

Methods: Anamnesis: two infants from the fourth pregnancy, childbirth third (III task stagnant), kind of woman, by age 2 months, duplex, born at 40 weeks, birth weight 1600g, born naturally, from a mother who has not screened for TORCH infections before and during pregnancy. Emergency hospitalized in serious condition with: cough, stuffy nose, loss of appetite, abdominal cramping. Objective: serious state, drowsiness, pale,

mottled skin with patterns, perioral cyanosis, anterior fontanelle 5,0cm x 5,4cm, not pulsating. Semi productive cough, chest indrawing, tachypnea- 50 breaths/ minute. Auscultation- rough breathing, rales not charged. Weakened heart sounds, systolic murmur at the apex and Botchin point. Slightly bloated abdomen, enlarged liver in size. Paraclinically: 3200g body mass, ALT 351.4 IU/L, AST 185.9 IU/L, hemoglobin 90.0 g/l, lymphocytes 74x109/l, BSR- 12mm/h.Electrocardiogram: sinus rhythm, tachycardia. Chest X-ray: bilateral bronchopneumonia medial basal (S 2, S 3, S 5/S 4, S10),CTI-0.52.USG:ultrasonographic signs of hepatosplenomegaly. Ventricolomegaly, increased pulsing of brain vein. ECO doopler heart: moderate valvular stenosis of the pulmonary artery, pulmonary failure I, persistent foramen ovale- 3.8 mm. Insignificant hypertrophied of right ventricle. Pump function in normal limits. Failure of tricupspide and pulmonare valve I.

Results:Infants had the following antenatal risk factors- stagnant pregnancy, intrauterine growth restriction and postnatal- nutritional index on percentile <3%, hight level of ALT/AST, ventriculomegaly, cardiac and pulmonary disease.

Conclusions: Assessing antenatal, intranatal and postnatal risk factors allows suspects maternal fetal infection with subsequent investigation, early diagnosis and possible therapeutic interventions.

USING OF A TEST OF INTESTINAL INFLAMMATION MARKERS FOR SCREENING CHILDREN WITH BOWEL PATHOLOGY

Voloshyn K.[1], Pavlenko N.[2], Slobodianiuk O.[2], Augustine Borbor Conteh[1]
[1]V.N. Karazin Kharkiv National University
Department of pediatrics #2
[2]Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
Department of pediatric gastroenterology and nutritiology

Background: The improvement of screening diagnostic of inflammatory bowel diseases (IBD) by determination of fecal inflammation markers in children.

Materials and methods. We have studied and analyzed the results of fecal calprotectin and lactoferrin determination by cito-test in 60 patients 9-18 years old with complaints and clinical presentations typical to IBD including episodes of hemocolitis during last 30 days. Large intestine endoscopy has been carried out for all the children.

All patients were divided into 2 groups. First group - patients with negative fecal calprotectin and lactoferrin (n=21; 35%), second group - children with positive fecal calprotectin and lactoferrin (n=39; 65%).

The results of the research. The average age of the patients was 15,6 years. In first group endoscopy showed bowel mucosa without any destructive changes in 20 patients (95,2%); 1 patient had erosions in rectum. Patients of the second group had erosions or ulcers of bowel mucosa in 35 cases (89,7%).

Conclusions: determination of fecal calprotectin and lactoferrin as a screening method in children with complaints typical for IBD is highly informative and can be used as noninvasive method to select patients to colonoscopy.

PROSTAGLANDINS AS PROGNOSTIC CRITERIA FOR THE FORMATION OF COURSE OF BACTERIAL INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN

Zharkova T.S.[1], Kusnezov S.V.[1], Gubar S.O.[2], Kolesnyk Y.V.[1]
Kharkiv National Medical Universitet
[1]Department of Pediatric Infectious Diseases
[2]Department of Pediatrics #2

Certainly, that clinical sings of any disease, including intestinal infections (II), is determined by the reaction of mediators of inflammation, particular – interleukins and prostaglandins (PG). The PG are able to disturbs the dynamic balance of antioxidant activity of lipids and antioxidant system of macroorganism, change a peristalsis to the intestinal, vascular tone. These disturbances provide to the intracellular invasion of bacteria, depress the function of lymphocytes, which influences on development of pathological process in bowels and manifestation of clinical symptoms of illness. The overconcentrations of PG are factor of forming of hyperthermia, anorexia, microcirculatory disorders and activate of adenylatecyclas in the tissues of gastrointestinal tract. That has important value to development of secretory diarrhea in patients with acute intestinal infections. However there are only single scientific works to the study of PG in forming of clinical variant of II in children.

Aim of work: to set the value of prostaglandin E (PGE) and prostaglandin F2α (PGF2α) in forming of clinical variant of intestinal infections in children of early age.

Materials and methods. We observed 198 children of aged one month - three years with II, of which 131 - the smooth-like (SL) and 67 - wavy-like (WL) course of the disease. From them (98 children with shigellosis, 67- salmonellosis, 33 – esherihiosis). The 25 healthy children were control group.

All patients determined the levels of PGE and PGF2α in the serum of blood, on the first - third day after onset of the disease, then on sixth - eighth day and in case of WL of II additionally on 12 - 14 day. Content of prostaglandins of serum of blood was investigated by Elisa test.

Results and discussions. Patients come to the hospital on the first - third day after onset of the disease. According general conditions in the state of middle form 92(46,5%) children - and severity – 106 (53,5%). The basic clinical sings of illness were symptoms of intoxication (198–100% children) dysfunctions of gastrointestinal tract like: gastroenterocolitis (159-80,3%), gastroenteritis (21-10,6%), enterocolitis (18 - 9,1 %).

We found that all patients with II had increased levels of PGE and PGF2α in serum during disease that matches of activity inflammatory reaction of organism.

In an acute period of illness in patients with WL II the level of PGE (211,93 ± 6,86) of blood is considerably higher and PGF2α (65,69 ± 2,07 pkg/ml) - below, than for children with SL course (PGE 206,38 ± 4,79 pkg/ml, PGF2α 74,73 ± 3,74 pkg/ml). We consider that levels of PGE and PGF2α of blood can be used as criteria of prognostications course of the illness on the early stage of the disease. In our opinion, exactly high level of PGE in a acute period of patients with WL bacterial intestinal infections and weak activating of PGF2α in blood is cause of development of more expressive inflammatory reaction in intestinal. This fact was confirmed by changes in caprological investigated.

On the sixth - eighth day of the treatment we registered decline of levels of PGE and increase - PGF2α in the serum of blood for all patients, but for patients from SL was lowest level of PGE ($p<0,05$) and highest level of PGF2α ($p<0,05$) in comparison with WL course of intestinal infections. In our opinion, this fact shows to unfinished inflammatory reaction in the organism of children, this is impotent for stages rehabilitation and clinical supervision of convalescents.

At the period of early convalescent on 12 - 14 day of the diseases the levels of prostaglandins in patients with WL II were approached to the level of patients with SL course of the II, but the time difference is 5 - 7 days.

Conclusions

1. In the acute period of bacterial intestinal infections the levels of prostaglandins E and F2α in blood of patients were increase, that conform the active phase of the system inflammatory reaction of child's organism.

2. Determination of concentrate of prostaglandins in blood of patients with intestinal infections at the early stages and at the course of illness allows forecasting the variant of course of disease for the children of

early age. That will allow prescribing therapeutic tactics of patients more objectively.

3. The high levels of prostaglandins of serum in the convalescent period show to the unfinished inflammatory reaction in the organism of children. This fact, in our opinion, we mast consider on the stages of further rehabilitation and clinical supervision of convalescents.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БРОНХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Абдулалиев А., Икромов Т.Ш., Сафархонов Х.М., Ахмедов О.Ш., Боджалолов Дж.Ф.

Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицинской техники на сегодняшний день бронхография и бронхоскопия являются самым информативными методами диагностики бронхоэктатической болезни [1,2,4]. Бронхоскопия проводится как с лечебной целью, так и с диагностической. У детей бронхоскопия проводится под наркозом. Показанием для бронхоскопии является длительный продуктивный и малопродуктивный кашель неподдающийся консервативной терапии; частое обострение хронической пневмонии; ателектаз доли или легкого; обструктивный синдром; вскрывшийся в бронх абсцесс легкого [1,2,4].

Анестезиологическое обеспечение при бронхоскопии у детей с ХНЗЛ имеет свою специфику. Особенность анестезиологического обеспечения при бронхоскопии у детей с ХНЗЛ связана с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, обеспечением свободной проходимости дыхательных путей и адекватного газообмена [1,3,4]. Проблема анестезиологического обеспечения бронхологических методов диагностики у детей с ХНЗЛ остаётся ещё недостаточно изученной и поэтому актуальной.

Цель исследования. Профилактика развития гипоксии во время бронхологического исследования у детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Материал и методы исследования. Нами проведена бронхоскопия у 100 детей с ХНЗЛ в возрасте от 3-х до 15 лет. Больные разделены на 2 группы: I группа 40 больных которым не была

проведена предварительная подготовка к бронхоскопии и II группа 60 больных, которым была проведена предварительная подготовка, включающая проведение сеанса аэрозольтерапии с ультразвуковым распылением лекарственных средств (УЗРЛС); рибонуклеазы или дезоксирибонуклеазы из расчета 20-25мг на 10-20 мл 0,9% раствора хлорида натрия 3 раза в день в течение 3-4 дней. После каждого сеанса - ингаляция с настоями (отварами) лечебных трав (ромашка, зверобой, багульник и мать-мачеха). Затем больным проводили вибромассаж и постуральный дренаж, что облегчало выделение мокроты из трахеобронхеального дерева. На 4-5-ый день проводили бронхоскопию У 25 больных с обильной гнойной мокротой предбронхоскопическую подготовку проводили в течение 8-10 дней. В зависимости от количества выделенной мокроты различали больных с малым количеством мокроты, умеренным и обильным. Больные 1 группы с малым количеством мокроты было – 12, с умеренным – 16 и обильной мокротой - 8 больных. Больные 1 группы с малым количеством мокроты было – 20, умеренным - 28 и с обильным - 12 больных.

Всем больным бронхоскопию проводили под внутривенным наркозом. Премедикацию проводили атропином (0,1мл/год жизни) и димедролом (0,1мл/год жизни). Обезболивание проводили 1% раствором тиопентал натрия (5-7мг/кг массы тела). Миорелаксацию проводили дитиллином и листеноном (2,0мг/кг). Нами проведено исследование газов крови и КОС на этапах: (исходный, середина и в конце) бронхоскопии (таб. №1).

У больных 1 группы (8), с обильным гнойным выделением мокроты, которым не была проведена предварительная подготовка перед бронхоскопией после внутривенного введения миорелаксанта, наблюдалось затопление легких вследствие заброса гнойной мокроты из очага поражения легких в результате – фасцикуляции мускулатуры, после введения деполяризирующих миорелаксантов.

Таблица №1

Показатели газообмена и КОС капиллярной крови во время бронхоскопии у детей с ХНЗЛ

Этапы исследования	Группы	Показатели газообмена и КОС			
		PO_2 (мм.рт.ст)	CO_2 (мм.рт.ст.)	pH	BE (ммоль/л)
Исходные данные	I	95,2 ± 3.1	40,2 ± 2,8	7,36 ± 0,03	-3,4 ± 0,3
	II	96.1 ± 4.2	34,2 ± 2,6	7,38 ± 0,02	-2,2 ± 0,1
Середина	I	101.2 ± 6.4	28,4 ± 2,1	7,38 ± 0,02	-1,8 ± 0,2
	II	136.5 ± 10.4	30,2 ± 3,3	7,40 ± 0,04	-0,4 ± 0,2
Конец	I	95.2 ± 2.6	34,2 ± 1,4	7,37 ± 0,04	-2,1 ± 0,1
	II	96.3 ± 3.2	32,5 ± 1,8	7,40 ± 0,05	1,1 ± 0,3

У больных 1 группы (8) с обильным гнойным выделением мокроты которым не была проведена предбронхоскопическая подготовка, после внутривенного введения миорелаксанта, наблюдалось нарушение проходимости дыхательных путей, вентиляции и гипоксия вследствие заброса гнойной мокроты, приведшие к обтурации главных бронхов. Проведеная интубация трахеи и санация трахеобронхиального дерева, восстановили проходимость дыхательных путей и нормализовали газообмен. Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) проводили ручным наркозным аппаратом в режиме умеренной гипервентиляции.

Результаты исследований и их обсуждение. Как видно из табл.1 исходные показатели обеих групп больных одинаковы. Исходные показатели PO_2 обеих групп, у которых наблюдалось умеренное гнойное отделяемое PO_2 в пределах нормы. (PO_2-95,2 ± 3,1; 96 ± 4,2). PCO_2 (30,2 ± 2,8; 34,2 ± 2,6), pH (7,4 ± 0,03 и 7,38 ± 0,02). В середине бронхоскопии наблюдалось улучшение показателей газов крови и КОС, это связано с проведением санации трахеобронхиального дерево и ИВЛ. А в конце бронхоскопии т.е. после экстубации, показатели газов крови и КОС, по сравнению исходными данными улучшились, что связано с восстановлением проходимости дыхательных путей и санацией трахеобронхиального дерева. У больных (8) с обильным гнойным выделением, которым не проводилась предбронхоскопическая подготовка, после введения миорелаксанта наступила фасцикуляции мускулатуры и увеличение гнойного содержимого пораженного участка в трахеобронхиальном дереве и обтурация трахеи, что привело к нарушению проходимости

дыхательных путей и развитию гипоксии с падением PO_2 до $40,2 \pm 0,4$ мм рт.ст. и увеличение PCO_2 до $58,3 \pm 3,2$ мм рт.ст. После проведения интубации трахеи и санации трахеобронхиального дерева восстановилась проходимость дыхательных путей и нормализация газов крови.

Дальнейшее течение наркоза и бронхоскопии были без особенностей. У больных 2-ой группы, которым была проведена комплексная терапия перед бронхоскопией, течение бронхоскопии и наркоза были гладкими.

Таким образом, больным ХНЗЛ с обильным гнойным отделяемым перед бронхоскопией должна проводится комплексная терапия включающая: УЗРЛС, парокислородную ингаляцию с травами, обладающими противовоспалительными и отхаркивающими свойствами, вибромассаж и постуральный дренаж, что способствует опорожнению гнойных полостей легких от мокроты, и профилактике развития обтурации трахеобронхиального дерева и гипоксии в ходе выполнения диагностическо процедуры.

Литература:

1. Абдуфатоев Т.А. Функциональная и социальная реабилитация детей после операции на легких. Авторефер. дисс. док. мед.наук. Ташкент, 1995.- 46 с.

2. Выжигина М.А., Гиммельфарб Г.Н. Современные аспекты анестезии в хирургии легких. Ташкент: Медицина, 1998.

3. Морган Э. Клиническая анестезиология для анестезиологов III том. 2004.

4. Саломов А.К. Нарушение негазообменных функций легких у детей с хроническими приобретенными нагноительными заболеваниями легких.

ПРОБИОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Абдулхакова Р.А., Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р., Рахманов Г.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

В настоящее время для коррекции дисбиоза кишечника применяют пре- и пробиотики. Пребиотики — вещества немикробного происхождения, способные оказывать влияние на организм человека через селективную стимуляцию роста и/или активности представителей нормальной микрофлоры кишечника. Пребиотиками

являются: фруктоолигосахариды, галактоолигосахариды, инулин, лактулоза, лактитол. Пробиотики — препараты, состоящие из живых микроорганизмов или продуктов микробного происхождения. Они оказывают существенное влияние на состояние желудочно-кишечного тракта человека: синтез иммуноглобулинов, аминокислот, витаминов группы В, фолиевой кислоты, рост патогенных микроорганизмов, продукцию ферментов, эндогенного интерферона, сорбцию и выведение тяжелых металлов, обладают антитоксическим действием. Для производства препаратов, содержащих пробиотики, применяют следующие штаммы микроорганизмов: • лактобактерии (L. acidophilus, L. bulgaricus, L. casei, L. rhamnosus, L. brevis, L. celloblosus, L. fermentum, L. plantarum); бифидобактерии (B. bifidum, B. infantis, B. breve, B. adolescentis, B. longum, B. animals, B. thermophilum); • грамм + кокки (Streptococcus salivarius, S. Thermophilus, S. Diacetylactis, Enterococcus faecium, Lactococcus lactis sp. cremoris). Пробиотики должны обладать антагонизмом к условно-патогенной и патогенной микрофлоре, устойчивостью к низкой pH желудочного сока, желчным кислотам и бактериоцинам, высокой адгезивной способностью к слизистой и низкой вероятностью транслокации через кишечный барьер.

Результаты 63 рандомизированных контролируемых клинических исследований были проанализированы в метаанализе, и было доказано, что назначение пробиотиков при ДБК у детей сокращает продолжительность диареи (в среднем на 24,76 часа) и частоту стула, при этом риски нежелательных явлений, связанных с данной группой препаратов, минимальны.

Реализация противоинфекционного действия пробиотиков заключается в антагонистическом влиянии на патогенные и условно-патогенные микроор-

ганизмы и реализуется путем снижения pH среды в просвете кишки (для кисломолочных штаммов), продукции бактериоцинов, обладающих антибиотикоподобными свойствами, конкуренции за питательные вещества и сайты адгезии с патогенной и условно-патогенной флорой, а также за счет оптимизации параметров муцинового слоя (для штаммов, способных к адгезии). Помимо повышения колонизационной резистентности микрофлоры, для пробиотиков характерно наличие иммунотропного влияния, заключающегося в индукции синтеза иммуноглобулинов (sIgA), лизоцима, интерферонов, стимуляции фагоцитоза, регуляции системы цитокинов и др. При этом иммунотропное влияние пробиотических штаммов у здоровых лиц не приводит к изменениям со стороны

иммунной системы. В исследованиях было показано, что при пероральном введении комбинации пробиотиков Lactobacillus rhamnosus GR-1 и Lactobacillus fermentum RC-14 здоровым лицам изменений в уровнях сывороточного IgA и IgM не отмечалось, а сравнение титров антител (IgG, IgA и IgM), сывороточных цитокинов, ИЛ-2, ИЛ-6 и ИФН-γ у здоровых добровольцев, получавших пробиотики и не получавших, показало, что терапия пробиотиками не влияет на их системные уровни. Данный факт свидетельствует об отсутствии иммуностимулирующего влияния пробиотиков у здоровых иммунокомпетентных лиц и подтверждает высокий профиль безопасности их применения. Следует подчеркнуть, что в экосистеме микробиоценоза толстой кишки детей базовые микроорганизмы представлены бифидобактериями, а у взрослых доминантами являются различные виды бактериоидов, но и бифидобактерии, лактобактерии, стафилококки, энтеробактерии, стрептококки и клостридии также являются неотъемлемыми компонентами микрофлоры. Несмотря на значимость каждого из компонентов микробиоценоза для функционирования данной экосистемы эти резидентные микроорганизмы нельзя автоматически считать пробиотическими видами.

В этой связи перед практическим врачом встает вопрос выбора пробиотического штамма для терапии ДБК у детей. Современный подход к пробиотической терапии подразумевает штаммспецифичный подход. Вышеприведенные результаты клинических и научных исследований позволяют врачу выбирать как монокомпонентные, так и поликомпонентные пробиотические лекарственные средства для терапии ДБК у детей. Критерием выбора препарата являются свойства штаммов, входящих в его состав. Одним из таких средств является пробиотик IRID BC, который представлен в формах, предназначенных для применения и у детей (микрогранулы в саше). IRID BL - это сорбированный пробиотик, комплекс, содержащий в своем составе бифидо-лактобактерии класса Bifidobacteriumlongum 17x и Propionibacteriumavidum l, Lactobacillusacidophilus, Lactobacillusbulgaricus, Streptococcusthermophilus 108, 66-1413, Streptococcusdiacetilactis 13c 65-64. В одной дозе препарата содержится не менее 10*9 живых особей и лечебные свойства препарата обусловлены заселением кишечника бифидобактериями и пропионобактериями, молочнокислыми бактериями, которые обеспечивают высокую локальную колонизацию слизистых оболочек, особенно толстого кишечника, нормализуют микрофлору кишечника. Использование данной технологии повышает биодоступность большей

части пробиотических бактерий и обеспечивает максимум клинических эффектов входящих в состав препарата пробиотиков.

Вывод. Таким образом, оптимальный состав данного пробиотического средства (в него входят штаммы, демонстрирующие эффективность при ДБК), инновационная технология доставки действующего вещества и клинический опыт применения позволяют рекомендовать препарат для терапии острых инфекционных и неинфекционных диарей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Абдурашидов А.А., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. 99% случаев острого стеноза гортани у детей младшего возраста приходится на ларинготрахеит при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ). Патогенез острого ларинготрахеита (ОЛТ) неразрывно связан с патогенезом ОРВИ вообще. Сужение просвета гортани и трахеи обусловлено следующими компонентами: отеком и инфильтрацией слизистой оболочки, спазмом мышц гортани и трахеи, гиперсекрецией желез слизистой оболочки трахеи и бронхов, скоплением густого слизисто-гнойного отделяемого. Прохождение выдыхаемого воздуха через суженное подсвязочное пространство сопровождается кашлем «лающего» характера. Вовлечение в воспалительный процесс голосовых складок ведет к нарушению голосообразования.

Цель исследования: изучение особенностей современного течения острого ларинготрахеита у детей, а также оценка основных методов купирования острого ларинготрахеита у детей на современном этапе.

Материалы и методы. Для анализа было отобрано 44 историй болезни детей, госпитализированных в ОДММЦ г. Андижана в отделение ОРИТ в период с сентября 2016-го по июль 2017-го года. Проведенный анализ установил, что наиболее уязвимым возрастом для заболевания острым ларинготрахеитом является возраст от 1 до 3 лет жизни. Дети данной возрастной группы составили 46 % детей от общего числа обследованных. Далее по частоте идут дети от 3 до 5 лет – 24,8 %. Наименее подвержены острому ларинготрахеиту, как мы установили, дети до 1 года – 18 % и дети старше 5 лет - 12,5 %.

Повторные эпизоды острого ларинготрахеита зарегистрированы у 24 % детей, рецидивирующее течение ларинготрахеита выявлено у 2 % детей. У 23 % детей установлен отягощенный аллергический анамнез: при этом у 52% детей, с отягощенным аллергическим анамнезом наблюдалась пищевая аллергия, у 48 % - лекарственная аллергия. У 12 % они сочетались с другими формами аллергий (полиноз, аллергия на солнечный свет и т.д.). Кроме того, отмечено, что у 6 % детей наблюдалась склонность к частым ОРВИ, ОРЗ, бронхитам. В результате данного исследования установлено, что длительность заболевания до госпитализации составляет в основном 1 - 2 суток – 58 %, дети, госпитализированные на 3-и сутки, составили - 21,5 %, а дети, госпитализированные позже 3-х суток после начальных проявлений составили 20 %. Проведенный анализ свидетельствовал о том, что до госпитализации 23 % детей в качестве лечения получали противовирусные препараты, 5,8 % детей получали антибиотики, 12 % - глюкокортикостероиды, 59 % детей не получали никакого медикаментозного лечения. Также в ходе анализа установлено, что 72 % детей были госпитализированы скорой помощью, 15,3 % детей были направлены на госпитализацию педиатром, 6,9 % детей были госпитализированы после самостоятельного обращения родителей в детское инфекционное отделение. Неотложная помощь до госпитализации была оказана: скорой медицинской помощью – 31,3 % детей, педиатром - 3 %. Острый ларинготрахеит без стеноза гортани зарегистрирован у 27 % детей, со стенозом 1-й степени отмечен у 69 % детей, у 3,6 % - со стенозом 2-й степени. По степени тяжести заболевания: у 95 % больных заболевание протекало со средней степенью тяжести, у 1,2 % детей наблюдалась тяжелое течение. Длительность пребывания в стационаре: 51 % детей находились в стационаре более 3 дней, 26,5 % детей находились в стационаре от 0 до 1 дня, 28 % детей – от 1 до 3 дней. За время нахождения в стационаре 69 % детей получали гормоны: в виде ингаляций – 40% детей, внутримышечно – 27 %, per os 35 %. Антибиотики получали 85,5 % детей. С полностью купированным ОЛТ выписано – 87 % детей, 13 % детей выписаны с положительной динамикой. У 1 % детей также наблюдалась пневмония, у 36 % - другие сопутствующие заболевания.

Выводы. Данное статистическое исследование отражает особенности течения острого ларинготрахеита у детей, выявляет наиболее уязвимый возраст детей по данному заболеванию, а также отражает современные, наиболее предпочитаемые подходы и принципы лечения данного заболевания и наиболее частые его исходы.

ДИНАМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ ОРГАНІВ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Аленіна І.С.[1], Меламед О.В.[1], Спасьонова Н.І.[1], Колибаєва Т.Ф.[2], Петренко Є.К.[2], Підвальна Н.А.[2]

[1] Харківський національний медичний університет
кафедра педіатрії №1 та неонатології
[2] КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня»

За даними ВООЗ в дитячій популяції вроджені вади органів сечової системи (ВВОСС) складають біля 25-35% серед усіх вад розвитку. Наявність ВВОСС є основою для розвитку хронічного захворювання нирок, прогресування хронічної ниркової недостатності (ХНН) та інвалідизації пацієнтів. У 40% випадків ХНН серед дітей пов'язана з ВВОСС, що надає цій проблемі актуальності. Поряд з цим, висока адаптаційна здатність дитячого організму та пластичність органів і систем у період зростання дозволяють запобігти прогресуванню ниркової патології при своєчасній її діагностиці, оперативній корекції та мультикомандному динамічному спостереженні за даною групою пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведено аналіз динамічного спостереження 37 дітей від 1 до 17 років, середній вік яких становив 10,3±7,1роки. За статтю переважали хлопчики 24 (64,86±7,9%), проти 13 (35,13±7,9%) дівчаток. Середня тривалість ниркової патології була 7,2±4,1 роки. Всі пацієнти проходили планове обстеження у нефрологічному стаціонарі з обов'язковою консультацією дитячого уролога. Діти розподілені на 2 групи: I група - 15 дітей з агенезією однієї нирки, II група - 22 дитини з уретерогідронефрозом, стан після проведення хірургічної корекції.

Мета роботи полягала в аналізі динамічного спостереження дітей з ВВОСС.

Отримані результати. Вроджену патологію нирок пренатально та протягом 1-го місяця життя діагностовано лише у 17 (45,9±8,3%) дітей. При чому з подібною частотою біля 21%, що агенезія нирки, що уретерогідронефроз. Ще 20 дітям вроджена патологія нирок в середньому була діагностована на 5-му році життя (від 2,5 років до 8 років). Вказане може бути свідченням малосимптомності ниркової патології в дитячому віці, виявлення якої у більшості дітей було пов'язане лише з дебютом активного запального процесу в нирках, або проходженням в 5-6-ти річному віці медичного огляду перед оформленням до школи. Серед дітей з I групи лише 2 (13,3±9,0%)

дитини мали порушення фільтраційної здатності нирки, 1 зі зниженням швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), і ще 1 з підвищенням ШКФ. Серед дітей ІІ групи 18,1±8,4% дітей мали зниження ШКФ, в той час коли 27,2±9,7% обстежених мали підвищення ШКФ. До основного плану обстеження всіх пацієнтів було включено визначення рівню співвідношення альбуміну до креатиніну в ранішній сечі. У дітей І групи не було виявлено підвищення цього показника, в ІІ групі підвищення співвідношення - у 7 дітей (31,8±10,1%). Всім дітям з порушенням фільтраційної здатності нирок та підвищеним співвідношення альбуміну до креатиніну було проведено корекцію ренопротекторної терапії.

Висновки. Не зважаючи на недостатній рівень своєчасного виявлення ВВОСС у ранньому віці та досить пізню її діагностику у дітей, протягом всього періоду спостереження за таким пацієнтами слід пам'ятати про важливість регулярного визначення рівню ШКФ та співвідношення альбуміну до креатиніну як основних індикаторів порушення функціонування органу та прогресування ниркової патології. Своєчасна діагностика та рання хірургічна корекція дають змогу до 68% пацієнтів уникнути прогресування патології нирок.

ЧАСТОТА ТА ХАРАКТЕР УРАЖЕННЯ НИРОК У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ДІТЕЙ

Аллахвєрдієва З.С., Бадогіна Л.П.
ДЗ « Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра педіатрії 2

Мета роботи. Встановити частоту та клінічні прояви ураження нирок у ВІЛ-інфікованих дітей.

Матеріали і методи. Проведений пошук літературних джерел, опублікованих у базі даних NSBI PubMed, Medline, eLIBRARY і ін.

Результати. Захворювання нирок у ВІЛ-інфікованих дітей може варіювати від гломерулярних (ВІЛ-асоційована нефропатія, ВІЛ-імуннокоплексна хвороба нирок, тромботична мікроангіопатія) до тубулоінтерстиціальних (пошкодження канальців, інтерстиціальний нефрит) уражень, розвитку васкуліту. Це може бути пов'язано з прямим ефектом ВІЛ-інфекції, а також опортуністичної інфекції, імунної дизрегуляції або нефротоксичним впливом лікарських препаратів (Jindal A. K., 2017, Андон'єва Н.М., 2016).

На сьогоднішній день точна поширеність ВІЛ-асоційованої нефропатії у дітей невідома. Проведений аналіз літературних даних свідчить про те, що протеїнурія, яка може бути маркером нефропатії у

ВІЛ-позитивних дітей, становить від 3% до 33% випадків (Gupta G. et al., 2017). Проведене лише одне великомасштабне багатоцентрове дослідження, в якому за даними прижиттєвого морфологічного дослідження нирок у 49 ВІЛ-інфікованих дітей ВІЛ-асоційована нефропатія доведена у 26,9% пацієнтів (Ramsuran D. et al., 2012). У порівнянні з ВІЛ-асоційованою нефропатією ВІЛ-імуннокомплексна хвороба нирок рідко повідомляється в педіатрії (McCulloch M.I., Ray P.E., 2008, Purswani M.U. et al., 2012). Тромботична мікроангіопатія є гетерогенною групою порушень, яка характеризується клінічним проявом у вигляді мікроангіопатичної гемолітичної анемії, тромбоцитопенії та нирковою недостатністю, також не часто зустрічається у дітей. Поширеність васкуліту із ознаками ниркового ураження у ВІЛ-інфікованих дітей становить приблизно 1% (Patel N., 2011). Майже всі антиретровірусні препарати можуть викликати пошкодження пошкодження канальців, розвиток інтерстиціального нефриту (Jao J., Wyatt C. M., 2010, Jindal A.K., 2017). Інтерстиціальний нефрит за даними нефробіопсії виявлений в 7,9-13% випадків (Parkhie et al. 2010).

Висновок. На сьогодні питання, що стосуються частоти та характеру ураження нирок у ВІЛ-інфікованих дітей залишаються остаточно невирішеними. Відсутня інформація щодо ранньої діагностики ураження різних відділів нефрону у ВІЛ-інфікованих дітей. Не встановлений вплив вірусного навантаження, імунологічних показників на розвиток і прогресування ниркової патології у ВІЛ-інфікованих дітей.

ЗАЛЕЖНІСТЬ МІНЕРАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ДІТЕЙ ВІД ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ МАТЕРІВ ТА ВИДУ ВИГОДОВУВАННЯ

Амаш А.Г.
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії № 1

Для країн пострадянського простору притаманним є поширення серед населення міфів про необхідність призначення сурової дієти для жінок, що вигодовують своїх дітей груддю. Існує теорія, що кольорові фрукти та овочі, смажені страви, морепродукти, солодкі та хлібобулочні вироби, що вживають матері у своєму раціоні, можуть спричиняти у дітей алергічні реакції, дисфункцію шлунково-кишкового тракту та впливати негативно на мікробіоту кишківника. Причиною поширення даних міфів є хибне трактування фізіологічних

транзиторних станів малюків, як проявів захворювання (акне новонароджених, малюкові коліки, тощо).

Проте, в міжнародних наукових джерелах відсутня будь-яка інформація про певні харчові заборони у жінок, які годують груддю. В той же час, широко висвітлюється питання вживання страв, збагачених вітамінами та мінеральними елементами як матерями, так і дітьми на етапі введення прикорму.

Мета дослідження: дослідити вплив харчування матері, яка годує груддю, видів вигодовування, термінів введення та характеру прикормів на мінеральний профіль дітей першого року життя.

Матеріали та методи дослідження: В два етапи обстежено 147 дітей віком від 5 місяців до 1 року життя. Зібрано детальний анамнез щодо харчування матерів дітей, які отримували грудне молоко. Діти були розподілені на групи: I група - 52 дитини, які знаходились на грудному вигодовуванні та отримували прикорм з 6 місяців життя; II група - 17 дітей, які знаходилися на частково грудному вигодовуванні з кількістю грудного молока менш ніж 50% за добу та отримували прикорм з 5 місяців життя; III група - 25 дітей, які отримували частково грудне вигодовування з більш ніж 50% грудного молока у добовому раціоні та прикорм з 6 місяців життя; IV група - 26 дітей, які знаходилися на штучному вигодовуванні та отримували прикорм з 5 місяців життя; V групу - 24 дитини, які знаходилися на штучному вигодовуванні та отримували прикорм з 6 місяців життя. Матері дітей, що увійшли до I та III груп мали обмежений список продуктів харчування за власними переконаннями: овочевий суп, відварена телятина та курка, твердий та м'який сир, узвар, жовті та зелені яблука, банани, груші, гречка, рис, макаронні вироби, омлет. Визначення рівня макро- та мікроелементів (МЕ) проводили у волоссі дітей методом спектрометрії на апараті Elvax Light (ТОВ «Елватех» Україна, 2008 р.). Дослідження виконували у відповідності з принципами Гельсінської декларації прав людини, Європейської конвенції щодо захисту прав і гідності людини в аспекті біомедицини та відповідних законів України з мінімальними психологічними втратами з боку пацієнтів. Статистичний аналіз проводився за розрахунком середнього значення в програмі Excell, 2007 р.

Результати дослідження: Аналіз отриманих результатів показав, що у дітей у віці 5 місяців співвідношення Ca/K/Zn було наступним: I гр.- 51.263/43.299/3.285, II гр.-50.080/46.065/0.928, III гр. - 59.120/36.409/2.329, IV гр. - 50.068/42.475/4.946, V гр. - 51.704/39.227/6.645 ($p<0,05$). При повторному обстежені дітей у віці 1 року з'ясовані значні зміни співвідношення Ca/K/Zn: I гр. -

15.594/41.512/40.524, III гр. - 17.089/39.369/38.342, V гр. – 14.771/45.919/36.266 ($p<0,05$). У дітей II та IV груп показники співвідношення при повторному дослідженні не мали значної різниці від показників першого дослідження у віці 5 місяців: 56.343/35.934/5.553 та 56.422/37.116/5.295 відповідно ($p<0,05$).

Висновки:

1. На першому етапі дослідження визначено, що найбільший рівень Zn мали діти, які отримували штучне вигодовування адаптованими сумішами та отримували приком з 5 та 6 місяців життя (4,946%; 6.645 % відповідно).
2. Співвідношення Са/К у дітей 5 місяців життя незалежно від виду вигодовування не має значних коливань, що вказує на достатнє надходження МЕ з грудним молоком або штучною сумішшю.
3. У віці 1 року життя у дітей, які знаходились на грудному вигодовуванні та отримували прикорм з 6 місяців життя, дітей, які отримували частково грудне вигодовування з більш ніж 50% грудного молока у добовому раціоні та прикорм з 6 місяців життя та дітей, які знаходилися на штучному вигодовуванні та отримували прикорм з 6 місяців життя має місце певний дисбаланс співвідношення Ca\K\Zn, що свідчить про вплив виду вигодовування, харчування матерів, термінів введення та характеру прикорму на мінеральний профіль дітей та потребує харчової корекції раціону як матерів, так і дітей.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Бадогина Л.П., Ширикина М.В., Аллахвердиева З.С., Заболотная Л.Д.
ГУ "Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины"
Кафедра педиатрии 2

Цель работы: выявить клинические признаки, которые наиболее часто встречаются у ВИЧ-инфицированных детей для определения показаний к обследованию на ВИЧ.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни детей с впервые установленной ВИЧ-инфекцией за 2017-2018 гг.

Результаты. Диагноз был установлен 48 детям (8,1% от всех ВИЧ-инфицированных, находившихся в отделении), 19 из них (39,6%) обследованы по клиническим показаниям. У 18 детей (37,5% обследованных) заболевание диагностировано в стадии СПИДа (IV клиническая группа), что свидетельствует о поздней диагностике. Причем, если в 2017г. эта стадия установлена у 27,63% впервые выявленных детей, то в 2018г. - у 43%. У детей, обследованных по

клиническим показаниям, наиболее часто выявляемыми симптомами были гепатоспленомегалия (84%), задержка физического развития с более значимым отставанием в росте (48%), персистирующая генерализованная лимфоаденопатия (39%), поражение кожи и слизистых оболочек грибковой и инфекционной природы, анемия и тромбоцитопения, пневмоцистная пневмония (25%), туберкулез (19%). Необходимо отметить, что увеличение лимфатических узлов носило стойкий характер и наблюдалось от нескольких месяцев до нескольких лет, что было причиной неоднократного обращения за медицинской помощью на уровне первичного звена. Пролиферативный синдром, поражение кожи и слизистых оболочек, анемия, тромбоцтопения, отставание в физическом развитии, в отличие от пневмоцистной пневмонии и туберкулеза, не являются СПИД-индикаторными состояниями. Поэтому выявление ВИЧ-позитивных детей до развития СПИД-ассоциированной патологии, на этапах 1-2 клинической стадии, при относительно сохранной иммунной системе значительно повышает шансы на выживание и качественную жизнь.

Выводы: к тестированию на ВИЧ следует относиться как к «рядовому» обследованию. Все дети с лимфоаденопатией, гепатоспленомегалией, поражением кожи и слизистых оболочек, отставанием в физическом развитии, анемией, тромбоцитопенией должны быть обследованы независимо от сопутствующей клинической симптоматики и тяжести состояния. Для обеспечения этого необходима настороженность медицинских работников в отношении ВИЧ, а также усиление механизмов взаимодействия первичного звена с территориальным центром профилактики и борьбы со СПИДом, кабинетом доверия и другими учреждениями, обеспечивающими специализированную помощь.

ОЦІНКА СТАНУ ХРОМОСОМНОГО АПАРАТУ У ДІВЧАТ З ПОРУШЕННЯМИ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Багацька Н.В., Нефідова В.Є.
ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН»
Лабораторія медичної генетики

Однією з проблем, яка привертає особливу увагу фахівців на сьогодні є патологія статевої системи у осіб жіночої статі, що виникає внаслідок різних причин. Серед цієї групи захворювань особливе місто посідає синдром Шерешевського-Тернера (СШТ), який на відміну від інших хромосомних хвороб, характеризується широким спектром

порушень каріотипу. Тому що в основі захворювання лежить аномалія статевих хромосом, що приводить до вродженої аномалії статевої диференціації, а нерідко й до різних соматичних хвороб за рахунок відсутності однієї Х-хромосоми. Також у цієї категорії хворих можуть реєструватися й хромосомні аберації (ХА), які, сприяючи порушенню гормонального балансу або зміні рецепції гормонів в ембріональному періоді, можуть бути причинами вроджених аномалій статевого розвитку.

Мета – вивчити стан хромосомного апарату у дівчат із порушеннями статевої системи.

Матеріали і методи. Цитогенетичний аналіз проведено у 45 дівчат із порушеннями статевої системи (синдром Шерешевського-Тернера, дисгенезія гонад, затримка статевого розвитку (ЗСР)) віком 11-18 років, які знаходилися на обстеженні в інституті. Препарати хромосом забарвлювали за допомогою диференційного GTG-методу. Статистичні розрахунки проведено із застосуванням прикладного пакету програм *Excel*, «*SPSS Statistics 17,0*».

Отримані результати. Цитогенетичний аналіз, проведений у дівчат з порушеннями статевої системи, встановив, що серед усіх пацієнток діагноз СШТ підтверджено у 33 дівчат (75%); нормальний жіночий каріотип – у 11 дівчат (25%) із ЗСР. У 33,0% дівчат із СШТ встановлено регулярну моносомію (каріотип 45,Х), у 60,6% – мозаїчну форму СШТ (каріотип 45,Х/46,ХХ) і тільки у 6,4% дівчат – каріотип із ізохромосомою 46,Х[і(Хq)]. Поряд з кількісними і структурними порушеннями Х-хромосоми, у цих дівчат визначено аберації в аутосомах. Спонтанний рівень аберацій хромосом в загальній групі дівчат із підтвердженим діагнозом Шерешевського-Тернера склав 5,44%, в той час як спонтанна частота ХА у дівчат із ЗСР – 8,97% ($p<0,05$). Частота аберацій хромосомного типу (парні ацентричні фрагменти) в середньому в трьох групах хворих із регулярним СШТ склала 4,44%, що не перевищувало частоту ХА у дівчат із ЗСР (5,13%; $p<0,05$). Частота аберацій хроматидного типу (одиночні ацентричні фрагменти) в цих групах становила 2,11%, що в 1,6 разів менше, ніж у хворих із ЗСР (3,34%; $p<0,05$). У однієї дівчини із ЗСР визначено кільцеву хромосому.

Висновки. Отже, цитогенетичний аналіз, проведений у дівчат з порушеннями статевої системи дозволив визначити кількісні та якісні порушення хромосом.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ДИСФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ

Баховитдинова З.М., Сахибова М.Ж., Нишанова Д.В., Ганиев А.Г.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра поликлинической и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. Средства, которые применяются при анестезии, могут оказывать влияние на функциональное состояние кровообращения. Несмотря на значительные успехи фармакологии и анестезиологии, все еще отмечаются эпизоды гемодинамических, терморегуляторных и газообменных нарушений, которые особенно тяжело протекают у больных с сопутствующей патологией. В процессе анестезии и оперативного вмешательства оценка показателей гемодинамики играет важную роль в обеспечении адекватности анестезии. Большое значение в практике продолжают иметь наркотические (центральные) анальгетики, вследствие их непревзойденной особенности к болеутолению, уменьшением восприятия центральной нервной системой болевых импульсов. Постепенно в анестезиологическую практику внедряются новые методы мониторинга, расширяется круг изучаемых показателей.

Цель работы: Изучить изменение гемодинамики в условиях комбинированной анестезии центральными анальгетиками при урологических операциях у детей.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты в возрасте от 4 до 12 лет, оперированных по поводу урологической патологии, которые были оперированы в отделении детской хирургии многопрофильной областной больнице Андижанской области. Для обеспечения анестезиологической защиты были использованы комбинированная аналгезия промедолом в сочетании с оксибутиратом натрия. Дети в возрасте от 3 – 5 лет составляли 28% от общего количества больных, дети от 6 - 9 лет – 36% и дети старшего возраста от 10 до 12 лет составляли 36%. У 69% обследованных нами больных наблюдались врожденный гидронефроз, а у 31% пациентов мочекаменная болезнь. Оценка эффективности комбинированных методов анестезии проводилась на основании клинических данных: наличие двигательных реакций, величина и реакция зрачков. На всех этапах оперативного вмешательства и анестезии осуществлялся мониторнинг с оценкой показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), сатурации кислорода (SpO2), частоты дыхания

(ЧД). Методом эхокардиографии исследованы показатели центральной и периферической гемодинамики.

Результаты и их обсуждения. С целью устранения беспокойства, предотвращения тошноты и рвоты, возможных вагусных влияний была назначена премедикация. На вводном периоде анестезии наблюдалось увеличение ЧСС на 30,28% ($P<0,05$), УПС на 21,47%, УИ на 9,21% по отношению к исходным своим значениям. В наиболее травматичные этапы операции отмечалось увеличение СИ, ЧСС, УИ соответственно на 34,26%, 40,55% и 13,12% ($P<0,05$), а по сравнению с предыдущим этапом исследования эти показатели изменялись недостоверно. В конце операции по сравнению с этапом травматичного момента операции показатели центральной и периферической гемодинамики изменялись незначительно, что носит недостоверный характер. Несмотря на это можно утверждать, что гемодинамические показатели оставались в пределах оптимальных величин, и риска развития ишемии внутренних органов, в том числе головного мозга, не возникало. Промедол вызывает выраженную циркуляторную депрессию, обусловленную снижением тонуса сосудов. В эксперименте клинические концентрации промедола не угнетали сократимость, а авторы работы даже наблюдали в клинике рост МОК. Феномен увеличения МОК и падения ОПСС описан как транзиторная начальная реакция на введение препарата, с последующим падением МОК и возвратом ОПСС к исходному. Эффект падения МОК блокируется ионами $Ca2+$.

Выводы. Применение комбинированной анестезии промедолом и оксибутиратом натрия, сопровождалось незначительными, а также компенсированными изменениями основных показателей центральной и периферической гемодинамики, что свидетельствовало об эффективной анестезиологической защите детского организма от операционной травмы. Данный вариант анестезиологического пособия создает оптимальный режим функционирования центральной и периферической гемодинамики.

РЕТИНОЛ-СВЯЗЫВАЮЩИЙ БЕЛОК В ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Белькевич А.Г.[1], Козыро И.А.[1], Мельникова И.А.[2]
[1]Белорусский государственный медицинский университет
1-я кафедра детских болезней
[2]УЗ «2-я городская детская клиническая больница»
Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить возможность применения ретинол-связывающего белка (РСБ) для диагностики наследственных синдромов с поражением почек у детей.

Задачи. Определить концентрацию сывороточного и мочевого РСБ у пациентов с тубулопатиями и наследственным нефритом, провести сравнительный и корреляционный анализ, сделать выводы об информативности РСБ для диагностики данных заболеваний.

Материалы и методы. Обследовано 88 пациентов, находившихся на лечении во 2-ой ГДКБ г. Минска за период с 2017 по 2018 гг. Пациенты разделены на группы: 1-ю (основную) – с наследственным нефритом (n=19), 2-ю (основную) – с тубулопатиями (n=17), 3-ю (сравнения) – с острой почечной недостаточностью в стадии исхода (n=18), 4-ю (сравнения) – с урологическими заболеваниями (n=14), 5-ю (контроля) составили условно здоровые дети (n=20). Все группы сопоставимы по полу и возрасту. Статистические методы обработки данных включали определение медианы (Me) и межквартильного размаха (25-75 процентили). Проведен сравнительный анализ показателей РСБ в сыворотке и моче у пациентов в 2 основных группах и между 2 основными группами (по U-критерию Манна-Уитни); основными группами, группами сравнения и контроля (по критерию Краскела-Уоллиса). Для корреляции РСБ с показателями сывороточного креатинина и скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле Шварца, использовался критерий Спирмена. Статистический анализ выполнялся с помощью пакета программ Statistica 10 и Microsoft Excel.

Полученные результаты. При сравнении концентрации РСБ в образцах сыворотки и мочи у пациентов как 1-ой, так и 2-ой групп достоверно значимых различий по U-критерию Манна-Уитни не установлено (p=1 для обеих групп). При проведении корреляционного анализа выявлена прямая сильная связь между уровнем РСБ в сыворотке и моче у пациентов с тубулопатиями (r=0,76; p=0,001), для наследственного нефрита связи не установлено (r=0,351; p=0,109).

Сопоставление концентраций сывороточного и мочевого РСБ пациентов 1-ой группы со 2-ой достоверно значимых различий также не выявило (p=1).

В 1-ой группе концентрация РСБ в моче достигла максимального уровня (5000 нг/мл) у 2 пациентов, при этом в сыворотке данный показатель оставался в пределах нормы; во 2-ой группе мочевой РСБ достиг максимального уровня у 4 пациентов при норме в крови. 4 пациента из 6 с максимальным уровнем РСБ в моче, наблюдались с диагнозом хроническая болезнь почек (ХБП) и получали: посиндромную терапию (1 пациент), заместительную почечную терапию (ЗПТ) методом гемодиализа (1 пациент), 2 - выполнена трансплантация почки.

При проведении сравнительного анализа концентрации сывороточного и мочевого РСБ между основными группами, группами сравнения и контроля существенных различий не выявлено (p_{1-3}=1, p_{1-4}=1, p_{1-5}=1, p_{2-3}=1, p_{2-4}=1, p_{2-5}=1).

Наиболее важными показателями для диагностики почечной недостаточности являются креатинин сыворотки крови и рСКФ, в уровнях которых для пациентов 2 основных групп достоверно значимых различий не выявлено (p=1 для обеих групп). Однако у 2 пациентов из 1-ой группы и у 3 из 2-й группы имелось одновременное повышение креатинина и снижение рСКФ по сравнению с возрастной нормой. Все 5 пациентов наблюдались с диагнозом ХБП, 3 из них получали ЗПТ, 2 – посиндромную терапию.

Для выявления связи и ее силы между уровнями креатинина, рСКФ и концентрацией сывороточного и мочевого РСБ проведен корреляционный анализ. Установлена прямая умеренная связь между уровнем креатинина (r=0,78; p=0,0001) и обратная слабая корреляция между уровнем рСКФ и РСБ в сыворотке (r=-0,5; p=0,031) у пациентов 1-ой группы. Ассоциации между уровнями креатинина, рСКФ и концентрацией РСБ в моче не выявлено.

Выводы.

1. При сравнении уровня РСБ и в образцах сыворотки и мочи у пациентов с наследственным нефритом и тубулопатиями достоверно значимых различий не установлено (p=1 для обеих групп). При проведении корреляционного анализа выявлена прямая сильная связь между уровнем РСБ в сыворотке и моче у пациентов с тубулопатиями (r=0,76; p=0,001), для наследственного нефрита связи не установлено (r=0,351; p=0,109).

2. При сравнении концентрации сывороточного и мочевого РСБ между группами пациентов с наследственным нефритом и тубулопатиями достоверно значимых различий не выявлено (p=1).

3. При проведении сравнительного анализа концентрации сывороточного и мочевого РСБ между основными группами, группами сравнения и контроля достоверно значимых различий не показано.

4. Корреляционный анализ между уровнями креатинина крови, рСКФ и концентрацией РСБ в моче ассоциаций не выявил, при этом установлена прямая умеренная связь между уровнем креатинина (r=0,78; p=0,0001) и обратная слабая между рСКФ и РСБ в сыворотке (r=-0,5; p=0,031) у пациентов с наследственным нефритом.

5. У 6 пациентов из основных групп (4 с диагнозом тубулопатия и 2 – с наследственным нефритом) отмечен максимальный уровень РСБ в моче, 4 из них наблюдались с диагнозом ХБП 4-5 стадии. Полученные результаты дают возможность применения РСБ для не инвазивной диагностики заболеваний почек с повреждением канальцевого аппарата и мониторинга прогрессирования ХБП у данных пациентов.

В заключении необходимо отметить, что РСБ не информативен для диагностики наследственного нефрита и тубулопатий у пациентов с сохранными функциями почек, но данный маркер может быть использован для оценки прогрессирования почечных нарушений.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Боброва В.І., Кошова А.О., Загородня Я.М.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра педіатрії №1

Захворювання органів травлення поширені у дітей і складають важливу медико-соціальну проблему. Продовжується дослідження з удосконалення діагностики та оптимізації лікування хронічного гастродуоденіту (ХГД) і виразкової хвороби (ВХ). Оскільки ХГД є розповсюдженою патологією, а ефективність лікування не висока, то зазначене потребує нових високоінформативних методів дослідження та лікування, що можливо на основі розробки прогностичних моделей передбачення ефективності лікування та перебігу хвороби у конкретної дитини.

Під нашим спостереженням було 115 дітей віком від 6 до 16 років з ХГДП в стадії загострення. Залежно від віку хворі були розподілені на 3 групи спостереження: І група – 6-10 років 33

(28,7±4,2%) дитини, II група – 11-13 років 36 (31,3±4,3%) дітей, III група – 14-16 років 46 (40±4,6%) дітей. Залежно від віку дітей, такі диспептичні прояви як нудота відмічалась у 45% дітей 6-10 років, печія частіше (37,8%) спостерігалась у дітей віком 11-13 років, симптом блювоти був більш характерним (33,3%) для дітей 14-16 років. Під час пальпації живота у всіх хворих виявляли локальну болісність в епігастральній і у пілородуоденальній ділянках.

Для верифікації діагнозу всім дітям проводили фіброезофагогастродуоденоскопію верхніх відділів травного каналу. Еритематозні зміни слизової оболонки шлунка (СОШ) та слизової оболонки дванадцятипалої кишки (СО ДПК) відмічали у більшості дітей всіх вікових груп. Деструктивні ураження СО ДПК були виявлені у більшості дітей (41,7%) старшої вікової групи: виразкова хвороба 29,2% хворих, ерозивнізміни СОШ — у 8,3% пацієнтів, ерозивні зміни СО ДПК у 4,2% — дітей.

Всім 115 дітям за допомогою інтрагастральної pH-метрії була проведена оцінка рівня базальної кислотності. Аналіз результатів базальної кислотності залежно від віку свідчив про те, що серед пацієнтів всіх вікових категорій частіше зберігається нормоацидність: у дітей 6-10 років(55%), 11-13 років – у 64,4% хворих, 14-16 років - у 41,7% пацієнтів. Гіперацидний стан базальної секреції був у більшості дітей (33,3%) 14-16 років, а гіпоацидність визначена у 35% хворих віком від 8 до 10 років.

Отже, отриманні результати свідчать про наявність характерних клінічних проявів захворювання, які є специфічними в кожній віковій категорії і характеризують процес формування ХГДП.

ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНИХ УРАЖЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ

Богмат Л.Ф. [1,2]*, Шевченко Н.С.* [1,2]*, Бессонова І.М.* [1,2]
[1]ДУ «Інститут охорони здоровя дітей та підлітків НАМН України»
[2]Харківський національний університет ім. В.Н.Каразіна

Системний червоний вовчак (СЧВ) у дітей внаслідок каскаду імунозапальних реакцій та генералізованого васкуліту призводить до ураження життєво важливих органів і систем, розвитку стійких, незворотніх їх пошкоджень та метаболічних порушень. Поліорганність уражень значно погіршує прогноз, ускладнює відповідь на терапію.

Мета дослідження: встановити частоту и варіанти коморбідніх станів у дітей в залежності від тривалості та активності процесу, комплексу терапії.

Обєм і методи дослідження: у 41 пацієнта із СЧВ (6-17 років), дівчаток - 37 (90,2%), хлопчиків - 4 (9,76 %) проведено: ЕКГ та УЗД серця, нирок, печінки, суглобів, рентгенографію органів грудної клітки та спірографію, визначення креатиніну сироватки крові та клубочкової фільтрації, оцінку функціонального стану печінки (білірубін, гаптоглобін, аполіпопротеїн АСТ, АЛТ, гамма-глютаматтрансферази, а-2-макроглобулін), коагулограми, ліпідного спектру крові (загальний холестерин, тригліцериди, α-холестерин) та вуглеводного обміну (IPI, цукор крові), денситометрію.

Результати. У 74,3 % дітей із СЧВ встановлено наявність коморбідних станів, які характеризуються патологією серцево-судинної системи, нирок, печінки, органа зору, бронхолегеневої системи. Крім того, у 60,0% осіб із СЧВ встановлено атерогенні дисліпопротеідемії, у 43,0% - остеопенічний синдром, у 25,0% - порушення в системі гемостазу. Значення індексу коморбідності (ІК) у хворих СЧВ зростали при збереженні активності процесу, особливо при наявності високих титрів антинуклеарних антитіл (2,79 ± 0,28 проти 1,40 ± 0,51; $p < 0,05$) та використанні високих доз глюкокортикростероїдів (в тому числі у вигляді пульс-терапії) (ГКС пульс-терапія 2,92 ± 0,47; ГКС+базисна 2,48 ± 0,33; базисна 2,0 ± 0,58; $p>0,05$). Дисліпопротеідемії атерогенної спрямованості та ознаки гіперкоагуляції з підвищенням протромбінового індексу, фібриногену та Д-дімеру частіше формуються при залученні в процес печінки та нирок.

Висновок: у дітей із СКВ при довготривалому перебігу захворювання та при збереженні активності процесу (АНА, антитіла ДНК), відбувається формування уражень систем і органів, порушень в метаболізмі ліпідів, системі згортання крові та розвиток остеопенічного синдрому.

УМОВИ ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Богмат Л.Ф.[1,2], Шевченко Н.С.[1,2], Ніконова В.В.[1], Демьяненко М.В.[1], Бугаєвская М.О.[2]

[1]ДУ «Інститут охорони здоровя дітей та підлітків НАМН України»

[2]Харківський національний університет ім. В.Н.Каразіна,

Розвиток ювенільного ідіопатичного артриту (ЮІА) у дітей відбувається внаслідок імунокомплексного запалення, що супроводжується системним ураженням ендотелію і залученням в процес життєво важливих органів та розвитком метаболічних

порушень. Несприятливий прогноз і необхідність тривалого прийому лікарських препаратів (нерідко агресивних), в різних їх комбінаціях, створюють додаткові умови для формування суміжних патологічних, так званих коморбідних станів.

Мета: встановити частоту и варіанти коморбідніх станів, а також особливості та частоту порушень ліпідного спектру крові, факторів тромбоутворення і остеопенічного синдрому у дітей із ЮІА в залежності від тривалості та активності процесу, комплексу терапії.

Обстежено 110 дітей із ЮІА (7-18 років), з них 24 (22,8 %) хлопчики і 81 (77,1 %) дівчинка. У 28(26,6 %) пацієнтів тривалість хвороби до 3-х років, у 77 осіб (73,3 %) понад 3 роки. У 60,8 % дітей із ЮІА встановлено наявність коморбідних станів, які характеризуються патологією серцево-судинної системи, нирок, печінки, органа зору, бронхолегеневої системи. Крім того, у 52,2 % виявлено атерогенні дисліпопротеідемії, у 15,2 % - порушення в системі гемостазу, у 57,0% - остеопенічний синдром. При наявності коморбідних станів значно частіше формуються дисліпопротеїнемії атерогенної спрямованості та ознаки гіперкоагуляції, які асоційовані з тривалим збереженням активності хвороби (СРП, ЦІК, АНА, анти- ДНК). Значення індексу коморбідності підвищувались при довготривалому перебігу і високій активності захворювання, а також при наявності АНА і у дітей з увеїтами. При включенні в комплекс терапії імунобіологічних препаратів значно зменшувалась активність захворювання та ризик розвитку коморбідних станів. Для визначення індексу коморбідності розроблено алгоритм кількісної оцінки змін за сумою балів, що отримані при комплексному обстеженні систем і органів, визначенні показників метаболізму (ліпідний спектр, система згортання крові, вітамін Д).

Висновок. У дітей з ЮІА при довготривалому перебігу та високій активності захворювання кількість коморбідних станів зростає.Серед них найбільш частими є: ураження легень та остеопороз, атерогенні дисліпопротеїнемії та порушення в системі гемостазу. Включення в комплекс терапії імунобіологічних препаратів значно зменшує активність захворювання та знижує ризик розвитку супутніх коморбідних станів.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бочарова Л.И., Бурянова В.А, Ротару Т.В.
Детская городская больница «В. Игнатенко»
Кишинев, Республика Молдова

Несмотря на строгий фармакологический контроль над токсичностью лекарственных препаратов, мировая статистика доказывает увеличение гепатотоксических эффектов, вызванными нестероидных противовосполительных препаратов (НПВП).

Цель: Анализ побочных реакции вызванными НПВП, преимущественно парацетамолом в педиатрической практике.

Материалы и методы:

Пациент в возрасте 16 лет, был срочно доставлен со скорой помощи в тяжелом состоянии со следующими жалобами: лихорадка, многократная рвота, невыносимая головная боль, боль в пояснице, боль в животе, редкие мочеиспускание с небольшим количеством мочи темного цвета. Считается больным в течение 6 дней, когда появилась высокая температура, заложенность носа, боль в горле. На следующий день он обратился к врачу.

Диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Острый тонзилофарингит.

Принимал: антисептические таблетки для местного лечения тонзилофарингита, жаропонижающие и болеутоляющие - парацетамол. Лихорадка снижалась на 1-2 часа, что стало причиной многократного употребления противовоспалительных препаратов. В течение 5 дней пациент принимал 5 г парацетамола и 2 раза болеутоляющие как баралгин, также пациент получил инъекции с метамизолом натрия и дифенгидрамин гидрохлорид (доза неизвестна). В общей сложности в течении 3 дней пациент получил от 6 до 7 г НПВП. На пятые сутки состояние ухудшилась с повторной рвоте, головной боли, болях в животе, поясничной боли слева. Пациент был доставлен в больницу. При поступлении: состояние тяжелое, Температура - 37,8, Артериальное давление (АД) - 118/60 мм/рт.ст., слабый голос, кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Зев гиперемированный, желтушная склера. Менингеальные признаки отрицательные. Умеренная тахикардия, пульс - 92/мин, ритмичная частота сердечных сокращений. Язык сухой с обильным осадком, желто-серый. Раздутый живот, мышцы живота напряжены в области верхнего этажа. Глубокая пальпация невозможна.

Положительный симптом Джордана больше слева. Моча темно-коричневая в объеме 30 мл. Стул был один раз жидкий. Из анамнеза: перенес острый пиелонефрит. Диагноз при госпитализации: Инфекция мочевыводящих путей. Хронический пиелонефрит в обострение. Гастродуоденит. Токсический гепатит. ОРВИ. Острый тонзилофарингит. Острый живот? Консультация хирурга: подозрениенаабсцесспечени?

Были проведены следующие обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Ничипоренко, УЗИ.

Результаты:

На основании жалоб, истории болезни, клинического обследования были выявлены следующие синдромы: синдром прогрессирующей интоксикаций, диспепсический синдром с дегидратацией, нехирургический абдоминальный синдром и уро - нефрологический синдром, гепатоспленомегалический синдром, связанный с желтухой покровов, рыхлой жидкостью в брюшной полости.

Результаты обследования: Общий анализ крови: лейкоцитопения (лейкоциты - 4,2х10х9/л), нейтрофилия со сдвигом влево (палочкаядерные - 20%, сегментоядерные - 68%), токсическая грануляция - +, лимфопения (лимфоциты - 8%), СОЕ - 50мм/час,

Биохимический анализ крови: повышенный фибриноген в крови - 5,7 г/л, томботест - V, тест на этанол - положительный; мочевина - 13,9 ммоль/л, креатинина - 295 ммоль/л, билирубин - 40,2 ммоль/л, связанный билирубин - 4,0 ммоль/л, свободный билирубин - 36,2 ммоль/л, АЛАТ-130,7 ммоль/л, АСАТ-87,4 ммоль/л, глюкоза 5,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: протеинурия (белок - 0,336 г/л), микроэритроцитурия (эритроциты 4-5 ц/об, модификация 2-4 в ц/об), лейкоцитурия (лейкоциты - 8-10 ц/об), цилидрурия (гранулированные цилиндры - 1 - 2 в ц/об), слизь - ++, соли (ураты +, оксалаты +).

Анализ мочи по Ничипоренко: эритроцитурия (эритроциты – 2220 х 10^6), лейкоцитурия (лейкоциты - 8650 х 10^6).

УЗИ – гепатоспленомегалия, двусторонний воспалительный процесс в почке, больше слева, свободная жидкость в нижней части живота.

Принимая во внимание возникновение заболевания с ОРВИ, использование препарата из группе НПВП, которая провоцировала токсическую дозу - около 6,5-7,0 г, ранее существовавшая патология у ребенка, а именно хронический пиелонефрит, клинические синдромы,

упомянутые выше, позволили установить клинический диагноз: Острая лекарственная интоксикация с НПВП, преимущественно парацетамолом, токсический лекарственный гепатит. Интерстициальный лекарственный нефрит с нарушением регуляции функции почек. Острый гастродуоденит. Острый панкреатит. Терапевтическое лечение: оральная и венозная детоксикация, гепатопротектор – силимарин. Под контролем печеночных и почечных индексов проводилась антибиотикотерапия с цефиксимом.

Выводы: в случае необходимости применения НПВП предотвратить токсическое воздействия лекарств и осложнение является тщательный сбор анамнеза и перенесенные заболевание, клинические и лабораторные показателей печени, почек. Взвешенный подход к назначению НПВП, учет всех многогранных эффектов, действия этой группы лекарственных средств позволяют оптимизировать подходы к применению НПВП в педиатрической практике.

ВПЛИВ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСУ НА НОРМАЛІЗАЦІЮ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ХВОРИХ НА ШИГЕЛЬОЗ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

Букій С.М., Ольховська О.М., Онопко Н.В., Букій Л.А., Білоконова Л.А.
Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Кишкові інфекції (КІ) займають провідне місце серед патологій дитячого віку та представляють собою значну соціально-економічну проблему у більшості країн світу. За даними ВООЗ, серед всіх КІ найчастіше реєструється шигельоз, яким частіше хворіють діти раннього віку(до 70-80 %).

Серед родини герпесвірусів найбільш розповсюдженим є цитомегаловірус (ЦМВ). За даними різних авторів рівень інфікування дітей раннього віку у світі постійно зростає і складає до 65 % у популяції.

Метою дослідження було встановити вплив інфікування цитомегаловірусом дітей раннього віку на динаміку клініко-лабораторних показників хворих на шигельоз.

Нами проведений порівняльний аналіз клініко-лабораторних показників

у 63 дитини віком до п’яти років, хворих на шигельоз. В першу групу увійшли 33 дитини, хворих на шигельоз у вигляді моно-інфекції;

другу групу склали 30 дітей, хворих на шигельоз на фоні інфікування цитомегаловірусом.

Групи були репрезентативними за статтю та віком. У всіх дітей шигельоз протікав в середньотяжкій формі.

При моно-інфекції прояви загальної інтоксикації зростали швидкими темпами (протягом 1,92±0,67 діб), а у дітей другої групи відмічався поступовий розвиток інтоксікаційного синдрому (3,24±0,52 доби, $P \leq 0,05$). Тривалість лихоманки на 2,27±0,51 доби була довшою у дітей з фоновою інфекцією, ніж у дітей першої групи. Строки прояву діарейного синдрому також відрізнялися: у дітей з моно-інфекцією дисфункція кишківника зберігалась до 4,84±1,18 діб, а у дітей з наявністю ЦМВ – 7,41±1,08 ($P<0,05$).

Строки нормалізація показників клінічного аналізу крові та сечі в обох групах практично не відрізнялись. Розбіжність була тільки щодо нормалізації показників копрограми: у дітей першої групи копрограмма наближалась до норми на 5,58±1,12, а у дітей другої групи - на 9,24±1,32 доби ($P<0,05$).

Таким чином, нормалізація клініко-лабораторних показників у дітей, хворих на шигельоз та інфікованих ЦМВ, характеризується пролонгацією основних клінічних ознак, тривалішим збереженням змін лабораторних показників, а саме – змінами в копроцитограмі. На наш погляд, виявлені клініко-лабораторні особливості перебігу шигельозу у дітей, інфікованих ЦМВ, потребують подальшого дослідження, вивчення патогенетичного підґрунтя виявлених змін, що, в свою чергу, дасть можливість визначити шляхи удосконалення терапії хворих.

ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ТА ЇХ ПРАКТИЧНОЇ АПЛІКАЦІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

Булак Г.В., Козак Я.Р.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №2

Вступ. Актуальним завданням сучасної медицини є формування оптимального раціону харчування дітей раннього віку, необхідного для їх гармонійного росту та розвитку. Загально відомо, що саме перші роки життя відіграють вагому роль у процесі формування нашого організму. Значні темпи росту та розвитку, достатньо високий рівень обміну речовин та фізична активність визначають вищі харчові

потреби на даному етапі, забезпечення яких є надзвичайно важливим завданням.

Метою нашої роботи було вивчити важливість правильної організації раціонального харчування а формування їх практичних навичок у дітей раннього віку.

Обговорення. При складанні збалансованого раціону харчування необхідно враховувати фізіологічні потреби даної вікової категорії у поживних речовинах та вміст їх у продуктах споживання, найоптимальніші способи їх приготування та зберігання.

Період формування оптимальної харчової поведінки дітей раннього віку буде більш успішним, якщо харчування всієї сім'ї буде відповідати цим принципам.

Для правильного харчування дітей велике значення має дотримання добового та разового об'єму харчування, яке повинне відповідати віку дитини, стану її здоров'я та розвитку. Рекомендована кратність годувань для дитини складає не менше 5-ти разів на день (3 основних та 2 додаткових прийоми), що сприяє ритмічній роботі шлунку, виробленню травних ферментів та підтриманню постійного рівня глюкози крові. Слід враховувати, що на кратність харчування та об'єм спожитої їжі впливає загальний режим дитини. Надмірно тривалі прогулянки, енергійні рухи та захоплюючі ігри, особливо у дітей, що легко збуджуються, сприяють зниженню секреції травних ферментів. Важливим є створення спокійної атмосфери перед та під час прийому їжі.

Поведінка дитини за столом формується батьками. Саме вони відіграють важливу роль у формуванні в дитини моделі поведінки, повязаної з харчуванням. Діти віком старше року можуть вживати їжу, яку їдять дорослі зі сімейного столу. Регулярний прийом їжі разом з усіма членами родини сприяє соціальній адаптації дитини та зміцненню взаємовідносин. Одним з головних аспектів є атмосфера, що створюється навколо дитини під час прийому їжі, адже агресія, сварки та байдужість з боку батьків негативно позначається на психо-емоційному стані дитини, що має прямий вплив на роботу її шлунково-кишкового траку.

Варто враховувати, що поняття норми надто індивідуальне, тому не варто заставляти дитину, зокрема в агресивній формі, з'їсти всю страву або додаткову порцію, це може лише збільшити її відразу до даного продукту.

Необхідно допомогти дитині зрозуміти всю важливість правильної організації процесу споживання їжі, усунути чинники, що

можуть відволікати та розсіювати її увагу (перегляд мультиків, іграшки та інше).

Потрібно привчати дитину більше 1-го року до правильної поведінки за столом, дотримання гігієнічних навичок (миття рук перед прийомом їжі, використання серветок). У цей час активно відбувається формування власних навичок дитини і саме батьки стають головним об'єктом наслідування. Важливо подавати особистий приклад у вживанні тих продуктів, які включаються у раціон дитини. У разі відмови дитини від споживання певних страв, можна змінити спосіб їх приготування (наприклад, сирі овочі замість варених, печених).

Зовнішній вигляд страв також змінюється відповідно до зростання дитини. Важливим аспектом являється психо-емоційний фактор, адже діти даної вікової групи можуть залучатися до сервірування столу та приготування страв (наприклад, до прикрашання став, випікання печива і т.д.)

Продукти і страви в раціоні дітей віком 1-3 роки потребують особливої кулінарної обробки у зв'язку з незрілістю органів травлення та жувального апарату у цій віковій групі дітей. Не можна давати дитині надто гарячу або холодну їжу. Приготування страв для дітей раннього віку включає забезпечення механічно щадної форми (приготування м'яса і птиці у вигляді рублених, а не кускових виробів), відварювання овочів, широке використання різних видів запіканок та пудингів, виключення потрапляння у страви кісток з риби, якими дитина може поперхнутися. Слід завжди памятати про ретельну кулінарну обробку їжі та терміни її подачі дитині (не пізніше, ніж 30 хвилин після приготування).

У дітей раннього віку змінюється і потреба в основних харчових речовинах. Тому, формуючи меню для дитини, необхідно уважно стежити за тим, щоб добовий раціон їжі відповідав фізіологічним потребам не лише в кількісному, а й в якісному відношенні. Діти у віці 1-3 роки повинні отримувати 4г білка на 1 кг маси тіла на добу , з них 75% - тваринного походження (м'ясо, риба, яйця, сири), і 25% – росилинного (гречані, пшеничні, манні крупи); жиру – 4 г на 1 кг маси тіла, 10-15% якого повинен становити рослинний жир(оливкова, соняшникова, кукурудзяна олії), що є важливим джерелом поліненасичених жирних кислот для дитячого організму. Добова потреба у вуглеводах, як основного джерела енергії, становить 15-16 г на 1 кг маси тіла.

Надзвичайно важливим аспектом є дотримання правильного співвідношення харчових речовин при формуванні раціону дитини,

адже недостатній вміст одних та надмірне вживання інших речовин чинить негативний вплив на ріст та розвиток молодого організму. Наприклад, надлишок у продуктах жирів призводить до порушення обміну речовин і розвитку в подальшому ожиріння. Недостатній ж їх вміст сприяє втраті маси тіла дитини та зниженню опірності організму до інфекційних захворювань. Варто враховувати, що для здорового розвитку дитини має значення не лише достатня калорійність добового раціону, а й його збалансованість по кількісному та якісному співвідношенні основних харчових нутрієнтів.

Не варто забувати про адекватний питтєвий режим дитини. Адже нестача води в організмі, що активно росте, може призвести до порушення процесів обміну речовин. Добова потреба у воді для дітей віком 2 роки становить у середньому 80-90 мл, а у 3 річному віці – 65-75 мл на 1 кг маси тіла. Необхідно враховувати, що у спекотний період та при підвищеній активності потреба в рідині підвищується. Не слід привчати дитину до солодких газованих напоїв, соків адже вони не здатні втамувати спраги. Важливим також є факт, що воду діти отримують також і з рідкою їжею (суп, молоко, чай, компот) , які входять до добового раціону.

У харчуванні дітей віком від 1 до 3 років перевага надається молоку та молочним продуктам, які є важливим джерелом не лише високоякісного білку (близько 3г/100 мл), кальцію (необхідний для формування кісткової тканини), а також вітамінів В2, А.

Молоко та кисломолочні продукти (кефір, йогурт, ряжанка, тощо) повинні щоденно входити в раціон дитини і складати не менше 450-500 мл. До 2-х річного віку в раціоні харчування дитини молоко та молочні продукти повинні бути звичайної жирності (3,2% або 3,5%), а для дітей старше 2-х років –зі зниженим вмістом жиру. Поряд з цільним молоком і кисломолочними напоями у харчуванні дітей раннього віку доцільно використовувати спеціальні молочні напої та десерти, розробленні вітчизняними та міжнародними виробниками. Для дітей даної групи вони збагачені вітамінно-мінеральними комплексами (йод, залізо, цинк, селен, тощо), а також пре- та пробіотиками. Їх можна використовувати після основного прийому їжі або як альтернативу кондитерським виробам, котрі характеризуються вищим вмістом вуглеводів, ніж коктейлі та десерти.

Висновки : Таким чином, процес формування навичок раціонального харчування у дітей 1-3 років сприяє не лише фізичному здоров'ю та оптимальному інтелектуальному розвитку дитини, а й зменшує ризик хронічної захворюваності у дорослому віці. При організації харчування дітей старше року потрібно враховувати

індивідуальний розвиток дитини, її анатомо-фізіологічні особливості та психоемоційний стан. Активна участь батьків у процесах прийому їжі дитиною призводить не лише до формування правильних практичних навичок за столом у даної вікової групи а й зміцнення взаємовідносин між членами сім'ї.

Список літератури:

1.Making food healthy and safe for children: how to meet the caring for our children: national health and safety performance standards; Guidelines for early care and education programs / S.E. Benjamined. — 2nd edition. — Chapel Hill, NC: The National Training Institute for Child Care Health Consultants, Department of Maternal and Child Health, The University of North Carolina at Chapel Hill, 2012. — P. 2440.

2.Pediatrics & Child Health, 1 October 2012,Volume 17, Issue 8, Pages 455–457.

3.*The American Journal of Clinical Nutrition*, August 2017, Volume 106, Issue 2, 1, Pages 491–498.

4.The Lancet, 7-13 January 2017, Volume 389, Issue 10064, pages 91-102

5.Thorsdottir I. Whole cow's milk in early life / I. Thorsdottir, A.V. Thorisdottir // Milk and milk products in human nutrition / Eds. R.A. Clemens, O. Hernell, K.F. Michaelsen: Nestle Nutr. Inst. Workshop Ser. Pediatr. Program. — 2011. — V. 67. — P. 2940.

6.Sara E. Benjamin Neelon Preventing Obesity in Infants and Toddlers in Child Care, Maternal and Child Health Journal, July 2014, Volume 18, Issue 5, pp 1246–1257

ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ТА ЇХ ПРАКТИЧНОЇ АПЛІКАЦІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

Булак Г.В., Козак Я.Р.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №2

Резюме. У статті подаються дані щодо важливості правильної організації раціонального харчування у дітей раннього віку. Формування харчової поведінки дітей 1-3 років – процес тривалий і залежить від багатьох факторів: особливостей харчування матері під час вагітності, грудного вигодовування, генетично обумовленого сприйняття смаку та практичних навичок здорового харчування.

Ключові слова: раціональне харчування, харчова модель поведінки, діти раннього віку.

ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ И ИХ ПРАКТИЧИСКОЙ АППЛИКАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Булак Г.В., Козак Я.Р.
Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого
Кафедра педиатрии №2

*Резюме.*В статье представлены данные о важности правильной организации рационального питания детей раннего возраста. Формирование пищевого поведения детей 1-3 лет – очень длительный процесс, который зависит от многих факторов: особенности питания матери во время беременности, грудного вскармливания, генетически обусловленного восприятия вкуса и практических навыков здорового питания.

Ключевые слова: рациональное питание, пищевая модель поведения, дети раннего возраста.

PRINCIPLES OF WELL-BALANCED NUTRITION AND THEIR PRACTICAL APPLICATION FOR TODDLERS

Bulak G.V., Kozak Y.R.
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Pediatrics №2

Summary. This article provides data about the importance of well-balanced nutrition for toddlers. The process of shaping food behavior of toddlers is a lengthy process, which depends on a number of various factors – the nutrition aspects of the mother-to-be during pregnancy and breastfeeding, genetically determined sense of taste as well as practical skills of healthy eating.

Key words: well-balanced nutrition, nutritional behavior patterns, toddler.

ОСОБЛИВОСТІ ЕХОМОРФОЛОГІЇ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Вакуленко Л.І., Савченко А.В., Андрейченко І.І., Кунак О.В.
Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Порушення з боку серцево-судинної системи у дітей та підлітків із хронічною хворобою нирок (ХХН) формуються вже на ранніх стадіях і переважно перебігають субклінічно.

Мета роботи: визначити особливості серцевої діяльності у дітей з хронічним пієлонефритом (ХП) для проведення своєчасної корекції виявлених порушень та запобігання їх прогресуванню.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 93 дитини 6 - 17 років (51 хлопчик, 42 дівчинки) з ХПН поза загостренням запального процесу. Контроль склали 60 дітей аналогічного віку. Для дослідження морфометричних показників серцевих структур та внутрішньосерцевої гемодинаміки проводили ехокардіографію (ЕхоКГ) та допплерехокардіографію (ДЕхоКГ) в М - та 2D - режимі із застосуванням допплера в імпульсному режимі (PW) за стандартною методикою.

Результати. Пацієнти були розділені на 3 групи залежно від стадії хронічної хвороби нирок: відповідно 1-а - 59 дітей із ХЗН 1 стадії, 2-а група – 20 із ХЗН 2 стадії, до 3-я групи – 14 із ХЗН 3 стадії.

Показник фракції викиду (ФВ), який характеризує скоротливу функцію лівого шлуночка (ЛШ), статистично значуще від норми не відрізнявся, склавши в середньому 64,4±3,8%. Загальний периферичний судинний опір (ЗПСО) був вірогідно вищим тільки у 3-ій групі і мав позитивний кореляційний зв'язок з рівнем артеріального тиску у хворих ($r = 0,51$, $p < 0,05$). Показники ударного та серцевого індексів в переважної більшості хворих (62,4%) були вірогідно більшими ($p < 0,05$), у інших 37,6% не відрізнялись від рівню контролю.

Під час прогресування ХЗН відбувалось поступове збільшення порожнини ЛШ: величини КДІ та КСІ у 1-ій групі були в межах вікової норми, у 2-ій групі мали тенденцію до збільшення без вірогідної відмінності, а в 3-ій групі вже статистично значуще перевищували нормативні показники і склали відповідно 58,4 ± 6,2 мл/м^2 та 63,6± 7,1 мл/м^2. Встановлене статистично значуще збільшення індексу маси міокарду (ІММ), порівнюючи з нормативними показниками. В цілому, гіпертрофію ЛШ було визначено у 36,6% з ХЗН, переважно у хворих 3-ї групи. Показник ІММ мав негативний кореляційний зв'язок зі ШКФ ($r=-0,38$, $p<0,05$). Під час прогресування ХЗН вірогідно зменшувалася відносна кількість пацієнтів з нормальною геометрією ЛШ та збільшувалася - з концентричною і ексцентричною гіпертрофією ЛШ, склавши у 3-ій групі 21,4% та 28,6%, відповідно ($p<0,05$).

Висновки. Показники ехоморфології серця у хворих на ХП свідчать про ремоделювання ЛШ вже на ранніх стадіях ХХН. Переважають ексцентрична та концентрична гіпертрофія ЛШ. Виявлені зміни не впливають на скоротливу функцію ЛШ.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НАУКОВО-ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЗА НАПРЯМКОМ «ДИТЯЧА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ»

Водолажський М.Л.[1,2], Сидоренко Т.П.[1,2], Фоміна Т.В.[1], Кошман Т.В.[1]
[1] ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», м. Харків
[2] Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Дитяча ендокринологія є важливою частиною клінічної педіатрії. Актуальність досліджень за цим напрямком обумовлена світовими тенденціями щодо поширення ендокринної патології серед верств дитячого та підліткового населення.

Мета: удосконалення науково-інформаційного забезпечення фахівців галузі охорони здоров'я дітей та підлітків. Для досягнення мети поставлено наступне завдання: надати інформаційно-аналітичну оцінку дослідницьким роботам, проведеним за напрямком дитячої ендокринології в Україні у 2001–2017 рр.

Об'єкт дослідження: інформаційні та інноваційні ресурси 39 науково-дослідних робіт (НДР) та 79 дослідницьких робіт (ДР) з дитячої ендокринології (за шифром спеціальності 14.01.14 Ендокринологія та 14.01.10 Педіатрія, термін виконання 2001–2017 рр.).

Методи дослідження: інформаційної аналітики, наукометричний, бібліометричний, статистичний аналіз, опитування.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз обсягу дослідницьких робіт (НДР та ДР), проведених в Україні у 2001–2017 рр. за тематичними напрямками дитячої ендокринології свідчить, що за цей період має місце збільшення кількості НДР у 1,5 рази (10 НДР у 2001–2005 рр., 15 – у 2011–2017 рр.), а також кількості ДР у 2,5 рази: як за шифром спеціальності 14.01.10 «Педіатрія» (8 ДР у 2001–2005 рр., 20 у 2001–2017 рр.), так і за шифром спеціальності 14.01.14 «Ендокринологія» (8 ДР у 2001–2005 рр., 21 у 2001–2017 рр.). Відсоток НДР з проблем цукрового діабету у загальному обсязі досліджень склав 38,48 %, з проблем щитоподібної залози 53,8 %, ожиріння – 5,12 %. Більш за все виконувалось ДР за проблемами цукрового діабету (59,49 %) та патології щитоподібної залози (20,25 %) як за шифром спеціальності 14.01.14 «Ендокринологія», так і за шифром 14.01.10 «Педіатрія». За результатами опитування фахівців з дитячої ендокринології з'ясовано підвищення уваги до статей у зарубіжних наукових журналах; значущості безперервної медичної освіти,

відвідування наукових форумів різного рівня, обмін досвідом з колегами.

Висновки. В Україні стабільно здійснюється дослідницька діяльність за актуальними напрямками дитячої ендокринології, у тому числі діабетології. Важливим є моніторинг науково-дослідних робіт та науково-технічної продукції для удосконалення впровадження результатів досліджень у практику лікарів.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ганиев А.Г., Мирзаева З.У., Садикхужаева М.У.,Каримова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе в Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей респираторными аллергозами и их более тяжелое течение. По результатам ряда исследователей, распространенность РА в Республике Узбекистана варьирует от 1,7% до 7,2%, что обусловлено не только влиянием внешних региональных факторов, но и использованием различных методов диагностики. В настоящее время РА рассматривают как мульти-факториальное полигенное заболевание. Развитие хронического аллергического воспаления дыхательных путей, лежащего в основе бронхиальной астмы, может быть обусловлено рядом факторов (генетическая предрасположенность к атопии и гиперреактивности бронхов, повышенному синтезу определенных цитокинов, нарушения нейро-иммунно-эндокринного комплекса и др.).

Цель исследования: Анализ влияния базисной противовоспалительной терапии на показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и уровень контроля над заболеванием у детей с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование 35 детей в возрасте от 4 до 15 лет с БА. Исследование ФВД проводилось методом спирометрии на диагностическом спирометре Spirolab II с оценкой основных показателей; оценка и интерпретация результатов проводилась в соответствии с международными рекомендациями. Оценка ФВД проводилась всем детям до назначения базисной терапии и спустя 3 месяца после начала лечения. Кроме того, дважды было проведено анкетирование детей по

адаптированным опросникам для детей - Тест по контролю над БА у детей (АСТ): до назначения базисной терапии и спустя 3 месяца после начала лечения.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные у общей группы детей с лёгким течением бронхиальной астмы в периоде обострения заболевания достоверных изменений показателей форсированной жизненной емкости лёгких (ФЖЕЛ) и объёма форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ]) не отмечалось. Однако, у больных с лёгким течением бронхиальной астмы регистрировалось понижение пиковой скорости выдоха (ПСВ, $p<0,02$), максимальных объёмных скоростей потока кривой в точках, соответствующих 25, 50 и 75% форсированной жизненной ёмкости лёгких (МОС25, $p<0.001$; МОС50, $p<0,001$; МОС75, $p<0,001$) и средних значений максимальных объёмных скоростей потока кривой в интервалах от 25 до 75% и от 75 до 85% форсированной жизненной ёмкости лёгких ($СМОС_{25\_75}$, $p<0,001$; СМОС75.85, $p<0,001$). Спустя месяц от начала наблюдения и лечения, у больных лёгкой формой бронхиальной астмой констатировалось удовлетворительное общее состояние, никаких жалоб пациенты не предъявляли, астматические приступы за указанный промежуток времени у них не возникали, клинические проявления болезни отсутствовали. Значения флоуметрических показателей у детей с лёгким течением бронхиальной астмы в периоде клинической ремиссии заболевания существенно не отличались от значений указанных показателей у практически здоровых детей. Доля детей с БА легкой степени составила 43 %, с БА средней тяжести - 49 %, с БА тяжелой степени - 8 %. До начала лечения нарушения ФВД по обструктивному типу были выявлены у 81 % ребенка, по рестриктивному типу - у 3 %, по смешанному типу - у 4 %, у 12 % детей вентиляционных нарушений не было выявлено. После курса лечения нарушения ФВД по обструктивному типу отмечались лишь у 15 % детей, нарушений по рестриктивному типу не было выявлено, по смешанному типу нарушения оставались у 1 % ребенка, у 84 % пациентов отсутствовали нарушения ФВД. Контролируемая БА была установлена у 57 % пациентов до начала лечения и у 83 % после курса лечения, неконтролируемая БА выявлена у 43 % и у 17 % соответственно ($p=0,0012$).

Выводы: На фоне проводимой базисной противовоспалительной терапии у детей с БА отмечено значимое улучшение показателей ФВД и повышение контроля над заболеванием.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ганиев А.Г., Урумбаева З.А., Зайнабитдинова С.Н.,Усманова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. В последние годы достигнут определённый прогресс в изучении механизмов развития бронхиальной астмы в детском возрасте, уточнены клинико-функциональные критерии этого заболевания, внедрены новые технологии лечения обострений заболевания и программы профилактического лечения, что повысило качество жизни больных детей и их родителей. Современное комплексное лечение детей с бронхиальной астмой проводится с учётом тяжести течения и периода болезни и предусматривает применение бронходилататоров и муколитиков, базисных противовоспалительных препаратов, антилейкотриеновых и антимедиаторных средств, специфической иммунотерапии, физиотерапевтических процедур, рефлексо- и психотерапии. Развитие хронического аллергического воспаления дыхательных путей, лежащего в основе бронхиальной астмы, может быть обусловлено рядом факторов (генетическая предрасположенность к атопии и гиперреактивности бронхов, повышенному синтезу определенных цитокинов, нарушения нейро-иммунно-эндокринного комплекса и др.).

Цель: Выявить предикторы бронхиальной астмы (БА) у детей дошкольного возраста.

Результаты и обсуждения: Обследовано 87 детей в возрасте 2-7 лет. В I-ю гр. включены дети часто длительно болеющие (ЧДБ) с атопическим синдром, но без бронхообструктивных проявлений (всего 21 человек). Во II-й гр. - 49 детей ЧДБ. В III гр. - 17 детей с легкой БА в ремиссии. В основных группах были выделены подгруппы: а) дети с нормальной и б) дети избыточной массой тела (ИМТ) на основании оценки индекса массы тела Кетле-2 в возрасте 2-3 лет. Больным проведена компьютерная бронхофонография (КБФГ). Результаты КБФГ оценивались в зависимости от выраженности обструктивных вентиляционных нарушений (ОВН): норма скрытая и явная бронхообструкция. В качестве статанализа использовался метод углового преобразования Фишера. При оценке индекса МТ избыточная масса выявлена в I гр. в подгруппе с ИМТ - у 8 детей (0,48); во II гр. - у 6 детей (0.24); в III гр. зарегистрировано 7 детей с ИМТ (0,56). Анализ

КБФГ в подгруппах с ИМТ показал, что в I гр. без ОВН выявлено 2 больных (0,31; p<0,05), со скрытыми нарушениями - 2 больных (0,31) с явными ОВН - 3 случая (0,38; p<0,05 в сравнении с подгруппой детей с нормальной массой тела). Во II гр. с ИМТ: без ОВН - 4 (0,34); со скрытыми нарушениями - 4 детей (0,5), с явными ОВН - 1 (0,16). Во II гр. нет различий между подгруппами по ОВН. В III гр. в п/гр. с ИМТ: без ОВН не зарегистрировано; со скрытыми нарушениями - 3 больных (0,38; p< 0,05), с явными ОВН - 6 больных (0,61, p< 0,05; в сравнении с показателями у больных имеющих нормальную массу тела).

Вывод: Нарушения вентиляции чаще встречались у подгрупп больных, имеющих ИМТ особенно в I и III гр, в этих группах у детей чаще регистрировалась ИМТ. Необходимы дальнейшие исследования с оценкой влияния ИМТ и ожирения как предикторов формирования БА.

ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Ганиев А.Г., Усманова М.А., Батиров А.Р., Хайдарова Л.Р.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Синдром Лайелла (острый или токсический эпидермальный некролиз) — тяжелое полиэтиологическое заболевание аллергической природы, характеризующееся острым нарушением общего состояния пациента, буллезным поражением всего кожного покрова и слизистых. Быстрое развитие обезвоживания, токсическое поражение почек и других внутренних органов, присоединение инфекционного процесса часто приводят к летальному исходу заболевания. Диагностика синдрома Лайелла включает объективное обследование пациента, постоянный мониторинг данных коагулограммы, клинических и биохимических анализов крови и мочи. Лечение синдрома Лайелла включает проведение неотложных мероприятий, методы экстракорпорального очищения крови, инфузионную терапию, введение больших доз преднизолона, антибиотикотерапию, коррекцию водно-солевых нарушений и др. Наиболее частой, но не единственной, причиной синдрома Лайелла является применение лекарственных средств. Продромальный период длится от нескольких часов до 2 - 3 дней и проявляется общими симптомами интоксикации. Критический период является наиболее ярким и специфическим: выражены кожные поражения, характерно отслоение эпидермиса с положительным

симптомом Никольского. Особенностями синдрома Лайелла, отличающими его от других токсикодермий, является стремительное прогрессирование, отсутствие наследственной отягощенности и отсутствие в катамнезе повторных эпизодов.

Ребенок А. от 3 беременности, 1 срочных родов. Вскармливание с первых дней жизни – искусственное смесью «НАН». Введение первого прикорма с 4 месяцев – овощное пюре, фруктовое пюре: яблоко, груша. Аллергологический анамнез – без особенностей.

● 08.01.17 ввели в рацион около ½ чайной ложки фруктового пюре.

● 09.01.17. Кожа ребенка с участками гиперемии в области от носа до подбородка, на щеках и носу сухие, кровянистые следы от расчесов. На спине небольшая мелкоточечная сыпь, бледная. На животе, сбоку – шелушение. 10.01.17. Интенсивность высыпаний усилилась. В области губ, рта кожа шершавая на ощупь, потрескавшаяся. В 20:00 вызвана СМП и с резким ухудшением доставлен в ОДММЦ.

При поступлении: состояние тяжелое, по всей поверхности кожи множественные эрозии. На коже рук, ног, спины, груди, живота (общая площадь 44%) участки с лопнувшими пузырями. Симптом Никольского положительный. ЧДД = 36 в минуту. ЧСС = 128 в минуту.

Диагноз: токсический эпидермолиз (синдром Лайелла).

Получал лечение: димедрол, дексаметазон, преднизолон, супрастин, цефтриаксон – в/в, смекта – внутрь, а также - инфузионная терапия. Местно: перевязки с солкосерилом, йодопироном; бепантен, адвантан.

Состояние ребенка при выписке: с улучшением. Кожа бледно - розовая, очагов эпидермолиза нет. ЧД = 32 в минуту. ЧСС = 124 в минуту.

Выводы:

1. Таким образом, имел место синдром Лайелла - острая тяжелая токсико-аллергическая реакция.

2. Заболевание у данного ребенка спровоцировано пищевым аллергеном.

3. Своевременная диагностика и своевременное начало терапии сыграли ключевую роль в успешном исходе данного случая.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНОЇ ДЕТЕРМІНАНТИ У РЕАЛІЗАЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Гончарь М.О.[1], Бойченко А.Д.[1], Кондратова І.Ю.[1,2], Комова В.О.[2], Левинська О.О.[2]

[1]Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології
[2]Регіональний перинатальний центр, Харків

Доведена роль спадкових факторів у схильності до розвитку захворювань серцево-судинної системи, проте реалізація цієї схильності у фенотип хвороби відбувається у разі реалізації генетичної програми за певних умов та факторів зовнішнього середовища.

Виявлення та проведення асоціації генів-кандидатів розвитку серцево-судинної патології з розвитком серцево-судинних розладів на етапах гемодинамічної адаптації у передчасно народжених дітей стало метою нашого дослідження.

Проведено клініко-інструментальне та молекулярне генетичне обстеження 244 передчасно народжених дітей зі строком гестації від $26^{0/7}$ до $36^{6/7}$ тижнів. Контрольна група – 319 здорових доношених новонароджених.

За результатами дослідження виявлено, що у передчасно народжених дітей генотипи СС та СТ поліморфізму гена eNOS можуть бути факторами ризику тривалого персистування легеневої гіпертензії та порушення діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ), про що свідчить наявність асоціації між даними генотипами та рівнем середнього тиску у стовбурі легеневої артерії (ЛА) (p = 0,004) та часом ізоволюмічного розслаблення (p = 0,01). Наявність алелі С поліморфізму гена мітохондріальної супероксиддісмутази (MnSOD2) асоціюється зі зниженням інтегральних показників систолічної функції правого шлуночка (ПШ) (ударний індекс (УІ) ПШ за методом Simpson, p=0,035 та фракція викиду (ФВ) ПШ за методом Simpson, p = 0,017), підвищенням індекса Теї ПШ (p=0,043) та середнього тиску у стовбурі ЛА (p=0,04). За результатами проведеного аналізу KW: H (2, n = 43) = 6,744186, p = 0,0343) кінцево-діастолічний індекс (КДІ) ПШ за методом Simpson має зв'язок з генотипом СС. У 16,67% передчасно народжених дітей з наявністю алелі С поліморфізму гена MnSOD2 середній тиск у стовбурі ЛА становив 31,2 ± 2,7 мм рт ст, ($p \leq 0,05$) та був вищим порівняно з групою контролю. Асоціація генотипу АА поліморфізму гена ß1-адренорецепторів (ADRB1) зі збільшенням КДІ

ПШ за методом Simpson є маркером активації симпатико-адреналової системи, що мало відбиток на морфологічних змінах камер серця.

Таким чином, встановлено, що механізмами реалізації розвитку серцево-судинних розладів у передчасно народжених дітей є генотип СС поліморфізму eNOS, генотип СС та ТС поліморфізму MnSOD2. Отримані дані можуть бути використаними у прогнозуванні індивідуального ризику розвитку кардіоваскулярної патології та у складанні генетичного паспорту особи.

НЕОНАТАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Гончарь М.О.[1], Іванова Є.В.[1], Кондратова І.Ю.[1,2], Комова В.О.[2]

[1]Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії № 1 та неонатології

[2]Регіональний перинатальний центр, Харків

Неонатальні аритмії є одним з проявів порушення адаптації серцево-судинної системи новонародженого в постнатальному періоді, тому їх діагностика залишається актуальним питанням сучасної неонатальної служби.

Мета: Вдосконалення ранньої діагностики неонатальних порушень серцевого ритму та провідності та визначення факторів ризику щодо їх розвитку.

Матеріали та методи: Обстежено 187 новонароджених, проведено аналіз даних анамнезу, результатів Холтеровского моніторування ЕКГ (ХМ-ЕКГ), статистичний аналіз.

Результати: Немовлята розподілені на 2 групи: 1 група (n=126) – новонароджені з порушеннями серцевого ритму та провідності за результатами ХМ-ЕКГ, 2 група (n=61) – діти без аритмій.

Аналіз даних анамнезу виявив, що ускладнення акушерсько-гінекологічного анамнезу мали 86,5% матерів новонароджених 1 групи та 67,2% матерів новонароджених 2 групи, екстрагенітальну патологію - 60,3% матерів новонароджених 1 групи та 42,6 % матерів дітей другої групи, що стало факторами ризику щодо розвитку неонатальних аритмій ($\chi 2 = 9{,}641$; $p<0.002$ та $\chi 2=5.190$; $p<0.02$ відповідно)

Серед діагностованих аритмій найбільш часто зустрічалася синусова тахіаритмія у поєднанні з ознаками порушенньо процесів реполяризації міокарда лівого шлуночка – у 70,6% та суправентрикулярна екстрасистолія - у 33,3% ($p<0.05$). Синусову брадіаритмію діагностовано у 7,1% новонароджених 1 групи, у 11,1% - шлуночкову екстрасистолію, у 7,9% - атріовентрикулярну (АВ)

вузлову екстрасистолію, у 11,9% - транзиторну атріовентрикулярну блокаду 1 ступеню, у 8,7% - епізоди транзиторної атріовентрикулярної блокади 2 ступеню, 27,8% мали міграцію водія ритму, 28,6% - транзиторне подовження інтервалу QT, 11,1% – паузи ритму.

Висновки: Найбільш частими видами неонатальних аритмій були порушення автоматизму та збудливості синусового вузла з розвитком синусової тахікардії та суправентрикулярної екстрасистолії. Встановлено наявність зв`язку між порушеннями акушерсько-гінекологічного анамнезу, наявністю екстрагенітальної патології у вагітних та розвитком неонатальних порушень серцевого ритму.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Горячко А.Н.[1], Сукало А.В.[1], Уварова Е.В.[1], Улезко Е.А.[2], Свирская О.Я.[2], Самойлович С.В.[2], Станкевич О.Б.[2]
[1]УО «Белорусский государственный медицинский университет»
1-я кафедра детских болезней
[2]ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»
Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить показатели коагулограммы у доношенных новорожденных с врожденной пневмонией.

Задачи исследования. Провести анализ особенностей коагулограммы и клинических проявлений нарушения гемостаза у доношенных новорожденных с врожденной пневмонией.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 90 доношенных новорожденных на 1 и 5 сутки жизни, находившихся в родильном физиологическом отделении и педиатрическом отделении для новорожденных детей РНПЦ «Мать и дитя». Критериями исключения являлись: наличие хромосомной патологии и генетических заболеваний, антенатально выявленные пороки развития, рождение в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий. Критерии постановки диагноза врожденная пневмония: клинико-лабораторные данные и рентгенологическая верификация воспаления легких в первые 72 часа жизни.

В ходе исследования все новорожденные были разделены на две группы.

В исследуемую группу вошло 45 доношенных детей с врожденной пневмонией, родившихся в сроке гестации 39,2±0,71 (39,1-39,8) недель, массой тела 3337,1±354,57 (3233,5-3439,7) г, длиной

тела 51,6±2,44 (51,3-52,9) см, окружностью головы 34,5±1,27 (34,2-35,1) см, окружностью груди 33,8±1,22 (33,2-34,3) см.

Контрольную группу составили 45 здоровых доношенных новорожденных в сроке гестации 39,4±0,76 (39,1-39,6) недель, массой тела 3416,8±252,75 (3354,4-3485,3) г, длиной тела 52,3±1,68 (52,0-53,1) см, окружностью головы 34,5±1,17 (34,3-35,8) см, окружностью груди 33,6±1,11 (33,1-34,3) см.

Анализ антропометрических данных новорожденных исследуемой и группы контроля не выявил достоверных различий.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета программ Statistica 10 и Microsoft Excel. При нормальном распределении величин рассчитывалось среднее и его среднеквадратичное отклонение (M±SD) с указанием доверительного интервала (±95% ДИ), критерий Стьюдента (t), при отличном от нормального – медиана (Me) и межквартильный размах (25%-75%), критерий Манна-Уитни (U).

Для определения статистически значимых различий качественных величин использовался метод хи-квадрата (χ^2) или точный критерий Фишера (F). Различия считали статистически достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Новорожденным исследуемой и группы контроля на 1 и 5 сутки жизни проведено определение показателей свертываемости крови по данным: активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) 38,6 (33,0-50,1) и 32,1 (30,9-33,6), U=682,5, $p<0,001$; 34,7 (32,6-37,3) и 30,1 (28,7-30,7), U=216,5, $p<0,001$; коэффициента АЧТВ (R) 1,4 (1,29-1,7) и 1,2 (1,1-1,2), U=791,5, $p<0,001$; 1,29 (1,23-1,42) и 1,1 (1,0-1,1), U=146,0, $p<0,001$; протромбинового времени 20,4 (17,6-23,4) и 16,3 (15,4-17,2), U=525,5, $p<0,001$; 17,3 (16,4-19,3) и 14,7 (13,8-15,5), U=297,5, $p<0,001$; протромбинового индекса по Квику 57,1 (46,1-72,0) и 78,3 (72,2-84,3), U=536,5, $p<0,001$; 73,8 (67,1-78,2) и 94,6 (87,9-101,2), U=234,5, $p<0,001$; международного нормализованного отношения 1,6 (1,4-1,9) и 1,3 (1,2-1,3), U=536,5, $p<0,001$; 1,4 (1,3-1,5) и 1,1 (1,1-1,2), U=144,0, $p<0,001$; тромбинового времени 19,5 (17,5-22,4) и 16,9 (16,2-17,6), U=705,0, $p<0,001$; 17,8 (16,4-19,5) и 15,1 (13,8-16,2), U=438,5, $p<0,001$; фибриногена 3,0 (2,6-3,4) и 3,5 (3,2-3,9), U=942,5, $p<0,001$; 3,5 (3,1-3,6) и 4,3 (3,9-4,7); U=298,0, $p<0,001$, соответственно.

У младенцев исследуемой группы в 6,7% выявлено внутрижелудочковое кровоизлияние и в 4,4% отмечено развитие геморрагического синдрома, что не имело статистически значимых различий (F=0,03, p=0,121; F=0,01, p=0,5) по сравнению с 2,2% случаев

геморрагического синдрома в группе контроля. По всем клиническим проявлениям нарушений гемостаза между доношенными с врожденной пневмонией и здоровыми новорожденными статистически значимых различий не выявлено (F=0,03, p=0,101).

Выводы. У доношенных новорожденных с врожденной пневмонией в течение раннего неонатального периода по данным коагулограммы отмечалась склонность к гипокоагуляции без достоверных различий между группами по геморрагическим проявлениям.

ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Губарь С.О.[1], Одинец Ю.В.[1], Саратов В.Н.[1], Жаркова Т.С.[1]
Харьковский национальный медицинский университет
[1]Кафедра педиатрии № 2
[2]Кафедра детских инфекционных болезней

Адаптация организма при тяжелых, критических состояниях больного во многом зависит от энергообеспечения клеток, использования мобильных субстратов, какими являются углеводы. Транспорт и утилизация глюкозы зависит от ряда факторов, среди которых решающее значение имеет влияние гормонов на транспорт и метаболизм на клеточном уровне с участием регуляторных механизмов «обратной связи» и субстрат-ферментной активации.

Цель – изучить состояние гормонов регуляторов углеводного обмена и их влияние на транспорт и активность ферментов внутриклеточного метаболизма глюкозы у детей с осложненными формами пневмоний путем исследования уровней гормонов в сыворотке крови - инсулина (Ин), кортизола (К), глюкагона (Г), С-пептида (С-п) радиоиммунным методом (РИА), активности ключевых ферментов гликолиза - гексокиназы (ГК), фосфофруктокиназы (ФФК) и тканевого дыхания - цитохромоксидазы (ЦО), цитохрома С (ЦитС) - спектрофотометрическим.

Исследование проведено у 68 больных в возрасте от 2 мес. до 3 лет с тяжелыми бронхолегочными заболеваниями в остром периоде заболевания. У 33 детей диагностировали пневмонию с общетоксическим синдромом, у 24 – с гнойными легочными и легочно-плевральными (ОДЛ) осложнениями (группа наблюдения - I гр.), у 11 – острый обструктивный бронхит и острый бронхиолит

(группа сравнения –II гр.) и показатели 26 здоровых детей служили контролем (III гр.).

В остром периоде заболевания выявили повышение уровней всех исследуемых гормонов у больных анализируемых групп. Так, уровень Ин у больных I группы составил 50,92±13,38мкЕД и достоверно ($p<0,001$) был выше чем у больных II группы (29,75±3,59мкЕД) и здоровых детей (13,53±0,96мкЕД). Уровень К у больных I группы – 802,1±159,4 нмоль/л в 2,4 и 4,9 раза выше чем у II (327,7±47,8 нмоль/л) и контрольной группах (163,5±23,7 нмоль/л). Уровень Г в I группе составил 315,7±49,1 пг/мл, что в 1,8 и 3,4 раза больше чем у больных группы сравнения и контроля. В остром периоде заболевания снижалась активность ФФК, ГК, ЦО, ЦитС у всех больных, но в большей степени при развитии ОДЛ ($p< 0,05$). В крови регистрировали гипергликемию - 6,16±0,31 и 6,89±0,26 ммоль/л, тенденцию к снижению холестерина и бета-липопротеидов, гипо- и диспротеинемию. Повышение уровня С-п в крови (1,818±0.454пг/мл; норма 0,596±0,068пг/мл) подтверждает достоверное увеличение продукции Ин бета-клетками поджелудочной железы, исключая ошибочно высокий результат РИА из-за возможной инсулиноподобной активности продуктов деградации гормона. Регистрируемые в остром периоде заболевания высокие уровни Ин и контринсулярных гормонов в сочетании с гипергликемией, снижением показателей липидов крови, диспротеинемией, низкой активностью ГК, ФФК свидетельствуют о доминирующем влиянии контринсулярных гормонов на транспорт глюкозы в клетки и прямом или косвенном влиянии на снижение субстрат-ферментной активации гликолитических ферментов. Подтверждением изложенному являются выявленные обратные корреляционные взаимосвязи уровней гормонов и ферментов гликолиза: Г и ГК ($r= - 0,77$), К и ГК ($r= - 0,58$), К и ФФК ($r= - 0,52$), Ин и ФФК ($r= - 0,41$), а также прямая - Ин и глюкозы ($r= 0,58$).

Одновременно со снижением активности ферментов гликолиза регистрировали низкую активность показателей тканевого дыхания а также, установлены достоверные прямые корреляционные взаимосвязи ГК и ЦО ($r= + 0,41$), ГК и ЦитС ($r= + 0,41$), ФФК и ЦО ($r= + 0,75$), ФФК и ЦитС ($r= + 0,46$), что указывает на зависимость внутриклеточного метаболизма глюкозы и тканевого дыхания. Снижение клеточного энергетического аденилатного заряда Аткинсона в физиологических условиях включает механизм регуляции по принципу «обратной связи» - усиление внутриклеточного транспорта глюкозы в клетку и ее метаболизм. У больных с

осложненными пневмониями при наличии гипергликемии в острую фазу заболевания регистрировали низкую активность ферментов гликолиза и тканевого дыхания при повышении уровней инсулина и контринсулярных гормонов.

Выводы:

1. Уровни инсулина, глюкагона, кортизола, С-пептида в крови повышались в острую фазу осложненных пневмоний и в большей мере при развитии ОДЛ.

2.Влияние гормонов на регуляцию уровня глюкозы в крови и транспорт ее в клетку свидетельствует о доминировании контринсулярных гомонов и развитии относительной инсулиновой недостаточности.

3. Низкая активность ферментов гликолиза обусловлена ухудшением транспорта глюкозы в клетку (нарушение механизма субстрат-ферментной активации), а также, возможно, прямым действием контринсулярных гормонов.

4. Снижение показателей тканевого дыхания, гликолиза при гипергликемии у больных свидетельствует о нарушении энергообеспечения клетки и за счет сбоя в регуляции по принципу «обратной связи» и не может быть объяснено только дисбалансом гормонов. Значение имеет гипоксия и, вероятно, ряд иных патологических или адаптивных механизмов воспаления.

ВПЛИВ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Губар С.О., Юркіна І.С., Юнцова К.О.
Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) є найбільш частим хронічним захворюванням запального характеру, що вражає дихальні шляхи з періодичним виникненням обструктивного стану.

Патогенез БА є мультифакторним. У більшості випадків виникнення захворювання пов'язано з впливом на організм інфекційних і алергічних агентів. За наявністю достатньої кількості тригерних факторів розвитку БА, велике значення мають респіраторні інфекції. Близько 20% гострих інфекцій дихального апарату пов'язані з атиповим збудником. Найбільш значущими з них є Chlamydophila pneumoniae (C. pneumoniae), Mycoplasma pneumoniae (M. pneumoniae), Mycoplasma hotninis (M. hominis).

Дані збудники здатні ініціювати БА і впливати на перебіг і кількість загострень негативним чином.

Мета. Визначення впливу хламідійної інфекції на перебіг БА у дітей для подальшого удосконалення базисної терапії.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 25 дітей віком від 1 до 15 років, що страждають на бронхіальну астму, у періоді загострення захворювання. Легкий перебіг захворювання зареєстровано у 13 (55,1%) хворих, середньотяжкий - у 10 (43,4%), важкий перебіг - у 2 (1,5%) пацієнтів. Для визначення клініко-лабораторних особливостей перебігу БА, на тлі респіраторної інфекції, викликаної C. pneumoniae, була виявлена ДНК збудника в слизу із зіву і мокроті методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР); серологічна діагностика сироватки крові проводилася методом імуноферментного аналізу (ІФА) діагностичними тест-системами. Активність інфекційного процесу оцінювали за даними ІФА (підвищення рівню IgM в крові) та позитивного результату ПЛР.

Результати. За результатами обстеження, інфікованість ХІ була виявлена у 14 (56%) дітей з БА, які склали основну групу спостереження. Гострий перебіг хламідійної інфекції (ХІ) було діагностовано у 2 (14%) дітей, хронічний перебіг з рецидивом інфекційного процесу відзначено у 9 (64,3%) хворих, що мають високі титри протихламідійних антитіл класу IgG. У 3 (21,4%) дітей виявлялися низькі титри антитіл класу IgG без наростання в динаміці. Гострий перебіг ХІ і загострення хронічного розцінювали як активний інфекційний процес. Для виявлення впливу хламідійної інфекції на клінічну картину БА нами проаналізовано особливості перебігу поточного загострення БА у дітей з поєднанням астми і респіраторного хламідіозу і неінфікованих пацієнтів. Важкість стану на момент надходження у дітей основної групи була обумовлена сукупністю бронхообструктивного і інтоксикаційного синдромів. Більш ніж у половини хворих цієї групи при надходженні відзначалася експіраторна задишка у стані спокою - 9 (64,3%) дітей, у 3 (21.4%) експіраторна задишка спостерігалася при фізичному навантаженні, у 2 (14.3%) симптоми дихальної недостатності були мінімальними.За показниками фізикальних змін в лшегенях і даними дослідження функції зовнішнього дихання термін загострення був на 5-7 діб тривалішим у хворих БА з ХІ.

Симптоми інтоксикації (слабкість, млявість, зниження апетиту, підвищена стомлюваність, субфебрильна або фебрильна лихоманка) були у 8 (57,1%) пацієнта основної групи. Серед дітей з БА,

неінфікованих C. pneumoniae, симптоми інтоксикації відзначалися у меншої кількості пацієнтів. Збільшення периферичних лімфатичних вузлів (підщелепних та передньошийних) виявляли у більшості дітей з БА на тлі респіраторного хламідіозу. При фізикальному обстеженні дітей з ХІ було характерним велика кількість різнокаліберних вологих хрипів над всією поверхнею легенів - 8 (57,1%) хворих, що свідчить про переважання вазосекреторного компонента в механізмі бронхіальної обструкції, тоді як серед неінфікованих подібна картина відзначалася тільки у 10% випадків.

На підставі вищенаведених даних, можемо зробити висновки:
1. Перебіг БА як основного захворювання при інфікуванні C. Pneumoniae тяжче з певними симптомами (задишка в спокої, субфебрилітет, симптоми інтоксикації) у порівнянні з пацієнтами, що були не інфіковані ХІ.
2. Період загострення триваліший (на 5-7 діб) у хворих на БА с ХІ.
3. Це обґрунтовує доцільність призначення одночасно з базисною терапією БА курсу етіотропної терапії ХІ.

РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС - КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Гурагата А.М., Марталог П.Н., Ченуша Ф.В., Ротару Д.И.
Государственный университет медицины и фармации
имени Николая Тестемицану
Департамент Педиатрии
Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Актуальность проблемы неонатального сепсиса (НС) определяется разнообразием клинических проявлений, затруднениями в диагностике и лечении заболевания, новыми научными данными о синдроме системного воспалительного ответа. Согласно классификации НС бывает ранним (РНС) и поздним (ПНС). Основная причина РНС это инфицированность матери, типично антенатальное инфицирование восходящим, контактным или гематогенным путем. ПНС манифестирует после 72 ч жизни и, как правило, в 50% случаев является результатом нозокомиальных инфекций. ВОЗ рекомендует отнести к факторам риска наличие материнской инфекции: пиелонефрит, инфекции органов репродуктивной системы вне зависимости от наличия или отсутствия обострений во время беременности; безводный промежуток свыше 18 часов; лихорадку у матери во время родов и в течении 3-х дней после родов, мутные и плохо пахнущие околоплодные воды. Недоношенные

дети относятся к факторам высокого риска развития НС со стороны ребенка.

Цель исследования. Анализ и оценка факторов риска, клинико-лабораторная характеристика и исход РНС у глубоко недоношенного ребенка на основании клинического наблюдения.

Материалы и методы исследования. Нами проанализировано течение антенатального, интранатального и неонатального периода у ребенка с врожденным сепсисом. Для постановки диагноза РНС в клинической картине заболевания устанавливалось наличие одновременно трех групп критериев, для которых доказана прямая корреляционная связь с сепсисом.

Новорожденный М (мальчик) в возрасте 4 дней поступил в отделении интенсивной терапии 07.09.2018, 09.05ч. Предварительный диагноз: Ранний неонатальный сепсис. Респираторный дистресс синдром. Врожденная правосторонняя пневмония. Желтуха новорожденного.

Ребенок от первой беременности у женщины 26 лет, протекавшая с признаками токсикоза, анемией (104г/л), хронической внутриутробной гипоксией плода. Роды срочные на сроке 29-30 недель путем операции кесарева сечения, связаны с ягодичным предлежанием, безводный период 28 часов, околоплодная жидкость тёмно-зеленого цвета, двойня. Вес при рождении 1030гр, длина 36см, окружность головы/груди 26/25см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Гетерозиготные бикориальные, биамниональные близнецы. Матери после родов назначили Ампициллин, на второй день с лихорадкой и эндометритом переведена в отделении септической гинекологии.

Состояние новорожденного при рождении тяжелое, проведен А и В этап оживления. В отделении интенсивной терапии обеспечена вентиляция под положительным давлением с FiO_2-22% в течении 2-х дней. Респираторная недостаточность у новорожденного проявлялась шумным дыханием, ЧД более 60/мин, втяжением уступчивых мест грудной клетки. Циркуляторная недостаточность характеризовалась низкой перфузией органов и тканей, цианозом кожи. При оценке неврологического статуса выявлено слабая реакция на осмотр, диффузная мышечная гипотония, угнетение рефлексов новорожденного. В первый день жизни на рентгенограмме грудной клетки выявлена правосторонняя пневмония. Нейросонография – незрелость мозговых структур. Общий анализ крови: Нв-195г/л, Эр.5.9Х10^{12}, Ht-0,49, тромб.193Х10^{9}, лейк.6,7Х10^{9}, пал.14%, сег.49%, эоз.1%, лимф.30%, мон.6%, ANC=4221, I/t=0,22. Взята гемокультура. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,2ммол/л, билирубин

30ммол/л, К-4,2ммол/л, Na-123ммол/л, Са-1,9ммол/л, С-реактивный белок 6мг/мл. Учитывая рекомендуемые схемы выбора антибактериальных препаратов, была выбрана программа эмпирической антибактериальной терапии с первого дня жизни в/венно Ампициллином 100мг/кг/день+ Гентамицин 4,5мг/кг/день, зондовое питание смесью PreNan. В первые два дня лечения состояние тяжелое, обусловленное кислородной недостаточностью со снижением SaO_2=68-70%, АД=85/45mmHg, температура тела нормальная, капиллярный кровоток при надавливании восстанавливается <3сек. На 2-3й день жизни появилась желтуха, непереносимость питания, рвота с непереваренной смесью и желчью, вздутие живота, болезненность при пальпации, меконий выделяется, мочеиспускание адекватное. Двигательная активность и безусловные рефлексы низкие. Ребенок переведен в реанимационное отделение. Получен результат бактериального посева крови, выделен стрептококк группы В, чувствительный: Ceftazidim, Amicacin, Meropenem. Проведена замена антибиотикотерапии на Ceftazidim 50мг/кг/день+ Amicacini 9мг/кг/день, sol. Coffeini 5мг/кг 2 раза в день. Кислородная терапия через маску. Зондовое питание отменено, ребенок переведен на парэнтеральное питание из расчета: физиологическая потребность в жидкостя160мл/кг, 7,5% глюкоза, Na- 2ммол/кг, белок-4,5г/кг, kkal-67,96/кг.

Состояние в динамике оставалось очень тяжелым. В общем анализе крови на 4-ый день жизни признаки системной воспалительной реакции: анемия (эритроцитов – $3,9\times10^{12}$/л, гемоглобин – 132 г/л, ЦП -1,05), лейкопения с нейтрофильным «сдвигом влево» (лейкоцитов – $3,4\times10^{9}$/л, палочкоядерных нейтрофилов – 18%). Биохимический анализ крови выявил метаболический ацидоз (pH 7,28, BE -6,6 ммоль/л), гипопротеинемия-37,7г/л, мочевина 37,7г/л, непрямая гипербилирубинемия -139 ммоль/л, глюкоза- 8,8 ммоль/л, АСТ-12 ммоль/л, АЛТ-40 ммоль/л, Na-135 ммоль/л, К-4,7 ммоль/л, кальций-1,9 ммоль/л, С-реактивный белок выше нормы. В лечение была подключена фототерапия. На седьмой день в связи с присоединением некротического энтероколита проведена смена антибиотикотерапии: назначены Amicacini 18мг/кг/18часов, Meropenem-40мг/кг, Metronidazol 15мг/кг/48часов, противогрибковый препарат Fluconazol 6мг/кг. Через две недели проведенного лечения новорожденный переведен на зондовое кормление грудным молоком от 0,5мл с постепенным увеличением до 26 мл/кг/час. На 18 день жизни в анализе крови нарастает анемия, тромбоцитопения, лейкопения, в связи с чем проведено переливание

свежезамороженной плазмы- 20мл, р-р Альбумина 10%-10мл, концентрат эритроцитов О(I) группы резус положительной. Четвертый курс антибиотикотерапии: Ciprinol- 10мг/кг/12часов (11дней), Tobramicin 4 мг/кг/день (8дней), Metronidazol 7,5мг/кг (10дней). В возрасте 1месяца жизни вес 1250гр, общее состояние улучшилось, двигательная активность и рефлексы с положительной динамикой. В общем анализе крови: гемоглобин-130г/л, эритроциты $4,0x10^{12,}$, тромбоциты $190x10^{9}$, лейкоциты $9,5x10^{9}$, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 38%, лимфоциты 42%; общий белок 52г/л, глюкоза-4,5 ммоль/л, мочевина -5 ммоль/л, билирубин-50 ммоль/л, АЛТ-20 ммоль/л, АСТ-30 ммоль/л, С-реактивный белок отрицательный. В 2х месячном возрасте (пост-концептуальный возраст равен 37недель), вес -2500гр., на грудном вскармливании, получает витамин D_3 -1000ЕД (2капли/день), вакцинирован против туберкулёза, общий анализ крови и биохимические показатели в пределах возрастной нормы. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдением семейного врача и педиатра по месту жительства. Таким образом**,** успех лечения ребенка с сепсисом определялся ранней постановкой диагноза при соответствующей настороженности, ранним началом эмпирической антибиотикотерапии с ее последующей коррекцией, интенсивной посиндромной терапией в условиях адекватного выхаживания.

Особенность клинического случая:

1. Факторами риска развития РНС были безводный период 28 часов, околоплодная жидкость темно-зеленого цвета, лихорадка и гнойный эндометрит у матери на второй день после родов, двойня, недоношенность, очень низкий вес при рождении.

2. У новорожденного имелись признаки раннего сепсиса-врожденная пневмония с респираторной недостаточностью (с 1-6 день жизни), некротический энтероколит, тромбоцитопения и ДВС синдром на 2-3 неделе жизни.

3. Четыре курса антибиотикотерапии широкого спектра действия, переливание компонентов крови и парэнтеральное питание в течении трех недель привели к улучшению состояния ребенка и в возрасте 2х месяцев был выписан в удовлетворительном состоянии.

4. Успех лечения ребенка с РНС определялся ранней постановкой диагноза при соответствующей настороженности, ранним началом эмпирической антибиотикотерапии с ее последующей коррекцией, интенсивной посиндромной терапией в условиях адекватного выхаживания.

ДО ПИТАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКОПОТОКОВОЇ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ АНЕСТЕЗІЇ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Данилова В.В., Данильченко А.В., Данильченко Д.В., Голуб К.И.
Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології

Актуальність. З появою нових сучасних пароподібні анестетиків нового покоління (ізофлюран, етран, десфлюран, севофлюран) низкопотокова анестезія (НПА) стає більш актуальним методом проведення інгаляційної анестезії.

Мета дослідження. Вивчення доцільність застосування НПА в педіатричній практиці.

Матеріали і методи. Дослідження було проведено на базі відділення анестезіології КЗОЗ ОДКЛ №1 м. Харкова і охопило 152 пацієнта у віці від 1 до 14 років з різною хірургічною патологією. Усі діти відносилися до I-II класу по ASA. Анестезіологічний ризик по Ракітцкому I ст. Оперативне втручання проводилось загальною анестезією з низьким потоком свіжого газу. Премедикацію виконували за стандартною схемою в хірургічних відділеннях у присутності батьків, анестезія проводилася за реверсною системою наркозними апаратами Acoma PRO45V і Leon. Індукція в наркоз здійснювалася через ротоносову маску із севораном (фірми «АВВОТТ») 8 об.%, Період підтримки анестезії на рівні III 1-2 через інтубаційну трубку севораном 2,5об%, O_2 - 1л/хв. Тривалість оперативного втручання склала в середньому 72±13 хвилин. Интраоперационно і в післяопераційному періоді проводилося моніторування SpO_2 і ЧСС реанімаційним хірургічним монітором ЮМ-300. При проведенні дослідження цікавили такі показники, як: 1) стан дихальної системи в післяопераційному періоді; 2) облік витрат кисню; 3) облік витрати анестетиків.

Результати дослідження та їх обговорення. Було відзначено, що в післяопераційному періоді після застосування НПА у дітей не відзначалося будь-яких порушень з боку дихальної системи. Застосування НПА сприятливо впливає на стан мукоциліарного кліренсу дихальних шляхів за рахунок підвищення вологості і температури в дихальному контурі. Було пораховано, що за рік використання НПА було зекономлено 10431л кисню і 1,1 л інгаляційного анестетика севорана. Використання меншої кількості препарату і меншої кількості кисню істотно знижує вартість витрат на проведення оперативного втручання, що сприятливо позначається як в

умовах застосування НПА в державних установах, так і в приватних клініках.

Висновки. Таким чином, застосування низкопотокової анестезії - ефективний і безпечний метод анестезіологічної допомоги при оперативних втручаннях у дітей, метод НПА менш затратний і прямо або побічно зменшує витрати на операцію.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Данилова В.В.[1], Овчаренко С.С.[1], Сайко В.М.[2], Шевченко Я.А.[1]
[1]Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології
[2] КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня №1»

Важко переоцінити роль інфузійної терапії як головного елементу інтенсивної терапії при невідкладних станах у новонароджених. Її основним завданням є корекція порушень гомеостазу. Але ефективність проведення інфузійної терапії залежить від багатьох факторів, провідними з яких є технічне забезпечення, вибір судинного доступу, обсяг інфузійної терапії, швидкість введення і склад інфузійних середовищ.

Надзвичайно важливим аспектом ефективної інфузійної терапії є технічне забезпечення. У нашому відділенні використовуються дозатори крапель (перфузієри), що дозволяють забезпечити швидкість інфузії від 0,1 мл/год з постійним рівномірним надходженням інфузійних середовищ протягом доби. При виборі судинного доступу перевагу віддаємо катетеризації периферичних судин венфлоновими або силастиковими катетерами тривалого використання.

Обсяг інфузійної терапії у перші доби життя визначаємо на підставі клінічних та біохімічних параметрів, в середньому доношеним новонародженим з урахуванням від'ємного водного балансу 5-10 мл/кг/добу справжня потреба у воді становить 60-65 мл/кг/доб., недоношені діти з масою тіла менше 1500 гр вимагають 80-100 мл/кг/добу рідини. Швидкість інфузії розраховуємо на 24 години рівномірно, початкова швидкість введення інфузійних розчинів у доношених немовлят 3 мл/год. Обов'язково проводиться моніторинг тиску, що дозволяє коригувати обсяг інфузійної терапії та швидкість введення. Корекцію дози рідини проводимо на підставі темпу діурезу та динаміки маси тіла. Обов’язково здійснюється лабораторний контроль біохімічних показників крові.

Що стосується складу інфузійних середовищ, в нашому відділенні віддається перевага кристалоїдам (розчин глюкози 5%, розчин NaCl 0,9%). У післяопераційному періоді при втраті ОЦК більше 15%, яке супроводжується зниженням гемоглобіну нижче 80 г/л, проводиться гемотрансфузія. При розвитку ДВЗ-синдрому проводиться переливання свіжозамороженої плазми, що є основним показанням для її використання. Парентеральне харчування залишається важливим компонентом в інтенсивної терапії новонароджених, особливо з хірургічною патологією. Забезпечення поживними та енергетичними інгредієнтами починаємо на 2-3 добу після оперативного втручання з використання 6% і 10% розчин амінокислот для новонароджених (Аміновен Інфант).

Слід зазначити, що наша тактика проведення інфузійної терапії при невідкладних станах у новонароджених дозволила покращити якість інтенсивної терапії в цілому.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ

Донос А.А., Трипадуш Н.М., Илиев А-М.И., Токарчук Л.В., Доника-Симко В.И., Галупа Л.Н., Ганущак Н.Г., Кобзарь И.В.
Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану
Департамент педиатрии
Кишинев, Республика Молдова

Внебольничная пневмония является одной из главнейших проблем детского здравоохранения за счёт высокой заболеваемости, тяжелого течения данной патологии. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) обращает внимание на то, что внебольничная пневмония (ВП) является одной из главных причин детской смертности детей до 5 лет. У часто болеющих детей раннего возраста ВП, ассоциированная цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекцией, протекает тяжело, длительно и с частыми осложнениями в связи с возрастными особенностями и реакцией иммунного ответа согласно возрасту.

Цель работы**.** Определение факторов риска и особенностей клинического течения внебольничной пневмонии у детей с цитомегаловирусной инфекцией. Задачи нашего исследования состояли в определения факторов риска, клинических маркеров в проявлении ВП у детей с цитомегаловирусной инфекцией.

Материалом исследования являлись истории болезни и клиническое обследование 106 детей в возрасте до 5 лет. 75 детей имели ВП с цитомегаловирусной инфекцией в острой и латентной форме болезни. Дети находились на лечении в отделении острой респираторной инфекции 1 городской детской клинической больницы. Были исследованы 3 группы детей: I- 31 ребёнка серо позитивными Ig M, IgG ЦМВ и ВП; II-44 ребенка с ВП IgG позитивными и IgM отрицательными; III- 31 ребенок с ЦМВ IgG IgM отрицательными, которая являлась контрольной группой. Серологические исследования проводились методом ELISA.

В первых двух групп как факторами риска определялись: патологическая беременность (58,06±2,63% ($p<0,005$)), угроза прерывания беременности (32,2±2,8% ($p<0,005$)), токсикозы (15,9±2,8%, ($p<0,005$)), анемии (45,1±3,4%, ($p<0,05$)), аллергии (20±1,2% ($p<0,05$)), гиникологические патология и инфекции мочевыводящих путей (16,1 ±1,6%, ($p<0,01$)). В опытных группах (I и II) у матерей положительные серологические анализы на ЦМВ (46,15 %), герпевирусная инфекция 1 типа (36,92%) и 2 типа (16,92%).

Тяжелое общее состояние у детей первых 2 групп определялась соответственно 35,48% и 27,2% против 12,9% в контрольной группе. Дыхательная недостаточность в группе ВП с ЦМВ в фазе обострения составляла до 80% из детей против 41,9% в контрольной группе. Цианотичность и мраморность кожных покровов присутствовала в 60% случаев, втяжение уступчатых мест более 80% детей, тахипное в рабочих группах было соответственно 87,09% и у 50% из второй группе по сравнении с контролем – 41% детей. Поражение печени с высокими трансаминазами в первых групп определялось соответственно: в I (74,09% ± 2,6% ($p<0,05$)) и II (64,86±1, 89% ($p<0,01$)) группах.

Выводы: 1. Тяжесть состояния, клинические проявления и осложнения ВП определялась отягощенными пре- и постнатальными факторами риска и отягощенным семейным анамнезом по ЦМВ.

2. Сочетанность ВП с ЦМВ у детей определяет тяжесть состояния (35,48±1,4% ($p<0,05$)), присутствие осложнений (83,8±2,35% ($p<0,005$)) и длительность лечения (с выше 20 дней).

3. Герпетическая инфекция в лице ЦМВ по своей распространенности, тяжести проявления определяется как одной из социальных проблем современности.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Дробова Н.М.
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №2

Мета: удосконалити діагностику муковісцидозу (МВ) у дітей.

Завдання: вивчити клініко-параклінічні особливості перебігу МВ у дітей Харківського регіону.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі пульмонологічного відділення КЗОЗ «ОДКЛ №1» у 2015-2018 рр. Клініко-параклінічне обстеження хворих проводилося згідно наказів МОЗ України від 29.01.2013 №59 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення», від 15.07.2016 № 723 «Про затвердження уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Муковісцидоз». Результати опрацьовано методами варіаційної статистики програмою IBM SPSS 23.

Результати. До дослідження ввійшло 47 дітей з діагнозом МВ, який встановлено на підставі клініко-параклінічних ознак та підтверджено результатами пілокарпінового тесту. Медіана віку встановлення діагнозу - 8,0 (3,0; 24,0) міс. Але відмічено діагностику МВ у 7, 9 та, навіть, у 15 років. Для дитячої популяції хворих на МВ Харківського регіону характерно частота зустрічаємості пневмофіброзу у 68,1 % дітей (середній вік – 5,79±0,5 років), бронхоектазів у 43,2 % (середній вік – 7,58±0,83 років); ураження печінки у 86,4 % (з них циротичного характеру – 18,7 %; середній вік – 5,82±0,86 років), панкреатопатії – 91,0 % (середній вік – 4,36±1,17 років), які є несприятливими чинниками перебігу МВ. Найбільш розповсюдженим патогенами за результатами бактеріологічного дослідження в мокротинні є Candida albicans (54,8 %), Staphylococcus aureus (51,2 %), Pseudomonas aeruginosa (41,0 %); у промивних водах - Pseudomonas aeruginosa (80,0 %), Candida albicans (60,0 %), Streptococcus spp. (60,0 %); слизової оболонки зіву та носу – Streptococcus spp. (47,6 %), Staphylococcus epidermidis (42,9 %), Staphylococcus saprophyticus (28,6 %);

Висновок. Удосконалення знання щодо регіональних клініко-параклінічних особливостей МВ забезпечить своєчасну діагностику та призначення раціональної терапії з метою попереджання розвитку несприятливих чинників перебігу захворювання.

БЛОКАТОРЫ ОПУХОЛЬ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ФАКТОРА И ЛАТЕНТНАЯ ИНФЕКЦИЯ. РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ДЕТЕЙ

Елоева З.В., Киселева Л.П., Мамалуй Н.И.
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрии

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) наиболее распространенное аутоиммунное ревматическое заболевание у детей, равно как и ревматоидный артрит у взрослых. В основе развития болезней данной группы лежит сложное взаимодополняющее влияние генетически детерминированных и приобретенных дефектов иммунной регуляции, обуславливающих патологическую активацию иммунной системы на потенциальные антигены и функциональные стимулы [5]. Отмена анергии Т- и В-лимфоцитов к аутоантигенам, продукция аутоантител при активации сигнальных путей / молекул, повышенный синтез провоспалительных цитокинов – ключевые звенья развития аутоиммунного воспаления с разной направленностью и степенью выраженности иммунного ответа / реакции при каждой нозологической форме [1,5]. Основой терапии болезней данной группы являлась супрессия клеточного звена иммунитета и купирование воспалительной реакции, что модулирует течение заболевания, но не контролирует его. Так золотым стандартам терапии больных ЮИА более 20 лет был метотрексат в сочетании или без, с глюкокортикостероидами. И только к концу XX столетия, после создания М.Фельдманом и Р.Майни моноклональных антител (МАТ) к опухоль некротизирующему фактору (ФНО), стала возможной целевая / таргетная терапия ЮИА и др. ревматических болезней. Так началась эра биологической терапии, широко внедряемой в клиническую практику по настоящее время. Блокаторы пулов Т- и В-лимфоцитов, провоспалительных цитокинов входят в протоколы лечения ревматоидного артрита (РА), псориатического артрита, системной красной волчанки и др. В тоже время супрессия клеточного звена иммунитета, блокирование биологической активности цитокинов, клонов Т и В лимфоцитов может вызвать активацию латентной инфекции [2,3]. Одной из таких инфекций является туберкулез, хроническое инфекционное заболевание, частота которого растет во всем мире, в том числе мультирезистентных к терапии форм.

Целью настоящей работы явилось изучение частоты инфицированности, риска развития туберкулеза у больных ЮИА

детей, длительно получающих иммунносупресивную и/или биологическую терапию: сравнительный анализ значимости провоспалительных цитокинов в развитии аутоагрессии и инфекционной патологии (туберкулеза). Статья составлена на основе обзора литературы и собственных данных наблюдения больных ЮИА детей, заболевших туберкулезом через годы от начала ревматоидного процесса.

Генетическая предрасположенность, продукция аутоантител (антитела к цитрулинированным пептидам, виментину, антинуклеарные антитела, ревматоидный фактор) ставят адаптивный иммунитет во главу раннего патогенеза РА. Развитие ревматоидного артрита связано с Т-клеточным иммунным ответом на широкий спектр потенциальных патогенов (Т-лимфоциты составляют более 50 % клеточного инфильтрата синовии, имея фенотип клеток памяти и маркер активированных лимфоцитов). С современных позиций ревматоидный артрит рассматривается как болезнь, запускаемая Т-хелперами I типа с преобладанием синтеза провоспалительных цитокинов над противовоспалительными[1,2,5]. Из широкого спектра провоспалительных цитокинов ключевыми в развитии аутоагрессии при РА, индуцирующими синтез других медиаторов, поддерживающих воспаление является ФНО, интерлейкин – 1 (ИЛ-1), интерлейкин – 6 (ИЛ-6)[1,2,5]. Блокаторы данных цитокинов являются основой биологической терапии ЮИА.

Возбудитель туберкулеза Mycobacterium tuberculosis существует на нашей планете более миллиона лет. Однако по настоящее время, человечество не обладает адекватными способами борьбы с данным патогеном, вызывающим развитие хронического гранулематозного заболевания с преимущественным поражением легких. Особенностью микобактерий является способность инфицировать макрофаги и размножаться внутри их. В защите от туберкулезной инфекции участвуют как врожденный, так и приобретенный иммунитет [6]. Первыми на пути инфекции стоят альвеолярные макрофаги, в норме фагоцитирующие и переваривающие микобактерии с последующим представлением антигенов микобактерий Т-лимфоцитам. Не получая достаточного активирующего сигнала от Т-лимфоцитов альвеолярные макрофаги оказываются не способны переварить попавшие микробактерии, которые активно противодействуют процессу фагоцитоза. Блокируя фагоцитоз, микобактерии получают возможность размножаться, инфицируют соседние клетки, распространяясь по ткани легкого с развитием более крупных очагов поражения, диссеминируют в другие органы. При значительном

подавлении Т клеточного иммунитета на фоне иммуносупрессии развивается милиарный туберкулез. Активация макрофагов через Toll – 2 рецепторы микобактериями приводит к дифференцировке дендритных клеток и синтезу ими провоспалительных цитокинов. Главным цитокином, необходимым для формирования противотуберкулезного иммунитета является интерферон – γ (ИФНγ), активирующий фагоцитоз макрофагальными клетками со стимуляцией его завершенности. При недостатке ИФНγ микобактерии остаются в фагосомах, которые не сливаются с лизосомами. Незавершенный фагоцитоз микобактерий – важнейший элемент иммунопатогенеза туберкулезной инфекции. У больных туберкулезом снижена продукция ИФНγ в культурах мононуклеаров периферической крови [6]. В легких главными продуцентами ИФНγ служат активированные СД4+Тл(Т-хелперы I типа) и СД8+Тл(Т-киллеры). Снижение содержания обоих типов этих клеток в легочной ткани приводит к нарушению формирования гранулем и значительному повышению чувствительности к туберкулезной инфекции. Помимо стимуляции завершенности фагоцитоза ИФНγ повышает функциональную активность СД8+Тл, дендритных клеток, натуральных киллеров (NK клеток) и вызывает апоптоз нейтрофильных гранулоцитов. Генетические дефекты рецепторов ИФНγ, ассоциируют с повышением риска развития туберкулеза в раннем возрасте с очень плохим прогнозом [4]. На самых ранних этапах взаимодействия макрофагов с микобактериями макрофаги так же начинают синтезировать ФНО одновременно с СД4+ и СД8+Т-лимфоцитами. ФНО стимулирует развитие воспалительной реакции, синтез других цитокинов и хемокинов, формирование гранулем. Важная защитная роль ФНО подтверждается ростом частоты выявления туберкулеза за счет реактивации латентных форм заболевания у больных с длительными курсами антицитокиновой терапии моноклональными антителами к ФНОα (адалимумаб), растворимым рецепторам ФНОα (этанарцепт) по поводу аутоиммунных процессов [3]. Блокада ФНОα приводит к активной диссеминации микробактерий в другие органы, в том числе мозг, где развивающиеся патологические изменения становятся не обратимыми [4]. Формирование протективного иммунитета при развитии туберкулезной инфекции у человека помимо синтеза ИФНγ и ФНО сопровождается повышением продукции интерлейкина – 10, регулирующего избыточный синтез провоспалительных цитокинов. Именно баланс между продукцией ИФНγ, ФНОα и интерлейкина – 10 определяет успешную эрадикацию микробактерий с минимальным повреждением тканей [6].

Нами наблюдались двое больных ювенильным идиопатическим артритом, заболевших туберкулезом через 10 лет и 13 лет от начала ревматоидного процесса. Оба пациента вакцинированы БЦЖ в периоде новорожденности. Ревакцинация не проводилась из-за развития аутоиммунного заболевания. Ниже приводится клинический пример одного из пациентов. Пациент Сергей, 24 года, общая длительность заболевания 16 лет, возраст к началу болезни 8 лет. Начало острое с повышением температуры тела до высоких фебрильных цифр, появлением сыпи на боковых поверхностях туловища, животе, передней поверхности грудной клетки, разгибательных поверхностях конечностей, над суставами, напоминающей расчесы; болями в суставах конечностей, нарастающей общей слабостью. Длительность заболевания до поступления в ОДКБ г. Днепропетровска более трех недель, больной переведен в городское кардиоревматологическое отделение 23 ДКБ г. Харькова через 1,5 месяца от начала терапии с DS системное заболевание соединительной ткани? В процессе диагностического поиска исключались системная красная волчанка, системная склеродермия, полимиозит, системные васкулиты. Тесты на наличие антител к кардиолипину, волчаночному антикоагулянту, антинуклеарные антитела, антитела к ДНК, к sKL70 протеину были негативны. На основе проведенного клинико-лабораторного обследования был установлен окончательный диагноз ЮИА, системная форма, аллергосептический вариант, лихорадочный, кожно-васкулярный, суставной синдромы, гепатит, кардит, активность III степени, функциональная недостаточность I степени. Патологический процесс был купирован проведением длительной иммуносупресивной терапии (метотрексат) в сочетании с глюкокортикостероидами, нестероидными противовоспали- тельными препаратами с учетом циркадного ритма биологической активности процесса. Максимальная доза метотрексата составила 15 мг 1 раз в 7 дней, метилпреднизалона 30 мг перорально (по преднизалону) и 30 мг в/в ежедневно первые 2 недели с последующим переходом на прием только перорально; диклофенака натрия 75 мг в сутки. Через год от начала терапии была достигнута медикаментозная ремиссия патологического процесса, в последующие годы до 16 летнего возраста пациент продолжал получать метотрексат 15 мг в 7 дней. В 18 лет пациент стал температурить на субфебрильных цифрах, что было расценено, как активация основного заболевания – ЮИА, самостоятельно возобновлен прием метотрексата и диклофенака-натрия. При проведении рентгенографии органов грудной клетки (обращение к врачу через три месяца) были выявлены

инфильтративные изменения в легких с формированием каверн, при посеве мокроты была обнаружена Mycobacterium tuberculosis. Диагностирован туберкулез. Пациент оказался торпидным к проводимой противотуберкулезной терапии, через 6 месяцев от начала лечения проведена резекция доли правого легкого. Туберкулезный процесс был купирован полностью (заключение фтизиатра) только через 2,3 года от начала терапии. В 22 года рецидив основного заболевания ЮИА. Диагноз болезнь Стилла у взрослых.

Представленные данные обзора литературы, наблюдения больных ЮИА свидетельствуют еще раз о повышении риска туберкулезного инфицирования, развития туберкулеза при проведении длительной иммуносупрессивной терапии, равно как и биологической. ФНО один из ключевых цитокинов запускающих развитие аутоагрессии. Этот же цитокин при нормальном синтезе выполняет протекторную функцию при туберкулезной инфекции. Преобладание того или иного типа ответа во многом зависит от вида клеток, продуцирующих данный цитокин и от клеток на которые он действует в конкретном тканевом окружении. По данным отдельных исследований ФНО синтезируемый миелоидными клетками, может участвовать в развитии воспаления с повреждением ткани. Тогда как ФНО, синтезируемый Т-лимфоцитами может выполнять защитную роль при ряде инфекционных заболеваний [1]. При проведении антицитокиновой терапии возможно следует избирательно подавлять синтез ФНО только определенным типом клеток с помощью биоспецифических антител, узнающих и ФНО и клеточные маркеры.

Выводы

I. Длительная иммуносупрессивная терапия, равно как и биологическая (блокада ФНО), повышает риск инфицирования Mycobacterium tuberculosis, развитие туберкулеза, что является показанием для проведения туберкулиновой пробы каждому пациенту перед назначением иммунодепрессантов при аутоиммунной патологии.

II. Одну из ключевых ролей в развитии аутоагрессии в спектре провоспалительных цитокинов играет ФНО.

III. ФНО, ИФНγ основные цитокины участвующие в формировании протективного иммунитета при туберкулезном инфицировании. Избыточный синтез данных цитокинов регулируется ИЛ-10, баланс между продукцией ИФНγ, ФНО и ИЛ-10 определяют успешную эрадикацию микобактерий с минимальным повреждением тканей.

Список литературы
1. Коваленко В.Н., Шуба Н.Н. Національний підручник з ревматології / В.Н. Коваленко, Н.Н. Шуба // видавництво МОРІОН. – Київ. – 2013. – 671 ст.
2. Cavalli C., Dinarello C. Treating rheumatological diseases and co-mobidities with interleukin – 1 blocking therapies / C.Cavalli, C.Dinarello// J.Rheumatology (Oxford). – 2015. – V.54. – p.2134-2144.
3. Fallahi –Sichani M., at all. Differential risk of tuberculosis reactivation among anti – TNF – therapies is due to drug binding Kinetics and permeability./ M.Fallahi –Sichani, at all. // J.Imunology.O. – 2012. – V.188. – p.3169-3178.
4. Lunck K., Farrell M. Cerebral tuberculosis in a patient receving anti-TNF-alpha (adalimumab) treatment / K.Lunck, M.Farrell // Clin.Rheumatology. – 2013. – V.29. – p.1201-1204.
5. Noask M., Miossec P. Selected cytokine pathways in rheumatoid arthritis / M.Noask, P.Miossec.// J.Semin. immunopathol. – 2017. – V.39 – p.365-383.
6. Orme I. at all. The balance betveen protective and pathogenic immune responses in the TB-infected lung. / I. Orme at all. // Nat. immunol. – 2015. – V.16. – p.57-83.

БЛОКАТОРЫ ОПУХОЛЬ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ФАКТОРА И ЛАТЕНТНАЯ ИНФЕКЦИЯ.
РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ДЕТЕЙ.

Елоева З.В., Киселева Л.П., Мамалуй Н.И.
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрии

Резюме. Создание моноклональных антител провосполительных цитокинов – опухоль некротизирующего фактора (ФНО) открыло эру биологической терапии ревматических болезней, внедряемой в клиническую практику с конца XX столетия по настоящее время. Блокаторы провоспалительных цитокинов, пулов Т- и В-лимфоцитов входят в протоколы лечения многих ревматических болезней, оказавшись наиболее эффективными при ревматоидном артрите. В то же время супрессия клеточного звена иммунитета, блокирование биологической активности медиаторов межклеточного взаимодействия может вызвать активацию латентной инфекции, протекторную роль в развитии которой играют провоспалительные цитокины. Одной из таких инфекций является туберкулез. В статье представлены механизмы развития, роль цитокинов в иммунопатогенезе

ревматических болезней и туберкулеза, дано обоснование риска развития туберкулеза у получающих иммуносупрессивную и /или биологическую терапию. Приведенны собственные данные наблюдения больных ЮИА детей, заболевших туберкулезом через годы от начала развития основного патологического процесса.

Ключевые слова: моноклональные антитела, цитокины, ювенильный идиопатический артрит, туберкулез.

БЛОКАТОРИ ПУХЛИНА НЕКРОТИЗУЮЧОГО ФАКТОРА І ЛАТЕНТНА ІНФЕКЦІЯ. РИЗИК РОЗВИТКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ ДІТЕЙ.

Єлоєва З.В., Кисельова Л.П., Мамалуй Н.І.
Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра педіатрії

Резюме. Створення моноклональних антитіл прозапальних цитокінів - пухлина некротизуючого фактора (ФНП) відкрило еру біологічної терапії ревматичних хвороб, що впроваджується в клінічну практику з кінця XX століття по теперішній час. Блокатори прозапальних цитокінів, пулів Т- і В-лімфоцитів входять в протоколи лікування багатьох ревматичних хвороб, опинившись найбільш ефективними при ревматоїдному артриті. У той же час супрессія клітинної ланки імунітету, блокування біологічної активності медіаторів міжклітинної взаємодії може викликати активацію латентної інфекції, протекторну роль в розвитку якої грають прозапальні цитокіни. Однією з таких інфекцій є туберкульоз. У статті представлені механізми розвитку, роль цитокінів в імунопатогенезі ревматичних хвороб і туберкульозу, дано обгрунтування ризику розвитку туберкульозу у хворих які отримують імуносупресивну і / або біологічну терапію. Наведені власні дані спостереження хворих на ЮІА дітей, що захворіли на туберкульоз через роки від початку розвитку основного патологічного процесу.

Ключові слова: моноклональні антитіла, цитокіни, ювенільний ідіопатичний артрит, туберкульоз.

BLOCKING NECROTIZING FACTOR TUMOR AND LATENT INFECTION.

THE RISK OF DEVELOPING TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS IN CHILDREN

Eloeva Z.V., Kiseleva L.P., Mamaluy N.I.
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
Department of Pediatrics

Summary. The creation of monoclonal antibodies of anti-inflammatory cytokines — a tumor of the necrotizing factor (TNF) has

opened the era of biological therapy for rheumatic diseases, which has been introduced into clinical practice since the end of the 20th century to the present. Blockers of pro-inflammatory cytokines, T- and B-lymphocyte pools are included in the treatment protocols for many rheumatic diseases, proving to be most effective for rheumatoid arthritis. At the same time, suppression of the cellular link of the immune system, blocking the biological activity of mediators of intercellular interactions can cause activation of a latent infection, a protective role in the development of which is played by proinflammatory cytokines. One such infection is tuberculosis. The article presents the mechanisms of development, the role of cytokines in the immunopathogenesis of rheumatic diseases and tuberculosis; the rationale for the risk of developing tuberculosis in those receiving immunosuppressive and / or biological therapy is given. Own data from the observation of patients with JIA of children with tuberculosis after years from the beginning of the development of the main pathological process.

Key words: monoclonal antibodies, cytokines, juvenile idiopathic arthritis, tuberculosis.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Ефименко О.В., Жалолов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность: Дилатационная кардиомиопатия является наиболее распространенной формой кардиомиопатий, которая встречается в любом возрасте, в том числе и у детей. Необходимость детального изучения проблемы дилатационной кардиомиопатии у детей, связана с трудностями её диагностики, особенно на ранних этапах развития заболевания. Основным проявлением дилатационной кардиомиопатии и пусковым механизмом недостаточности кровообращения, развивающейся уже в дебюте заболевания, служит систолическая дисфункция левого желудочка, обусловленная поражением миокардиальных клеток, которые в свою очередь приводят к резкому падению контрактильности миокарда и снижению сердечного выброса. Тяжесть состояния при дилатационной кардиомиопатии, помимо классических признаков недостаточности кровообращения, определяется и выраженностью нарушений ритма сердца. Структура ритма сердца зависит от функционального

состояния миокарда, экстракардиальных влияний, модулирующих сердечний ритм, и чувствительность к ним пейсмекеров синусового узла. Выявление диагностической и прогностической роли нарушений сердечного ритма как в предсказании прогрессирования сердечной недостаточности и последующего течения и исхода дилатационной кардиомиопатии легло в основу нашего исследования.

Цель исследовании: изучить структуру нарушений ритма сердца у детей с дилатационной кардиомиопатией.

Результаты: Наша работа проведена на базе Областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижана в отделении кардиологии. В исследование включено 12 детей, получавших лечение за период 2018 года, с достоверным диагнозом дилатационной кардиомиопатии. Состояние сердечного ритма оценивалось по результатам ЭКГ, выполненного в 12 стандартных отведениях. Нами установлены различия частоты и структуры нарушений ритма сердца в зависимости от длительности клинического течения дилатационной кардиомиопатии. В 100% случаев определено отклонение ЭОС влево (интервал показателей от -10 до -20), у 10 детей (83,3%) перегрузка левого желудочка (депрессия сегмента ST и инверсия зубца Т в отведениях I, V 5-6), а у 2-х детей с перегрузкой и левого предсердия. Нарушения ритма сердца и проводимости представлены: желудочковой тахиаритмией (59%) желудочковой экстрасистолией (16,7%), синдромом слабости синусового узла (16,7%), блокадой левой ножки пучка Гиса (25%).

Вывод. Нами представлена электрокардиографическая оценка структуры нарушений ритма сердца у детей с дилатационной кардиомиопатией.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Ефименко О.В., Маматалиев Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность темы. Реактивный артрит (РА) – это наиболее распространенная суставная патология среди детей (41%) с максимальной частотой встречающаяся преимущественно в подростковом периоде. Особенностями РА является сложность диагностики, разные диагностические подходы, наличие перекрестной симптоматики с другими артритами и отсутствие диагностических

критериев. Имеются сведения о том, что РА развивается вследствие воздействия на организм ребенка «артритогенных» микроорганизмов, а в реализации генетически детерминированной предрасположенности ребенка к развитию РА считается ассоциация с HLA – B 27. В связи с этим, нами была поставлена цель: установить особенности клинических проявлений РА у детей с не установленным этиологическим агентом.

Объем исследования. Под нашим наблюдением находилось 19 детей, получавших стационарное лечение в кардиоревматологическом отделении Областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижана. Возрастные колебания составили 5 -15 лет.

Результаты. Подробный анамнез позволил выявить некоторые факторы, возможно, способствовавшие возникновению РА. Мальчики и девочки в числе заболевших составили приблизительно одинаковые по количеству группы. Чаще РА регистрировался в старшей возрастной группе 9-15 лет (60.3%). Продолжительность болезни с момента появления симптомов артрита у 84% - до 1 года. Среди обследованных преобладали дети с минимальной и умеренной общей и местной активностью воспалительного процесса. Из общего числа наблюдавшихся детей 9 (47%) – болели в раннем детстве острыми детскими инфекциями; частые ОРВИ отмечались в 42 % случаев; хронические очаги инфекции у 31.5% детей; отягощенный аллергологический анамнез отмечен в 63% случаев. У всех детей не удалось выявить связь с конкретным инфекционным фактором. Повышение температуры тела было у 3 детей (15.7%); увеличение лимфатических узлов у 8 (42%); тахикардия и приглушенность тонов у 15 (78.9%) детей. Суставной синдром в дебюте и разгаре болезни носил ассиметричный характер. Поражались преимущественно суставы нижних конечностей, в начале заболевания – коленные (94.7%). Воспаление суставов было обусловлено экссудативным компонентом (100%). Припухлость и болезненность были связаны с выпотом в полость сустава, что ограничивало его подвижность. Суставной синдром имел доброкачественное течение и после проведенного курса медикаментозной терапии, не сопровождался дефигурацией пораженного сустава.

Таким образом, нами представлены особенности течения и клинических проявлений РА у детей.

РОЛЬ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Ефименко О.В., Умаров З.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность: Синдром соединительнотканной дисплазии – это самостоятельный нозологический синдром полигенно - мультифакториального генеза, проявляющийся внешними фенотипическими признаками дисплазии в сочетании с диспластическими изменениями и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких внутренних органов. Именно нарушения или неполноценность соединительнотканных структур, нарушающих архитектонику внутрисердечных образований и, в частности, отдельных компонентов митрального клапана лежат в основе формирования пролапса митрального клапана.

Пролапс митрального клапана – это актуальная медицинская проблема, в силу значительной распространенности среди детей. Принимаемое во внимание благоприятное, в большинстве случаев, течение и прогноз, некоторое клиницисты вообще не рассматривают пролапс митрального клапана как патологическое состояние, хотя достаточно сведений об осложнениях, нарушениях ритма сердца и даже случаев внезапной смерти среди детей старшего возраста с пролапсом митрального клапана.

Цель исследования: представить характер изменений створок митрального клапана по данным ЭхоКГ.

Результаты. Под нашим наблюдениям находилось 12 детей с типичными аускультативными признаками, подтверждающими диагноз пролапса митрального клапана. Возрастной диапазон составил 9-12 лет, а по половой принадлежности девочек в два раза больше, чем мальчиков. У всех детей размер левого предсердия и левого желудочка не превышали возрастных значений. В 100% случаев выявлены множественных эхо – сигналы от створок митрального клапана. Из числа обследованных, у 5 детей (41,6%) I степень пролабирования, у остальных II степень. Среди детей с первой степенью пролабирования утолщение створок до 3 мм визуализировалось у четырех детей, у одного расширение клапанного фиброзного кольца (4 $см^2$). Эхокардиографические результаты детей со II степенью показали: у трех детей утолщение створок митрального клапана более 3

миллиметров с нечеткостью контуров; у четырех детей отмечалась выраженная фестончатость заднелатеральной створки клапана.

Вывод. Таким образом, полученные результаты являются доказательством несостоятельности функции соединительнотканных структур митрального клапана, из-за чего створки клапана при нагрузке давлением пролабируются обуславливая аускультативный феномен пролапса митрального клапана.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Зайнабитдинова С.Н., Ганиев А.Г., Урумбаева З.А., Усманова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. Кашель - один из самых распространенных симптомов в практике врача-педиатра. Это неспецифический симптом, который сопровождает очень многие заболевания, и поиск причины, вызвавшей кашель, при отсутствии диагностического алгоритма может быть сложным и длительным. Кашель - уникальный защитный механизм, который, подобно мукоцилиарному клиренсу, обеспечивает эвакуацию секрета и патологических агентов из дыхательных путей, препятствуя тем самым нарушению проходимости последних. Инициируют кашлевой рефлекс периферические кашлевые рецепторы, которые расположены на протяжении всего респираторного тракта.

Цель: разработка методов оптимальной диагностики причин синдрома длительного кашля у детей.

Материалы и методы исследования: Дизайн - проспективное обследование 38 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, поступивших с жалобами на длительный кашель, включающее ПЦР мокроты на атипичные возбудители, цитологию мокроты, определение общего IgE, ФГДС, ЭКГ, УЗИ сердца, РЭГ, КИГ, ЭХО-ЭС, рентгенографию органов грудной клетки, придаточных пазух носа и осмотры ЛОР-врача, невролога.

Результаты исследования: Установлено отсутствие гендерных различий, преобладание детей в возрасте от 4 - 7 лет. Длительность кашля от 2 недель до 6 месяцев. Кашель был влажным, неэффективным (64 %), сухим (36 %), постоянным в 59,5 %, утренним, дневным, ночным - в 8,5 %, 17 % и 15 % случаев соответственно. В 76,6 % случаев дети поступали в удовлетворительном состоянии с синдромом бронхиальной обструкции в 32 % случаев. В легких

выявляли жесткое дыхание, диффузные, сухие и свистящие хрипы. Отмечался умеренный лейкоцитоз - 10-15х109/л (12,8 %), повышение СОЭ до 20 мм/ час (40 %). По данным цитологии мокроты в 40 % случаев выявлен бактериальный процесс. ЛОР-патология (синусит, аденоидит) регистрировалась в 53 %, рефлюкс-эзофагит - в 25,5 % случаев. По данным ФВД выявлен обструктивный тип нарушений в 17,8 %, рестриктивный - в 28,5 % случаев. Общий IgE повышен у 60 % детей. Рентгенологически выявлены усиление легочного рисунка и корней легких в 76,6 %, очаговые изменения - в 14,9 % случаев. В 8,5 % случаев выявлен микоплазмоз, в 2,1 % - хламидофилёз.

Выводы: Установлена нозологическая структура причин кашля: болезни органов дыхания в 64 %, патология ЛОР-органов в 32 %, ГЭРБ в 25,5 %, сочетанные причины кашля в 32 % случаев. Разработан дифференциально-диагностический алгоритм длительного кашля у детей, позволяющий своевременно верифицировать диагноз и проводить оптимальную терапию.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ЖЕНШИНЫ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ибодов Х.[2], Сорбон М.[1], Икромов Т.Ш.[2]

[1]Медико-социальный колледж, Душанбе

[2] Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе

Цель исследования. Выявить влияние образа жизни женщины и медико-социальных факторов, обеспечивающих гуманизацию медицинского обеспечения на риск формирования патологии новорожденных.

Материал и методы исследования. В рамках оценки влияния медико-социальных факторов риска на здоровье младенцев, методом анкетирования, было опрошено 324 женщин, находившихся под наблюдением в антенатальном и интранатальном периодах развития ребенка. Особое внимание акцентировалось на состояние соматического здоровья матерей, их гинекологический анамнез, особенности течения анте-, интра- и постнатального периодов развития. В анкету были включены вопросы, характеризующие показатели физического и нервно-психического развития, особенности течения лактационного периода у матерей. Первую группу (1) составили 170 женщин с новорожденными детьми, получавшие

медицинскую помощь в лечебно-профилактических учреждениях г.Душанбе, в которых внедрена «Инициатива, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) и Программа «Поощрения и поддержки грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку» (ЮНИСЭФ, ВОЗ). Женщины и дети в этой группе были обеспечены всеми составляющими гуманизации медицинской помощи до зачатия, которые включали снижение воздействия «пренатальных переживаний», минимальное интервенция в интранатальном и раннем неонатальном периодах, включая раннее пережатие пуповины, создание максимума условий для раннего прикладывания новорожденного к груди матери и сохранение и поддержка грудного вскармливания.

Вторую группу (2) составили 154 женщин с новорожденными, которые получали медицинскую помощь в ЛПУ, где не внедрена «Инициатива, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) и Программа «Поощрения и поддержки грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку». Женщины и дети во 2 группе не были обеспечены всеми составляющими гуманизации медицинской помощи.

Результаты исследования и их обсуждения. Анализ результатов проведенного исследования показал, что контингент матерей – респонденток, в большинстве случаев, находился в активном репродуктивном возрасте (20-25 лет) - 45,8%, каждая 4-ая женщина была в возрасте от 26-30 лет -26,7% и каждой 5-ой женщине было более 30 лет (21,7%).

В процессе исследования было обращено внимание на образовательный ценз матерей. Оказалось, что более половины опрошенных женщин (53,3%) были с высшим образованием, каждая третья женщина имела среднее образование и около 10% респондентов не имели образования вообще или неполное среднее.

Изучая паритет обследуемых, было выявлено, что у каждой третьей женщины (40,2%) настоящий ребенок рожден от первой беременности, почти каждая вторая из обследуемых (46,7%) уже имели от 2-х до 4-х детей и у 6,6% женщин более 4-х детей.

Анализируя показатели, необходимо отметить неудовлетворительную работу в организации деятельности медицинских учреждений по информированности женщин в вопросах антенатальной подготовки к родам.

Отсюда можно констатировать, что 40 % и 44,2% женщин в обследуемых группах информацию о грудном кормлении получили не от специалистов.

В изучаемых группах было одинаковое количество первородящих и повторнородящих.

Уровень экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) в обеих группах был одинаковый. Так, в первой группе на одну беременную пришлось 2,3 ЭГЗ, а во второй группе - 2,6. По своей профессиональной занятости, большая половина женщин были домохозяйками (более 60,0%), 33,3% - служащие, 7% - рабочие, 7,9% - студентки ВУЗов и средних специальных учебных заведений. Большинство из матерей были замужем – 82,4%, не имели регистрацию брака – 9,4%, воспитывали детей в одиночку– 8,2%.

Следует отметить, что большая половина обследуемых детей (68,7%) родились в полноценных семьях с регистрацией брака, почти каждый четвертый ребенок (22,5%) родился у родителей, находящихся в гражданском браке, матери 7,1 % детей оказались незамужними и почти 2% женщин оказались разведенными. Более 75% детей и их матерей развивались и жили в удовлетворительных материальных и бытовых условиях.

Наиболее значительное влияние на здоровье новорожденных оказывают факторы, формирующие биологический фон развития. К этой группе мы отнесли здоровье родителей (в оценочных характеристиках), состояние здоровья беременных женщин (по оценке медицинских работников), характер родов, условия труда родителей.

Антенатальный период развития обследуемой группы детей, в большинстве случаев, осложнялся экстрагенитальной патологией женщин. Спектр осложнений настоящей беременности не столь велик, однако обращает на себя внимание достоверно высокая частота анемий. Частота встречаемости железодефицитной анемии среди беременных составляла 53,8%, проявления позднего токсикоза было регистрировано у 25,7%, заболевания мочеполовой сферы выявлено у 19,% случаев, отклонения в системе кровообращения установлено – 13,6%. эндокринными болезнями страдала каждая третья женщина (38%). Динамическое наблюдение за женщинами в послеродовом периоде показало, что частота ЖДА снизилась до 33,6%, такая же тенденция имела место и среди других заболеваний: мочеполовой системы – 9,1%, кровообращения – 10,8%. Необходимо подчеркнуть, что частота острых респираторно-вирусных инфекций (46,7%), кишечной инфекции (27,8%), обострений хронической патологии (28,9%), угроза прерывания беременности (39,7%), носительство глистной инвазии, особенно среди женщин, проживающих в сельских регионах, несмотря на внедрение различных международных проектов и Национальных программ по профилактике

заболеваний, остаются по настоящее время на достаточно высоком уровне. Интранатальный период наблюдения за обследованными имел тоже свои особенности. В более чем 2/3 случаев роды были физиологическими 72,3%, роды осложнились у 16,5% матерей, оперативным путем - завершились у 11,2% женщин.

Нами установлено, что у относительно здоровых матерей, не имевших экстрагенитальную патологию во время беременности, каждый четвертый ребенок к 2 годам жизни, был включен в группу часто болеющих детей, а к пяти – шести годам жизни большинство из них (51,8%) имели какую-либо хроническую патологию и были отнесены во вторую или третью группы здоровья. В процессе исследования было определено, что по роду занятий в большинстве случаев мамы обследуемых детей были домохозяйками, а у работающих женщин отмечали неблагоприятные санитарно-гигиенические условия на своих рабочих местах – превышение допустимых норм по запыленности воздуха (15,3%), работа с вредными химическими веществами (5,7%), высокие физические нагрузки (54,8%).

У женщин, отметивших превышение допустимых норм по запыленности воздуха на рабочем месте, доля родившихся здоровых детей в 1,5 раза была меньше, чем у матерей, не подвергавшихся воздействию данного фактора.

Беременные обеих групп родоразрешены через естественные родовые пути. Достоверной разницы между группами в частоте проводимого родовозбуждения и родостимуляции также не было. Факторы негативно влияющие на состояние новорожденных (аборты у матери до данной беременности, акушерские пособия, угроза выкидыша, крупный вес новорожденного) во 2 группе отмечались с достоверным преимуществом.

В большинстве случаев (54,0±1,5%) позднее прикладывание к груди и необоснованно раннее начало искусственного вскармливания (32,3± 1,8%) во 2 группе обследованных отмечалось достоверно чаще, чем в 1 группе ($P<0,001$).

Негативные факторы, влияющие на формирование патологии у новорожденных и детей раннего возраста (M ± m %): хронические заболевания матери до беременности (5,1±0,7; 23,0±1,4), профессиональные вредности (9,1±1,0; 12,5±0,9), использование гормональных средств до наступления беременности(13,8±1,1; 16,2±1,9), аборты в анамнезе(22,9±1,2; 36,3±1,8), поздние роды (10,9±1,2; 19,9±1,4), хронические заболевания у отца (4,1±0,8; 4,8±0,9), крупный вес новорожденного (16,8±1,0; 29,5±1,1), ранний перевод на

искусственное вскармливание(9,6±0,6; 35,3±1,5), акушерские пособия в родах (15,4±1,4; 38,7±1,6), угроза выкидыша (12,2±0,6; 47,2±1,1), курение в семье (5,1±0,1; 9,2±0,6), позднее первое прикладывание к груди (7,0±0,2; 55,0±1,8).

Негативное влияние медико-социальных факторов на заболеваемость новорожденных преобладало во 2 группе: высокий риск - у 17,8±0,9 %, средний риск –у 53,8±1,6% ($p<0,05$). В 1 группе отмечен достоверно чаще низкий риск заболеваемости (72,6 ± 1,4) ($p<0,05$).

Уровни риска заболеваемости новорожденных при условии воздействия негативных факторов до зачатия (M±m, %) по группам составляет: низкий риск 72,6±1,4; 28,4±1,0, средний риск 25,6±1,1; 53,8 ± 1,6, высокий риск 1,8±0,3; 17,8 ± 0,9. Негативное влияние факторов интра- и постнатального периода на состояние здоровья новорожденных более значимо, в сравнении с влиянием средовых и медико-социальных факторов. Высокий и средний риск заболеваемости новорожденных преобладал также во 2 группе ($p<0,001$ и $p<0,05$ соответственно).

Уровни риска заболеваемости новорожденных при условии воздействия негативных факторов в интранатальном и постнатальном периоде (M±m,%) по группам составил: низкий риск 63,2±1,9; 2,2±0,5, средний риск 20,7±1,5; 28,3±1,2, высокий риск 16,1±0,9; 69,5±2,7.

Таким образом, медицинское обеспечение женщин и новорожденных в ЛПУ с инициативой доброжелательного отношения к ребенку и поощрения грудного вскармливания, приверженных принципам гуманизации медицинского обеспечения в анте-, интра- и постнатальном периодах обеспечивает низкий риск заболеваемости новорожденных.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Саломов А.К., Иброхимзода А.И.
Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Актуальность. При оперативных вмешательствах на легких у детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких (ХНЗЛ) особое место занимает проблема обеспечения свободной

проходимости дыхательных путей и поддержание адекватного газообмена, изоляции пораженных отделов легких и вентиляция легкого на стороне операции. Особенно эта проблема актуальна у детей в связи с анатомо – физиологическими особенностями детского организма (узостью дыхательных путей, несовершенством компенсаторных защитных приспособительных механизмов), наличием выделения большого количества гнойной мокроты, которые вызывают нарушении проходимости дыхательных путей, адекватной вентиляции и газообмена при манипуляциях на легких во время операции.

Решение этих проблем во многом зависит от правильного выбора метода интубации, который должен обеспечить: 1. оптимальные условия для поддержания адекватного газообмена; 2. надежную защиту здоровых отделов легких от попадания в них патологического содержимого из пораженных отделов легких; 3. аспирацию содержимого бронхиального дерева одного легкого, не прекращая вентиляцию другого; 4. полное или частичное выключение оперируемого легкого из вентиляции; 5. оптимальные условия для технического выполнения операции и 6. безопасность и техническую простоту выполнения. К сожалению, выше перечисленные условия могут применяться только у взрослых больных. У детей в связи с анатомо-физиологическими особенностями перечисленные условия не приемлемы.

В настоящее время при оперативных вмешательствах на легких применяются следующие методы интубации: 1. эндотрахеальная; 2. эндотрахеальная интубация в сочетании с тампонадой бронхов пораженных отделов легкого или блокадой их специальными блокаторами; 3. эндобронхиальная интубация здорового легкого, и проведение однолегочной вентиляции и 4. раздельная интубация главных бронхов обоих легких. Одним из самых эффективных методов обеспечения свободной проходимости дыхательных путей и адекватного газообмена является- раздельная интубация главных бронхов обоих легких, но из–за анатомо-физиологических особенностей трахеобронхиального дерево у детей, применять не представляет возможным. Проблема обеспечения свободной проходимости трахеобронхиального дерева и адекватного газообмена у детей в интраоперационном периоде ещё до конца остаётся нерешенной.

Цель исследования. Оптимизировать обеспечение адекватной вентиляции и газообмена при оперативных вмешательствах на легких у детей с ХНЗЛ.

Материал и методы исследования. Больные (164) с ХНЗЛ в зависимости от метода проведения интубации были разделены на 3 группы: Больным первой группы (36) проведена эндотрахеальная интубация; 2-ой группы больным (45) проведена эндотрахеальная интубация в сочетанными с блокадой пораженной доли по методике разработанной в клинике (Т.А. Абдуфатоев, 1989) и 3 – ей группе больным (26) проведена эндотрахеальная интубация здорового легкого.

Нами при оперативных вмешательствах на легких применяется искусственная вентиляция легких (ИВЛ) ручным способом мешком наркозного аппарата. Больным 1 группы применяли эндотрахеальный метод интубации при малотравматичных оперативных вмешательствах и при малом количестве выделенной гнойной мокроты или отсутствии её выделения, которое не вызывало нарушение проходимости дыхательных путей и адекватного газообмена. Показатели КОС и газов крови (pO_2–143,4±11 мм рт.ст., pCO_2–28,4±2,2 мм рт.ст., pH–7,43±0,02, SO_2 -- 99±0,1%). Во время операции проводили контрольную санацию трахеобронхиального дерева. Операционной период протекал гладко. Больным второй группы (45) применяли эндотрахеальный метод интубации в сочетании с блокадой устья пораженной доли катетером разработанный в клинике. Показанием к применению этого метода явилось: 1. необходимость защиты здоровых отделов легкого, 2. операция сопровождалась выделением большого количества мокроты или проводилась на высоте кровотечения и 3. операции проводились больным с бронхиальным свищом. Этим группам больным перед началом оперативного вмешательством проводили санационную бронхоскопию с последующей блокадой устья пораженной доли легкого и катетер обтуратора вывели наружу, с помощью которого во время операции проводили санации пораженной доли легкого и ингаляции кислорода. После обтурации пораженной доли больного переинтубировали эндотрахеально и перевели на ИВЛ ручным способом мешком наркозного аппарата, FiO2 составляли 40%. Из 45 случаев проведенной обтурации бронхов в 8 (17,8%) случаях наблюдалась миграция блокатора, что было своевременно диагностировано и обтуратор был удален. Во время операции был проведен мониторинг КОС, газов крови и насыщение гемоглобина кислородом (pO_2–126,4±8,4 мм.рт.ст.; pCO_2 –31,3±2,4 мм рт.ст.; BE – 2,1±0,3; pH – 7,42±0,03; SO_2 – 98±1,1%). Во время операции проводили санации пораженной доли легкого. Обтуратор был герметичным и просачивание гнойной, мокроты мимо обтуратора не наблюдалась.

Контроль герметичности обтуратора проверяли при санации трахеи и здоровых легких.

Эндобронхиальная интубация здорового легкого или однолегочная вентиляция легкого была применена у 26 больных. Показанием к эндобронхиальной интубации здорового легкого было:1. пульмонэктомия; 2. наличие бронхиальных свищей и 3 - операции на высоте кровотечения. Однолегочную вентиляцию легких применяли при пульмонэктомии у 21 больного, с бронхиальными свищами у 3 больных и с кровотечением у 2 больных. У 8 больных эндобронхиальную интубацию здорового легкого сочетали с обтурации главного бронха пораженной доли легкого для надежности изоляции пораженной доли легкого. У 4–х больных эндобронхиальную интубацию здорового легкого сочетали с катетеризацией главного бронха пораженной доли катетером № 2 мм для санации трахеобронхиального дерева во время манипуляции на легком. Следует отметить, что у нас не наблюдалась миграция интубационной трубки. У 1 больного наблюдалась миграция обтуратора, который был потом удален. Перед интубацией бронха были проведена санационная бронхоскопия. По ходу операции был проведен мониторинг газов крови, КОС и насыщение гемоглобина кислородом (pO_2- 121,5±4.6, pCO_2- 29.2± 2.6, PH- 7, 39± 0.2 и SO_2- 98±0.2).

Результаты исследований и их обсуждение. Следует отметить, что до настоящего времени не существует идеального метода интубации, который бы отвечал всем существующим требованиям. Каждый существующий метод имеет свои строгие показания к применению. Самым простым и распространенным методом в техническом плане является эндотрахеальная интубация и является наиболее физиологичной. Показатели газов крови, КОС и сатурация находились в пределах нормы. По ходу операции не отмечалось нарушений проходимости дыхательных путей и адекватного газообмена. Эндотрахеальная интубация широко применяется в детской практике из-за простоты этого метода и анатомо-физиологических особенностей бронхолегочной системы детского организма.

Правильно выполненная блокада бронхов обеспечивает надежную изоляцию пораженной доли легкого от попадания патологического содержимого в здоровые участки легких и позволяет обеспечивать адекватный газообмен. Однако, этот метод в техническом плане сложен для выполнения, особенно у детей. Наряду с преимуществами метод блокады бронхов имеет серьезные недостатки, из-за которых он не получил широкого распространения:

1) выключение из вентиляции легкого или доли легкого сопровождается нарушением вентиляционно-перфузионного соотношения и развитием эффекта шунта; 2) из-за отсутствия надежной фиксации бронхо- блокаторов всегда существует опасность их смещения и создает затруднения для проведения адекватной вентиляции и 3) выполнение блокады бронхов сопряжено с определенными техническими трудностями. У нас отмечена миграция блокаторов бронха у 4 (8,8%) больных. После удаления блокаторов был обеспечен адекватный газообмен и была проведена санация трахеобронхиального дерева по ходу операции. Течение наркоза протекало нормально без осложнений. Показатели КОС, газов крови и насыщение гемоглобина кислородом находились в пределах нормы. Нами однолегочная вентиляция была применена у 26 больных. При пульмонэктомии у 21(80.6%). В 1 - ом случае отмечено смещение интубационной трубки и затопление здорового легкого, сопровождающееся нарушением проходимости дыхательных путей и адекватности вентиляции. После проведения санации трахеобронхиального дерева была обеспечена проходимость дыхательных путей и адекватный газообмен. Проведенные исследования показали, что однолегочная вентиляция имеет следующие недостатки: 1) введение трубки в бронх здорового легкого не создает условий для аспирации содержимого из бронхиального дерева оперируемого легкого; 2) большую опасность при эндобронхиальной интубации представляет перекрытие устья верхнедолевого бронха; 3) эндобронхиальная интубация не обеспечивает надежную фиксацию и существует опасность миграции интубационной трубки. Поэтому, в последнее время мы у 6 больных перед интубацией провели тщательную санацию трахеобронхиального дерево пораженного легкого, затем дренировали главный бронх пораженного легкого катетером №2, после чего проводили эндотрахеальную интубацию. После вскрытия плевральной полости осторожно производили аспирацию патологического содержимого пораженного легкого и перед пульмонэктомией производили удаление катетера. Данную методику мы применяли при операции пульмонэктомии по поводу бронхоэктазии легкого.

Заключение. Таким образом, обеспечение проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции при оперативных вмешательствах на легких у детей с ХНЗЛ достигается индивидуально в каждом конкретном случае. При нетравматичных оперативных вмешательствах и операциях, сопровождающихся выделением небольшого количество мокроты применяется эндотрахеальная

интубация. При оперативных вмешательствах, сопровождающихся выделением большого количества мокроты, защита здоровых отделов легкого обеспечение проходимости дыхательных путей и адекватный газообмен обеспечивают применением бронхоблокатора. Для выполнения пульмонэктомии применяли эндобронхиальную интубацию здорового легкого и катетеризацию главного бронха пораженного легкого, их сочетание обеспечило проходимость дыхательных путей, адекватную вентиляцию, газообмен и гладкое течение наркоза у детей с ХНЗЛ.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СПОНТАНТНОГО ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Сафархонов Х.М., Рахимов А.А.
Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Одним из наиболее ответственных моментов этапов анестезии у детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких (ХНЗЛ) является прекращение ИВЛ и перевод больных на спонтанное дыхание.

До сих пор в отношении времени перевода больных после операции на

самостоятельное дыхание, проведение продленного ИВЛ у больных с ХНЗЛ в послеоперационном периоде нет единого подхода, что свидетельствует об актуальности этой проблемы. Этот вопрос недостаточно освещен в литературе.

Цель исследования. Определить оптимальное время перевода больных на спонтанное дыхание после операции на легких у детей с ХНЗЛ.

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование по определению время перевода у 164 больных на самостоятельное дыхание после операции на легких по поводу ХНЗЛ. В зависимости от времени перевода больных на самостоятельное дыхание, больные были разделены на 3 группы. Эффективность перевода на самостоятельное дыхание была оценена путем изучения газов крови, КОС и сатурации гемоглобина. Из 164 больных оперированных по поводи ХНЗЛ 1–ую группу составили 92 (56,1%) больных, которые были переведены на самостоятельное (спонтанное)

дыхание на операционном столе за 30 мин до окончании операции и были экстубированы через 10 – 15 мин после перевода в реанимационном отделение; 2–ую группу составили (42) больных которым в послеоперационном периоде проводили продленную ИВЛ в течение 4–6 часов и 3 – группу составили (30) больным у которых по окончании операции не восстановилось самостоятельное дыхание и им в послеоперационном периоде проводили ИВЛ.

Из 92 (56,1%) больных переведенных на спонтанное дыхание на операционном столе у 45 (48,9 %) больных экстубация была проведена в течении 30 мин после перевода больных в реанимационное отделение. В течение 1 часа были экстубированны 48 (52,2%) больных и 8 (8,7%) больных были экстубировано через 1,5 часа после окончания операции. Плановая продленная ИВЛ была проведена 32 больным и продолжительность до 4–6 часов в связи с травматичностью оперативного вмешательства, а у 40 больным в послеоперационном периоде ИВЛ проводилась из–за отсутствие восстановления самостоятельного дыхания после операции: спонтанное у них восстановилось через 4 –6 часов в послеоперационном периоде. У 40 больных находившейся в послеоперационном периоде на ИВЛ самостоятельное дыхание восстановилось: у 8 больных через 2 часа, у 6 через 3 часов, у 10 через 4 часа, у 9 через 5 часов у 11 больных восстановилось через 8 часов. Такая методика применялось в клинике до 1990 годы, не имела особых преимуществ и поэтому мы отказались от нее. У больных 3-й группы продолжительность послеоперационного продления ИВЛ колебалась от 3 до 8 часов. Анестезия проводилось препаратами НЛА. Следует отметить, это у больных 2 и 3 группы в послеоперационном периоде наблюдались ателектаз, нарушение вентиляции, обтурационная дыхательная недостаточность.

Результаты исследований и их обсуждение. Перевод больных на спонтанное дыхание осуществлялся после оценки клинических данных, КОС и определения газов крови (pO_2, pCO_2, SO_2). Больные 1 гр. были переведены на самостоятельное дыхание на операционном столе. Перевод больных на самостоятельное дыхание начали осуществлять, после ушивания мышечного слоя операционной раны. Следует отметить, что время перевода больных на самостоятельное дыхание зависит от вида применяемого метода анестезии и миоплегии во время оперативного вмешательства. Больным 1– ой группы анестезия проводилась сочетанием кетамина с фторотаном, кетамина с регионарной анестезией введением в корень легкого лидокаина и кетамином с дроперидолом. Миоплегию проводили деполяризующими

миорелаксантами. Благодаря применению вышеперечисленной методике анестезии самостоятельное дыхание восстанавливалось в конце операции на операционном столе, ранняя экстубация, активизация больного, восстановление кашлевого рефлекса, стабильной гемодинамики, адекватного газообмена, способствовало профилактике развития ОДН в раннем послеоперационном периоде. Больным 2- ой группы проведена плановая продленная ИВЛ в связи с травматичностью оперативного вмешательства и продолжительностью операции. Анестезия проводилось препаратами НЛА в сочетанием кетамином. Такая методика нами в клинике практиковалась до 1990 годы. У больных 3-ей группы по окончании операции самостоятельное дыхание не восстановилось или не было компенсировано. Продолжительность послеоперационной ИВЛ колебалась от 3 до 8 часов. Следует отметить, это у больных 2 и 3 группы в послеоперационном периоде наблюдались ателектаз, нарушение вентиляции, обтурационная дыхательная недостаточность.

Заключение. Таким образом, проведенные методы исследования перевода больных на самостоятельное дыхание после операции на легких у детей с ХНЗЛ свидетельствуют о том, что чем дольше больной находится на ИВЛ в послеоперационном периоде, тем больше увеличивается риск развития осложнения со стороны дыхательной системы. Одним из основных факторов, способствующих позднему восстановлению самостоятельного дыхания в послеоперационном периоде является применение наркотических анальгетиков (промедол и фентанил), как метод анестезии во время операции на легких. Данная методика анестезии способствует позднему восстановлению самостоятельного дыхания, сознания, активации больного и кашлевого рефлекса, что приводит к нарушению проходимости дыхательных путей, дренажной функции бронхов, адекватного газообмена с развитием ОДН. Окончание операции является оптимальным временем для перевода больных на самостоятельное дыхание в послеоперационном периоде у больных с ХНЗЛ.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Икромов Т.Ш., Абдулалиев А.А., Юсупов Б.Х., Рахимов А.А.
Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Успех хирургического лечения детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких (ХНЗЛ) во многом определяется течением компенсаторных процессов и состоянием иммунного статуса в послеоперационном периоде. Непосредственный послеоперационный период это тот отрезок времени после операции, в течении которого происходит восстановление нарушенных общей анестезией и операцией основных жизненно важных функций организма. Этот период продолжается от 1 до 5 суток. Несмотря на большое количество проведенных исследований до настоящего времени остаются малоизученными важные вопросы касающийся профилактики и лечения непосредственного послеоперационного периода. Сложной проблемой этого периода при хирургическом лечении детей с ХНЗЛ остается острая дыхательная недостаточность (ОДН). Причины ОДН в послеоперационном периоде у детей с ХНЗЛ, многообразны. Факторы наиболее часто способствующие развитию ОДН следующие: исходное функциональное состояние сердечно-легочной системы, травматичность операции, применение в качестве анестезии препаратов нейролептанальгезии (НЛА), позднее восстановление самостоятельного дыхания, поздняя активизация больного, неэффективность послеоперационной анальгезии, отек подсвязочного пространства, большие кровопотери, большой обьем трансфузионной терапии, гиповолемия, парез кишечника. Поэтому эта проблема у детей с ХНЗЛ до настоящего времени остается не решенная и является актуальной.

Цель исследования: Выявить причины вызывающие развитие острой дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде у детей с ХНЗЛ.

Материал и методы исследования: Нами было исследовано на первой неделе после операции 174 больных, оперированных по поводу ХНЗЛ в возрасте от 3-х до 15 лет. В возрасте 2-7 лет было - 88(50,64%), 8-10 лет - 41 (23,5%) и 11-15 лет были 45(25,9%) больных.

Им было произведены следующие операции: резекция верхней доли - 6, резекция средней доли - 4, резекция нижней доли – 59, резекция нижней и средней доли – 14, резекция нижней доли и язычкового сегмента - 50, декортикация с сегментарной резекцией - 3, экстирпация долевого бронха- 2, сегментарная резекция бронха - 3, пульмонэктомия - 18. По способу обезболивания больные были распределены на IV группы: I – группа (23 больных), которым обезболивание было проведено препаратами НЛА; II – группа (63 больных) обезболивание - кетамин с НЛА, III – группа (54), обезболивание фторотан с кетамином и IV – группа (34) - обезболивание проводилось в сочетании кетамина с регионарной анестезией в корень легкого лидокаином. Из 174 больных оперированных 102 (58.6%) переведены на самостоятельное дыхание на операционном столе, а 72 (41,4%) продолжали проводить ИВЛ и в послеоперационном периоде. Продолжительность ИВЛ в послеоперационном периоде колебалось от 3 до 8 часов. Из 174 оперированных больных ОДН наблюдалась у 25 (14,4%) больных: после пульмонэктомии (2), резекции нижней доли правого легкого (4), резекции нижней доли и средней доли (5), резекции верхней доли правого легкого (2), резекции нижней доли и язычкового сегмента (6), декортикация легкого (1). Причинами ОДН были: у 8 (32,0%) больных ателектазом легкого, у 13 (52,0%) - синдром обструкции трахеобронхиального дерева, у 2 (8,0%) был пневмоторакс и у 1 (4,0%) - наблюдалось осложнение в виде пиопневмоторакса.

Результаты исследований и их обсуждение. Клиническая картина послеоперационной дыхательной недостаточности в значительной мере определялась её формой и степенью нарушения вентиляции, наличием артериальной гипоксемии, гипер- или гипокапнии. Анализ проведенных исследований 174 больных оперированных детей с ХНЗЛ показало, что у 25 (14,4%) больных наблюдалось ОДН в течении первых 3 дней в послеоперационного периода. Причинами ОДН у 21 (84,0%) больных были нарушение вентиляции с обструктивным синдромом, у 2 больных ОДН была связана с функционированием бронхиальных свищей и у 1-го больного несостоятельность культи левого главного бронха.

Клиническая картина обструктивного синдрома ДН развивалась обычно в первые 3 суток. В зависимости от степени проявлений она характеризовалась беспокойным поведением больных, тахипноэ с участием дыхательной мускулатуры в акте дыхания, тахикардия, отставания в акте дыхания оперированной стороны грудной клетки, аускультативно - дыхание резко ослабленное или не проводится.

Диагноз подтвердился рентгенологически. Лабораторно наблюдалось сниженное pO2 - 58,3 на 2 мм рт.ст., повышение pCO2 – 46,5 на 2,3 мм рт.ст, SO2 – 89,1 на 1,3 %.

Проведенный клинический анализ 21 больного с ОДН обструктивного синдрома показало, что одной из основных причин развития послеоперационной ДН является использование во время оперативного вмешательства в качестве анестезии препаратов НЛА (фентанил). Препараты НЛА в частности препараты наркотические анальгетики (фентанил, промедол), способствуют позднему восстановлению спонтанного дыхания, сознания, кашлевого рефлекса, повышению ригидности дыхательных мышц, понижают чувствительность дыхательного центра к углекислому газу. Поздняя активация дыхания приведет к нарушению вентиляционной проходимости дыхательных путей за счет обструкции трахеобронхиального дерева и ухудшению газообмена.

В последние 10 лет применение наркотических анальгетиков (фентанил, промедол) при оперативных вмешательствах на легких у детей с ХНЗЛ резко ограничили и, мы не наблюдали в послеоперационном периоде случаев ателектаза и обструктивного синдрома и необходимости в проведении санационной бронхоскопии.

Выводы: Проведенные исследования осложнений ОДН в послеоперационном периоде показало, что наркотические анальгетики (промедол, фентанил) применяемые во время оперативного вмешательства на легких у детей с ХНЗЛ, как основной компонент анестезии, является одной из основных причин развития ОДН-обструктивного синдрома и ателектаза легкого.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА В СИСТЕМІ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ

Кашіна-Ярмак В.Л.
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
Медичний факультет, кафедра педіатрії

Синдром Дауна (СД) є однієї з найчастіших хромосомних аберацій, характеризується затримкою психомоторного та мовного розвитку в поєднанні із високою частотою вроджених вад внутрішніх органів і підвищеним ризиком виникнення асоційованих із синдромом захворювань. На сьогодні діти із СД майже стовідсотково виховуються в рідних сім'ях, тому родини таких пацієнтів уже з перших тижнів перебування дитини вдома стикаються із різноманітними

відхиленнями та особливостями стану здоров'я малюків. Суттєвий вклад у поліпшення якості життя і підвищення соціальної адаптації дітей вносить використання технології раннього втручання, яка об'єднує зусилля спеціалістів немедичного профілю – психологів, фізичних реабілітологів, логопедів. Але для досягнення адекватної ефективності роботи мультидисциплінарної команди потрібен супровід такої дитини лікарем-педіатром або сімейним лікарем, який забезпечить своєчасну діагностика та профілактику життєзагрожуючих станів, ускладненого перебігу певних захворювань тощо.

З метою визначення найважливіших складових медичного супроводу дітей раннього віку із СД проведено аналіз стану здоров'я та його динаміки у 50 дітей віком від 2 місяців до 3,5 років, які проходили реабілітаційні заняття на базі БФ «Інститут раннього втручання для дітей із порушеннями розвитку та дітей-інвалідів». За результатами цього аналізу визначено наступні кроки алгоритму спостереження. По-перше, підтверджена висока частота у таких пацієнтів вроджених вад внутрішніх органів (серця, кишечнику, нирок), обсяг і термін корекції яких (медикаментозної або оперативної) не відрізнявся від такого ж у дітей без цієї аномалії. У частини дітей відзначалися труднощі післяопераційного періоду, що було обумовлено поєднанням вад з іншими характерними станами (затримкою фізичного розвитку, особливостями слизової носоглотки та імунної реактивності організму дитини із СД).

По-друге, відзначено високу частоту коморбідних щодо СД захворювань: у кожного десятого пацієнта веріфіковано гіпотиреоз (призначено замісну терапію), у половини дітей, які були проконсультовані сурдологом, визначалося зниження слуху різного ступеня внаслідок розвитку ексудативного отиту, майже в кожної третьої дитини (28,9 %) мали місце ознаки синдрому мальабсорбції (підтвердження наявності глютенової ентеропатії було отримано в одного, а лактазної недостатності – в двох малюків). При цьому слід зазначити, що характерна для більшості дітей генералізована м'язова гіпотонія призводила до певних змін клінічної картини, наприклад, вроджених вад або іншої патології кишечнику, що утрудняло проведення диференційного діагнозу та адекватну корекцію цих станів. У динаміці спостереження при оцінці стану серцево-судинної та ендокринної систем, органів травлення, сенсорних систем отримано позитивну динаміку, що дозволяло підвищити ефективність реабілітаційних заходів, які проводилися іншими спеціалістами, тобто ці відхилення можна розцінювати як «керовані стани».

До станів, які не вдається скерувати, можна віднести особливості фізичного розвитку дітей із СД. Так, не зважаючи на середньостатистичні показники довжини тіла та маси при народженні у більшості малюків, при спостереженні на першому році життя тільки кожна п'ята дитина мала гармонійний середній фізичний розвиток. Для хлопчиків більш характерним був варіант одночасного дефіциту росту та маси тіла, для дівчат – ізольована затримка росту. Ця особливість фізичного розвитку зберігалася протягом спостереження за пацієнтами у наступні роки життя. Стосовно функціонування нервової системи в дітей раннього віку із СД слід зазначити, що як і в роботах інших дослідників, нами відзначена значна варіація від відсутності порушень взагалі до наявності судомних пароксизмів або залишкових проявів резидуальної патології центральної нервової системи. Тобто, при оцінці стану фізичного та психомоторного розвитку основним завданням лікаря вважаємо виключення станів, які потребують спеціального лікування (соматотропна недостатність, резидуальна патологія нервової системи), при їх відсутності – моніторування та проведення реабілітації згідно із технологією раннього втручання без медичних обмежень.

Таким чином, діти із СД мають певні особливості розвитку та функціонування основних систем організму, що впливає на перебіг періоду дитинства і прогноз розвитку. Медичний супровід таких дітей лікарем-педіатром (сімейним лікарем) дозволяє визначати обсяг програм лікування та реабілітації індивідуально відповідно до особливостей стану здоров'я та конкретних потреб дитини у різні періоди дитинства.

ПОКАЗАТЕЛИ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С ГИПОАНДРОГЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА

Кашкалда Д.А., Косовцова А.В., Сухова Л.Л., Юдченко О.И., Ярмак Е.В., Шарун Е.В.
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»

Цель работы - изучить влияние уровня тиреотропного гормона (ТТГ) на показатели про-и антиоксидантной системы у мальчиков-подростков с гипоандрогенией (ГА).

Материалы и методы. Обследовано 36 мальчиков 13–18 лет с ГА, в крови которых определяли концентрацию тестостерона (Т), ТТГ, свободного тироксина (fT_4), ТБК-активных продуктов (ТБК), карбонилированных белков (КБ), активность супероксиддисмутазы

(СОД), уровень восстановленного глутатиона (ВГ) и глутатионпероксидазы (ГПО). Вычисляли коэффициент окислительного стресса (КОС): КОС = (ТБК+КБ) / (СОД+ГПО). Группу сравнения составили 84 мальчика аналогичного возраста с нормальным половым и физическим развитием, без соматической патологии. В зависимости от уровня ТТГ были выделены группы обследованных: 1 - с оптимальными значениями ТТГ (менее 2,5 мМЕ/л); 2 – с нормально высокими (2,5 - 4,0 мМЕ/л); 3 – с повышенным уровнем ТТГ (более 4,0 мМЕ/л).

Результаты. У подростков с ГА уровень Т не зависел от концентрации ТТГ и составлял 1,74±0,27 нмоль/л, что в 5,8 раза меньше, чем в группе сравнения (10,09±0,87 нмоль/л; $p<0,00001$). Содержание fT_4 не отличалось от группы сравнения и не зависело от уровня ТТГ. У пациентов выявлено достоверное снижение активности ГПО (7,59±0,60 мкмоль/мин·мл) и увеличение КОС (0,66±0,06 у.е.) относительно группы сравнения (соответственно 10,66±0,37 мкмоль/мин·мл; $p<0,00001$ и 0,46±0,03 у.е.; $p<0,02$). Регистрировалось достоверное увеличение активности СОД в 3 группе по сравнению с 1 (соответственно 1,57±0,15 Е/мин·мл и 1,34±0,09 Е/мин·мл; $p<0,04$). При этом активность ГПО снижалась на 23,0 % по сравнению с 1 и 2 группой ($p<0,09$), а концентрация ВГ увеличивалась в 2 раза и составляла 0,67±0,13 ммоль/л в отличие от таковой во 2 группе мальчиков (0,30±0,04 ммоль/л; $p<0,04$).

Таким образом, у подростков с ГА формируется состояние оксидативного стресса, основным инициатором которого является низкая активность ГПО. У пациентов с повышенным уровнем ТТГ в условиях низкой активности ГПО, несмотря на высокий уровень ВГ, обезвреживание токсичных продуктов, образованных на начальных этапах свободнорадикального окисления, замедляется, что может привести к развитию мембранной патологии тиреоцитов при гипотиреозе в условиях ГА. Выявленные особенности изменений позволяют патогенетически обосновать последующую коррекцию и профилактику антиоксидантной недостаточности на начальных этапах ГА в сочетании с гипотиреозом.

НАУКОВО-ОБҐРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЕЛІМІНАЦІЙНОЇ ДІЄТИ ДИТИНИ РАННЬОГО ВІКУ

Клименко В.А., Ащеулов О.М., Плахотна О.М., Дмитрова Г.В.
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №2
Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2

Вступ. За останні десятиліття алергічні захворювання отримали надзвичайно широке поширення: на сьогоднішній день 30-40 % населення земної кулі страждає на алергію [1]. Особливу тривогу викликає зростання захворюваності серед дітей, а також поява тяжких, нетипових форм, торпідних до традиційних видів терапії [3, 4]. Головним принципом лікування алергічної патології є елімінація причинного алергену. Для деяких нозологічних форм це є неможливим, але при харчовій алергії елімінаційна дієта – найефективніший метод лікування та профілактики. При організації елімінації на практиці зустрічаються дві протилежні проблеми – недостатнє виключення алергену та надмірне обмеження головних харчових речовин, що є причиною полідефіцитних станів, що ускладнює перебіг основної патології. Тому актуальним є розробка алгоритму вибору елімінаційної дієти.

Метою роботи було підвищення якості медичної допомоги дітям з алергією до білків коров'ячого молока шляхом раціоналізації елімінаційної дієти.

Завдання: 1. Визначити особливості сенсибілізації до фракцій білків коров'ячого молока у дітей з атопічним дерматитом (АтД). 2. Розробити рекомендації щодо призначення патогенетично-обґрунтованої терапії дітям з алергією до білків коров'ячого молока (БКМ).

Матеріали і методи. Робота виконувалась на базі відділення дітей молодшого віку, Обласного дитячого алергоцентру та консультативної поліклініки КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1». Критеріями включення до дослідження: вік дітей від 29 днів до 2 років; наявність АтД; наявність алергії до БКМ. Критеріями виключення була наявність ускладнень АтД (бактеріальні, грибкові інфекції шкіри, лімфаденіт та ін.); вад розвитку, рецидивуючого «wheezing», інших хронічних захворювань; присутність будь якого гострого захворювання або відсутність комплаєнсу з батьками.

Для верифікації діагнозу використовувалися загальноприйняті методи обстеження згідно з протоколом діагностики та лікування

алергологічних хвороб у дітей, затверджений наказом МОЗ України № 767 від 27.12.2005, потім – згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Атопічний дерматит», затвердженому наказом МОЗ України № 670 від 04.07.2016.

Визначення в сироватці крові вмісту загального імуноглобуліну класу Е (Ig E, МО/мл) проводили за допомогою двосайтового імуноферментного аналізу з використанням імуноферментної тест-системи виробництва ТОВ НВЛ «Гранум», м. Харків. Алергія до БКМ встановлювалася за допомогою педіатричної панелі № 4 «Atopic 20-1», виробництва Polycheck®, Німеччина.

Роботу виконано відповідно до міжнародних етичних вимог. Отримані дані оброблено непараметричними статистичними методами на персональному комп'ютері за допомогою програм MS Excel, StatSoft STATISTICA 7.0.

Отримані результати та їх обговорення. Під спостереження перебувало 30 дітей віком від 3 місяців до 2 років. За віком діти були розділені наступним чином: від 3 місяців до 1 року – 21 (70 ± 4,7 %), від 1 до 2 років – 9 (30 ± 5,1 %) хворих. Розподіл за статтю не вивив гендерних відмінностей: 16 (53 ± 4,9 %) хлопчиків та 14 (47 ± 5,0 %) дівчат.

Пацієнти були розподілені за тяжкістю АтД (в залежності від індексу SCORAD): з легким (1 дитина – 3 ± 5,6 %), середнім (12 пацієнтів – 40 ± 5,0 %) та тяжким (17 дітей – 57 ± 4,9 %) ступенями.

Розповсюдженість уражень шкіри у 5 (16 ± 5,3 %) дітей була менше 5 %; у 11 (37 ± 5,1 %) пацієнтів – від 5 % до 50 %; у 14 (47 ± 5,0 %) хворих – більше 50 % поверхні шкіри, серед них у 4 малюків відмічалося тотальне ураження шкіри.

У більшості дітей (58 ± 4,9 %) виразність морфологічних уражень (сумарна оцінка усіх морфологічних елементів за шкалою SCORAD) була більше 12 балів.

Суб'єктивний компонент викликав найбільшу складність в оцінці, бо у дитини раннього віку зазвичай відсутній свербіж, а також складно встановити причину порушення сну та зв'язок із загостренням АтД. Але в 34 ± 5,1 % хворих відмічено свербіж до 5 балів та у 66 ± 4,8 % дітей – більше 5 балів. Порушення сну мали місце 54 ± 4,9 % хворих.

Згідно анамнестичних даних, перші клінічні прояви АтД відмічені в середньому з 3,5 ± 0,5 місяців.

На грудному вигодовуванні було 5 (17 ± 5,3 %) дітей, доповненому грудному – 6 (20 ± 5,2 %), на штучному – 19 (63 ± 4,8 %) дітей. Загальновизнано значення грудного вигодовування у профілактиці алергії, але наше дослідження ще раз підтверджує можливість алергії до білків молока навіть при виключно природному вигодовуванні.

Анамнестично скарги з боку шлунково-кишкового тракту мали місце у 21 хворого: часті зригування – у 10, блювота – у 1, діарея – у 6, закрепи – у 4 малюків.

При дослідженні імунологічного статусу виявлено тенденції до зниження рівнів CD3, CD8, CD16, Ig G; підвищення рівнів CD22, CD25 та Ig E. Показники CD4, Ig A та Ig M знаходилися у межах вікової норми.

Під час дослідження середній рівень загального Ig E склав 70,3 [107,2;181,0] МО/мл. Значення Ig E коливалися від 8,3 до 649,1 МО/мл. У 18 пацієнтів відмічене нормальне значення Ig E, але виявлено сенсибілізацію до окремих фракцій БКМ. Це свідчить про необхідність визначення специфічних Ig E до фракцій БКМ навіть при нормальному рівні загального Ig E при наявності клініко-анамнестичних критеріїв.

Моносенсибілізацію виявлено у 16 дітей, з них до α-лактоальбуміну (А-ЛА) – у 4, β-лактоглобуліну (Б-ЛГ) – у 4, бичачого сироваткового альбуміну (БСА) – у 8 дітей. Моносенсибілізацію до казеїнової фракції не виявлено.

Полісенсибілізація спостерігалась у 14 хворих та розподілена наступним чином: сенсибілізація до 2 фракцій – у 10 хворих, до 3 фракцій – у 4 хворих. Для встановлення клінічних особливостей в залежності від типу сенсибілізації пацієнтів розподілено за критерієм наявності / відсутності сенсибілізації до однієї фракції БКМ (табл. 1).

Таблиця 1.

Взаємозв'язок різних видів сенсибілізації до БКМ з клінічними проявами АтД у дітей, (Me [Lq;Uq])

Клінічні прояви	Групи в залежності виду сенсибілізації			
	А-ЛА (n=16)	Б-ЛГ (n=16)	БСА (n=11)	Казеїн (n=4)
SCORAD, бали	29,3 [23,4;31,2]	27,2 [25,1;29,4]	36,3 [32,8;38,6]	62,3 [49,3;79,2] *#◊
Розповсюдженість, % ураження шкіри	42,7 [37,1;49,2]	53,3 [49,6;63,7] *	41,8 [35,4;53,6]	100 [89,5;100] * #◊
Інтенсивність морфологічних проявів, бали	8,2 [7,5;9,9]	7,3 [6,1;9,0] *	7 [5,6;9,8]	12,7 [10,4;14,5] *#◊
Сон, бали	3,5 [2,4;4,5]	4,6 [2,1;5,6]	2,4 [1,1;4,4] #	8 [5,7;9,1] * #◊
Свербіж, бали	4,8 [3,3;6,1]	8,2 [6,7;10,1] *	8,5 [7,4;9,8] *	9,5 [7,6;11, 4] *#
Ig E загальний, МО/мл	37,2 [23,9;51,6]	16,4 [8,3;21,4] *	158,6 [121,5;251, 7]*#	62,5 [26,8;189,3] *#◊
Тривалість загострення, тижні	4,2 [3,4;4,9]	3,3 [2,4;4,2]	4,5 [3,4;5,1]	5,5 [4,4;5,8] *#
Середня кількість загострень	2,3 [1,8;3,6]	3,1 [2,7;4,4]	2,8 [2,1;4,3]	3,9 [3,4;4,2] *

Примітка. * – $p < 0,05$ у порівнянні з А-ЛА, # – $p < 0,05$ у порівнянні з Б-ЛГ, ◊ – $p < 0,05$ у порівнянні з БСА.

В науковій літературі відмічено, що пацієнти при наявності АБКМ майже завжди сенсибілізовані до α-казеїнів (100 %) та к-казеїнів (91,7 %) [5]. Наші данні свідчать про незначну розповсюдженість сенсибілізації (всього 13%), відсутність моносенсибілізації до казеїну, але найбільш тяжкий клінічний перебіг АтД при даному типу сенсибілізації. Таким чином, найбільш тяжкий перебіг притаманний хворим з сенсибілізацією до казеїнової фракції молока.

Розроблено аргументовані рекомендації щодо найбільш повної елімінації причинного алергену. Пацієнтам з сенсибілізацією до сироваткових білків призначалася суміш з екстенсивним гідролізом казеїну. Малюки з сенсибілізацією до казеїну отримували суміш з

екстенсивним гідролізом сироваткового білку. Дітям, що мали сенсибілізацію до бичачого сироваткового альбуміну призначено суміш на основі козячого молока. У всіх дітей відмічено позитивний ефект. У 3 дітей з тяжкою формою алергії проведено апробацію амінокислотної суміші протягом 4 тижнів з позитивним ефектом [2].

Висновки. Описано клінічні особливості АтД в залежності від виду сенсибілізації та запропоновано алгоритм проведення елімінаційної дієти дітям з алергією до БКМ.

Список літератури

1. Characterization and Burden of Pain in Atopic Dermatitis: A Pilot Study / Mattancheril S., Penedo F., Paller A. S., & Fishbein A. B. // Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2018. – № 141(2). – P. 134.

2. Clinical effectiveness of amino acid formula in infants with severe atopic dermatitis and cow's-milk protein allergy. / Nyankovskyy S.L., Ivakhnenko O.S., Klimenko V.A., Ashcheulov O.M. et al. // Pediatria Polska. – 2016. – № 91. – P. 521-527. - http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2016.07.003

3. Huang E. Severe Atopic Dermatitis in Children / Huang E., & Ong P. Y. // Current allergy and asthma reports. – 2018. – № 18(6). – P. 35.

4. Quality of life measurement in atopic dermatitis. Position paper of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Task Force on Quality of Life / Chernyshov P. V., Tomas&Aragones L., Manolache L. et al. // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. – 2017. – № 31(4). – P. 576-593.

5. Основні положення настанов по веденню хворих з алергією до коров'ячого молока. Частина 2 – патогенез та клініка алергії до коров'ячого молока / Т.Р. Уманець, О.Г. Шадрін, В.А. Клименко и др. // Современная педиатрия. – 2015. – № 2 (66). – С. 19-27.

НАУКОВО-ОБҐРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЕЛІМІНАЦІЙНОЇ ДІЄТИ ДИТИНИ РАННЬОГО ВІКУ

Клименко В.А., Ащеулов О.М., Плахотна О.М., Дмитрова Г.В.
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №2
Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2

Резюме. В статті розглядається проблема елімінаційної дієти при алергії до білків коров'ячого молока, що є головними алергенами для малюків. Під спостереженням перебувало 30 дітей віком від 3 місяців до 2 років. При вивченні алергії до окремих фракцій білків коров'ячого молока моносенсибілізацію виявлено у 53,3 % дітей, з них до α-лактоальбуміну – у 13,3 %, β-лактоглобуліну – у 13,3 %, бичачого

сироваткового альбуміну – у 26,6 % дітей, казеїну – не виявлено. Полісенсибілізація спостерігалась у 46,6 % хворих: сенсибілізація до 2 фракцій – 33,3 %, до 3 фракцій – 13,3 % дітей. Проаналізовано клінічні особливості атопічного дерматиту в залежності від типу сенсибілізації – встановлено, що сенсибілізація до казеїну зустрічається в 4 рази рідше, ніж до сироваткових білків, але для неї притаманний вірогідно більш тяжкий перебіг дерматиту. Розроблено аргументовані рекомендації щодо найбільш повної елімінації причинного алергену. Пацієнтам з сенсибілізацією до сироваткових білків призначалася суміш з екстенсивним гідролізом казеїну. Малюки з сенсибілізацією до казеїну отримували суміш з екстенсивним гідролізом сироваткового білку. Дітям, що мали сенсибілізацію до бичачого сироваткового альбуміну призначено суміш на основі козячого молока. У всіх дітей відмічено позитивний ефект. У 3 дітей з тяжкою формою алергії проведено апробацію амінокислотної суміші протягом 4 тижнів з позитивним ефектом.

Ключові слова: діти, алергія, елімінаційна дієта, коров'яче молоко.

НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К ЭЛИМИНАЦИОННОЙ ДИЕТЕ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Клименко В.А., Ащеулов А.М., Плахотная О.Н., Дмитрова Г.В.
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра пропедевтики педиатрии №2
Харьковская клиническая больница на железнодорожном транспорте № 2

Резюме. В статье рассматривается проблема элиминационной диеты при аллергии к белкам коровьего молока, которые являются главными аллергенами для детей раннего возраста. Под наблюдением находилось 30 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 2 лет. При изучении аллергии к отдельным фракциям белка коровьего молока моносенсибилизация выявлена у 53,3% детей, из них к α-лактоальбумину - у 13,3%, β-лактоглобулину - у 13,3%, бычьему сывороточному альбумину - у 26 6% детей, казеину - не обнаружено. Полисенсибилизация наблюдалась у 46,6% больных: сенсибилизация к 2 фракциям - 33,3%, к 3 фракциям - 13,3% детей. Проанализированы клинические особенности атопического дерматита в зависимости от типа сенсибилизации - установлено, что сенсибилизация к казеину встречается в 4 раза реже, чем к сывороточным белкам, но для нее характерно достоверно более тяжелое течение дерматита. Разработаны аргументированные рекомендации по наиболее полной элиминации причинного аллергена. Пациентам с сенсибилизацией к сывороточным

белкам назначалась смесь с экстенсивным гидролизом казеина. Малыши с сенсибилизацией к казеину получали смесь с экстенсивным гидролизом сывороточных белков. Детям, которые имели сенсибилизацию к бычьему сывороточному альбумину, назначали смесь на основе козьего молока. У всех детей отмечен положительный эффект. У 3 детей с тяжелой формой аллергии проведена апробация аминокислотной смеси в течение 4 недель с положительным эффектом.

Ключевые слова: дети, аллергия, элиминационная диета, коровье молоко.

THE SCIENTIFIC APPROACH TO THE ELIMINATING DIET FOR CHILDREN OF EARLY AGE

Klymenko V.A., Ashcheulov O.M., Plachotna O.M., Dmytrova G.V.
Kharkiv National Medical University
Department Fundamentals of Pediatrics No. 2
Kharkiv Clinical Hospital on Railway Transport No. 2

Summary. The article is devoted to the problem of the elimination diet for cow's milk allergy. The participants of this study were 30 children aged from 3 month to 2 years old. During study of allergy to the distinct fractions of cow's milk proteins, monosensitization was found in 53.3 % of children, from them: to the α-lactalbumin – 13.3 %, beta-lactoglobulin – 13.3 %, bovine serum albumin – 26.6 % of children, to the casein was not detected. Polysensitization was observed in 46.6 % of patients: sensitization to 2 fractions was in 33.3 %, up to 3 fractions – 13.3 % of children. The clinical features of atopic dermatitis were analyzed depending on the type of sensitization - there was determined that sensitization to casein occurs 4 times less often than to serum proteins, not in the form of monosensitization, but it is characterized by a more severe course of the dermatitis. Study of sensitization to the distinct fractions has allowed us to develop the reasoned recommendations regarding the most complete elimination of the causative allergen. An extensively hydrolyzed casein blend was prescribed to the patients with sensitizations to whey proteins. The children with sensitization to casein were receiving an extensively hydrolyzed whey protein blend. The children, who had sensitization to bovine serum albumin, were taking a blend based on goat's milk. A positive effect was observed in all children. Amino acid mixture was tested on 3 children with the severe form of allergy for 4 weeks with a positive effect.

Key words: children, allergy, elimination diet, cow's milk.

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИМИ КРОВОВИЛИВАМИ III–IV СТУПЕНЯ

Ковальова О.М., Похилько В.І., Артьомова Н.С., Цвіренко С.М., Чернявська Ю.І.
Українська медична стоматологічна академія, Полтава
Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією

Вступ. Важкі внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК) у передчасно народжених дітей є однією з основних педіатричних проблем громадського здоров'я, так як їх частота серед дітей з гестаційним віком менше 32 тижні становить до 25 %, рівень смертності серед немовлят з ВШК IV ст. – до 60%, а когнітивні та розвиткові порушення мають до 50% немовлят, які вижили. Проведені попередні дослідження показали на сталі показники летальності новонароджених з важкими ВШК в Полтавській області упродовж 2009-2017 рр., вони залишаються досить високими як серед дітей з масою тіла при народженні <1000 г., так і серед дітей з вагою 1000-1499 г. та значно вищими за показники розвинених країн світу. Не зважаючи на чисельну кількість багатогранних клінічних досліджень присвячених проблемі внутрішньошлуночкового крововиливу, досі залишаються не зрозумілими та дискусійними причини, фактори ризику та прогнозування розвитку несприятливих наслідків при важких ВШК.

Метою роботи є визначення достовірних факторів ризику виникнення летального випадку серед передчасно народжених немовлят з ВШК та розробка прогностичної моделі летальних випадків у передчасно народжених дітей з важкими ВШК.

Матеріали та методи виконання. Проведено мультицентрове дослідження, в яке включено включено дітей з III та IV ступінь ВШК за Papile під час нейросонографічного дослідення проведеного до 3 доби життя. Група дослідження становила 76 передчасно народжених дітей: 40 немовлят (маса тіла при народженні 903,72±56,61 г; ГВ 26,15±0,34 тижні) які померли, та 36 немовлят (вага 1187,3±58,0 г, ГВ 28,09±0,37 тижні) які вижили. В дослідження Нами визначались фактори ризику, які достовірно асоціюються з розвитком летальних випадків у новонароджених з ВШК та вплив поліморфізму генів ренін-ангіотензинової системи, а саме генетичні моделі: домінантну модель (DD+ DI vs. II) *ACE* гена, домінантну модель (CA + AA vs. AA) *AGT2R1* гена, домінантну модель (aa + ab vs. bb) *eNOS* гена та їх

комбінації, материнські, акушерські та антенатальні фактори ризику, клінічні та лабораторні чинники які асоціювалися з виникненням летального випадку у передчасно народжених дітей з важкими ВШК.

Матеріал для проведення генетичних досліджень: кров новонароджених, забір якої відбувався на 6-10-у добу життя після встановлення діагнозу. Поліморфізм генів ACE, AGT2R1 та eNOS визначали шляхом проведення полімеразної ланцюгової реакції з подальшим рестрикційним аналізом продуктів ампліфікації. Генетичне дослідження проводилося у державному закладі «Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України».

Для ідентифікації факторів ризику, що достовірно асоціюються з розвитком ВШК у передчасно народжених, проведено простий логістичний регресійний аналіз, при якому вивчалися зв'язки між ВШК (незалежна варіанта) та одним залежним фактором. Прогностична модель розроблялась за допомогою множинного логістичного аналізу з подальшим оцінюванням операційних характеристик за допомогою пакету прикладних програм STATA 11.0.

Результати та їх обговорення. При проведенні простого логістичного регресійного аналізу доведено наявність асоціацій між смертю дитини та ГВ (ВШ=0,66; p=0,01); інтубацією трахеї (ВШ 0,4; p=0,055); введенням сурфактанту у пологовій залі (ВШ 0,16; p=0,025); сепсисом (ВШ 3,2; p=0,027), важким РДС (ВШ 8,1; p=0,001), набутим інфікуванням, про що свідчить зв'язок з рівнем СРБ (ВШ 2,45; p=0,072), кількістю лейкоцитів (ВШ 1,1; p=0,01) та тромбоцитів (ВШ 0,99; p=0,007) на 6 добу життя. Аналіз функції летального випадку за методологію Kaplan-Meier виявив підвищені ризики здійснення летального випадку у немовлят з поєднанням домінантних моделей ID&DD *ACE* +4ab&4aa *eNOS* після корекції на ГВ, порівняно з немовлятами з II *ACE* та 4bb *eNOS* моделями. Прогностична модель розвитку летальних випадків, що включає інтубацію під час реанімації, важкий РДС, кількість лейкоцитів ($x10^9$/л) та тромбоцитів ($x10^9$/л) на 6 добу життя, має чутливість – 71,4 %, специфічність – 100,0 %, позитивне предиктивне значення – 100 %, негативне предиктивне значення – 76 % та площу під ROC-кривою – 0,9373.

Висновки. З'ясовано, що немовлята з поєднанням домінантних моделей ID&DD *ACE* +4ab&4aa *eNOS* мають підвищені ризики та прогностичний час здійснення летального випадку за методологію Kaplan-Meier (HR 1,02; p=0,05) порівняно з немовлятами з поєднанням генотипів II *ACE* +4bb *eNOS*. Прогностична модель розвитку летальних наслідків у новонароджених з ВШК, яка включає: інтубацію під час проведення реанімаційних заходів (β=-4,16), наявність у

дитини важкого РДС (β=4,4), рівень тромбоцитів (β=-0,02) та рівень лейкоцитів (β=0,11) на 6 добу життя має високі операційні характеристики.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кожокарь С.В., Мэтрэгунэ Н.Г., Бикир-Тхоряк Л.И.
Институт Кардиологии Республики Молдова
Детская клиническая больница им. „В. Игнатенко”
Кишинев, Республика Молдова

В последние годы проблема ожирения и ассоциированный с ним метаболический синдром (МС) приобретает все более угрожающие масштабы. Данные заболевания перешагнули границы взрослой кардиологии и прочно вошли в педиатрическую практику. В тоже время этиопатогенез МС остаётся сложным и не до конца изученным.

Цель исследования – установления характера и частоты обменных нарушений, свойственных МС у детей с ожирением.

Материалы и методы. В исследовании были включены 218 детей с избыточной массой тела/ожирением в возрасте 10-18 лет. Согласно критериям диагностики МС (IDF, 2007) дети были разделены на две группы: 172 ребенка без МС и 46 детей с МС. Сывороточный инсулин был установлен иммунохимическим методом с электрогемилюминесцентным детектированием (ECLIA). Индекс HOMA был определен по формуле: уровень глюкозы натощак (ммоль/л) х уровень инсулина натощак (мкМЕ/мл) / 22,55 [Козловой Л.В., 2008]. ФНО-ά, лептин и адипонектин были детерминированы иммуноферментным методом *ELISA*, тогда как С-реактивный белок высокой чувствительности определился латекс-иммунотурбидиметрическим методом. У 120 детей и их биологических родителях были проведены молекулярно-генетические исследования. Полиморфизм генов-кандидатов был идентифицирован методом анализа длины амплифицированных фрагментов и рестрикционных полиморфных фрагментов.

Результаты. Дети с МС были преимущественно носителями генотипа DD (70,97%) гена I/D ACE, генотипов CC (51,61%) и AC (45,16%) гена AGTR1 A1166C. Распределение частот генотипа NOS3 Asp298Glu было без статистического значения, хотя у большинства детей с МС был выявлен генотип GG (29,03%) по сравнению с генотипом AA (6,45%). Матери детей с МС были носителями преимущественно генотипов DD (41,94%) и ID (48,39%) гена ACE I/D, генотипов AC (64,52%) и CC (29,03%) гена AGTR1 A1166C и

генотипов AG (61,29%) и GG (35,48%) гена NOS3 Asp298Glu. Тогда как распределение полиморфных вариантов генов у отцов, были без достоверно значимых различий. Средний возраст появления избыточного веса у детей с МС было 8,89±0,57 лет, в то время как у детей без МС было 9,05±0,26 лет.

ИМТ отрицательно коррелировал с ЛПВП (r=-0,55; p<0,001) и положительно с общим холестерином (p=+0,33; p<0,001), ЛПНП (r=+0,51; p <0,001), триглицеридами (r=+0,46, p<0,001), базальной гликемией (r=+0,41, p <0,001), САД (r=+0,38; p<0,001) и ДАД (r=+0,25; p<0,001). Также, результаты корреляционного анализа показали положительную связь между объемом талии (ОТ) и общим холестерином (r=+0,45, p<0,001), ЛПНП (r=+0,51, p<0,001) триглицеридами (r=+0,46, p<0,001), базальной гликемией (r=+0,25, p<0,001), САД (r=+0,51; p<0,001), ДАД (r=+0,51; p<0,001) и отрицательную связь с уровнем ЛПВП (r=-0,55; p<0,001).

Среди детей с МС артериальная гипертензия была диагностирована в 84,78% случаев, тогда как у детей без МС она составила 40,12% (χ^2=28,966; p <0,001). Дети с МС статистически значимо отличались от детей без МС по более высокому уровню общего холестерина (5,28±0,11 *vs* 4,78±0,05 ммоль/л, p<0,001); ЛПНП (3,08±0,10 *vs* 2,43±0,06 ммоль/л; p<0,001); триглицеридам (1,85±0,10 *vs* 1,47±0,04 ммоль/л; p<0,01), а также пониженным уровнем ЛПВП (1,12±0,03 *vs* 1,42±0,02 ммоль/л; p<0,001). Сывороточный инсулин положительно коррелировал с ИМТ (r=+0,58, p<0,001), ОТ (r=+0,65, p<0,001), общим холестерином (r=+0,37, p<0,001), ЛПНП (r=+0,23, p<0,001), САД (r=+ 0,48, p<0,001) и отрицательно с ЛПВП (r=-0,48; p<0,001). Такая же тенденция была выявлена для индекса HOMA.

Дети с МС имели более высокие уровни мочевой кислоты (413,1±9,39 *vs* 323,9±5,38 мкмоль/л, p <0,001), лептина (20,5±0,95 *vs* 11,7±0,39 нг/мл, p<0,001), С-реактивного белка (3,7±0,14 *vs* 2,3±0,08 мг/л; p<0,001), ФНО-α (13,1±0,68 *vs* 7,5±0,21 пг/мл, p<0,001), а также более низкие значения адипонектина (5,2±0,16 *vs* 6,8±0,13 нг/мл, p<0,001).

Выводы:

- Избыточная масса тела на ряду с абдоминальным ожирением относятся к базисным признакам метаболического синдрома у детей, учитывая их проатерогенный, продиабетогенный эффект и влияние на формирование метаболического синдрома.
- Гиперлептинемия, гиперинсулинемиа, гиперурикемия, гипоадипонектинемиа, а также хроническое воспаление являются

ведущими этиопатогенетическими факторами развития и прогрессирования метаболического синдрома у детей.

• Гомо/гетерозиготное носительство D аллели гена ACE, C аллели гена AGTR1 A1166C у детей с избыточным весом/ожирением, родившихся от матерей с тем же носительством, увеличивает риск развития метаболического синдрома.

ПРОГНОЗУВАННЯ ЗАТРИМКИ СТАТО-КІНЕТИЧНОГО РОЗВИТКУ ВКРАЙ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ В РАННЬОМУ ВІЦІ

Козакевич В.К., Зюзіна Л.С., Фесенко М.Є, Козакевич О. Б., Мелащенко О.І.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією

Вступ. Затримка психомоторного, в тому числі стато-кінетичного розвитку (СКР) передчасно народжених дітей є актуальною проблемою в Україні та усьому світі.

Мета. Розробити алгоритм прогнозування затримки СКР вкрай недоношених дітей на підставі ідентифікації значимих медико-соціальних та генетичних факторів ризику несприятливого прогнозу.

Матеріали та методи. У дослідження включено 155 вкрай недоношених дітей, що спостерігались у центрі розвитку дитини Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні. Оцінювання СКР проводили згідно Наказу МОЗ України від 20.03.2008 р № 149 "Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років» в 6, 12, 18 та 24 міс. скорегованого віку. Статистична обробка отриманих результатів відбувалась за допомогою пакету прикладних програм STATA версії 11 для Windows (StataCorp, Texac, США).

Результати та їх обговорення. Після ідентифікації достовірних медико-соціальних та генетичних факторів ризику затримки СКР за допомогою множинного логістичного регресійного аналізу розроблено прогностичну модель розвитку зазначеного стану у вкрай недоношених дітей в 2 роки життя.

Створена прогностична модель, яка включила найбільш значимі фактори ризику затримки СКР, важкі внутрішньошлуночкові крововиливи (β=2,47), значну затримку фізичного розвитку у 6 місяців (β=1,17), перенесену анемію на другому році життя (β=1,47) та низький рівень матеріального забезпечення родини (β=1,51), має високі діагностичні характеристики: помірну чутливість (53,33 %) і

високі специфічність (92,44 %), НПЗ(72,73 %), ППЗ (83,97 %) та площу під ROC-кривою (0,8038).

Встановлено, що генетична модель (GG+AG vs. AA) гену *GSTP1* достовірно асоціюється з затримкою статокінетичного розвитку даної кагорти дітей.

Висновки. Висока специфічність запропонованої моделі прогнозування затримки стато-кінетичногорозвитку вкрай недоношених дітей свідчить про можливість застосування її в практичній медицині для створення комплексної програми раннього втручання та профілактики інвалідизації в майбутньому.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ IGA НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ: ОЦЕНКА ВКЛАДА ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ

Козыро И.А., Сукало А.В.
Белорусский государственный медицинский университет
1-я кафедра детских болезней
Минск, Республика Беларусь

IgA-нефропатия (IgAN) относится к наиболее распространенной форме первичной хронической гломерулопатии как у взрослых, так и детей. В качестве пускового фактора развития рассматривается продукция IgA1 с дефектами гликозилирования с последующим формированием иммунных комплексов, имеющих сродство к мезангиальным клеткам клубочков почек. Описано сходство патогенеза IgAN и IgA васкулита Шенляйн-Геноха (ШГ).

Целью исследования явилась оценка взаимосвязи иммунных нарушений с клиническими, лабораторными, морфологическими изменениями при IgAN для выявления групп пациентов с высоким риском прогрессирования.

Материалы и методы. В исследование вошло 53 ребенка с IgAN (36 – мальчиков, 17 – девочек) в возрасте от 6 до 17 лет, находившихся под наблюдением в Республиканском Центре детской нефрологии и почечной заместительной терапии г. Минска. Критерий включения: преобладание доминантных/кодоминантных мезангиальных депозитов IgA при иммуногистологии нефробиоптата с использованием MEST+C классификации 2016 г. Длительность наблюдения от 13 месяцев до 6 лет. В качестве группы сравнения взяты пациенты с ШГ нефритом (n=30), контроля - 35 условно-здоровых детей. Методом ИФА с использованием тест систем Invitrogen «Human VEGF» (Австрия), DRG «Human TGF-1β» (Германия) в сыворотке крови определена концентрация факторов сосудистого эндотелиального и тканевого

роста (VEGF, TGF1β). Уровень deGalIgA1в сыворотке крови определен с помощью «Human Galactose-Deficient IgA1» Fine Test ELISA KIT (Китай). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 10.0.

Результаты. Концентрация deGalIgA1 у детей с IgAN составила от 0,0 до 220,0, медиана (Me) 7,2 (25-75% ДИ 0,8-34,7) в среднем 29,0±6,9, у 11 человек (21%) равнялась 0. У пациентов с ШГ от 0,0 до 87,3, Me 4,55 (0,75-21,05), в среднем 14,09±4,01, у 4 (13,3%) уровень 0. У здоровых уровень deGalIgA1 в диапазоне 0-6.9, Me 1,0 (0,4-2,5), в среднем 1,6±0,3, у 6 не определялся.

У детей с IgAN концентрация deGal-IgA1 оказалась значимо выше в сравнении с пациентами с нефритом ШГ и здоровыми ($p<0,01$). Нами также проведен анализ связи уровня deGalIgA1 с общим сывороточным IgA у пациентов с IgAN. Общий IgA сыворотки варьировал 0,95-4,57 г/л (норма 0,44-3,95 г/л), Me 2,25 (ДИ 1,59-2,8), в среднем 2,25±0,1. Только у 2-ух пациентов отмечалось повышение как общего IgA 4,1 и 4,57 г/л, так и deGal-IgA1 190,5 и 81,6, соответственно. Связи между высоким уровнем deGal-IgA1 и повышением общего сывороточного IgA нами не выявлено.

Уровень VEGF у детей с IgAN колебался в пределах 53,2-1500, в среднем 209,5±31,21 (Me 148), против 23,4-260,0, в среднем 141,7±10,51 (Me 125) у здоровых ($p<0,05$). Концентрация TGF1β также достоверно превышала показатели здоровых сверстников: 104,2-856,4 (353,9±188,7, Me 346,5) против 31,2-180 (130,9±29,9, Me 140) ($p<0,001$). Показана положительная корреляционная связь между уровнем маркеров эндотелиальной дисфункции и суточной экскрецией белка с мочой, АГ. Также выявлена позитивная корреляционная связь экспрессии TGF-1β в ткани почки с неблагоприятными в плане «почечного» прогноза морфологическими критериями: % склерозированных клубочков, фиброзных и фибро-клеточных полулуний, степенью атрофии канальцев и фиброза интерстициальной ткани.

У большинства детей (n=22) клиническая презентация IgAN отмечалась в виде минимального мочевого синдрома - эпизодической макрогематурии с и/или незначительной протеинурией до 0,2 г/сут., АГ у 9%, снижения рСКФ не было, M1 у 30%. В подгруппе 16 детей с гематурией с протеинурией от 0,2 до 0,5 г/сут., АГ у 25%, значимого повышения уровня мочевины и креатинина за время наблюдения не произошло, невыраженные морфологические изменения – M1 у всех, S1 у половины, у 1 - C1. У 15 детей третьей подгруппы протеинурия превысила 0,5 г/сут., сюда также вошли 4 ребенка с нефротическим

синдромом и гематурией. АГ выявлена у половины, M1, S1 отмечались практически у всех, T1 у 30%. У двоих отмечено прогрессирование ХПН, у мальчика до терминальной стадии.

Выводы. В детском возрасте в большинстве случаев IgAN имеет низкую скорость прогрессирования и не приводит к полной утрате функции почек. Риск быстрого прогрессирования и наступления терминальной стадии ХБП повышается у пациентов с АГ, протеинурией свыше 0,5 г/сут, снижением рСКФ менее 60 мл/мин, при наличии сегментарного склероза, тубулярной атрофии, интерстициального фиброза, фиброзных и фибро-клеточных полулуний, большого количества депозитов IgA в комбинации с C3 в биоптате.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ ХРОНІЧНОЇ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Копійченко Т.С., Кузнєцов С.В., Татаркіна А.М., Бурма Я.І., Белоконова Л.А., Сушко Л.М., Онопко Н.В.
Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Мета роботи: удосконалення клінічної та лабораторної діагностики хронічної ГВІ (ХГВІ) у дітей. Під нашим наглядом знаходилось 270 дітей віком 3 – 18 років, хворих на хронічні ГВІ. Етіологічними чинниками ГВІ були у 73 дітей віруси Епштейна-Барр (ЕБВ), у 38- цитомегаловірус (ЦМВ), у 52-вірус герпесу 6 типу(ВГ 6т), у 5 – вірус герпесу 7 типу (ВГ 7т), у 102 дітей реєструвались одночасно два (ВЕБ з ЦМВ- у 28 дітей, ВЕБ з ВГ6т-36, ВГ 6т та ВГ7т-18,), а іноді три герпесвіруси (ВЕБ, ЦМВ та ВГ 6т у 15 дітей; ВЕБ, ВГ 6т та ВГ 7т – у 5). Обстеження серологічного профілю проводилось з застосуванням сучасних методів діагностики, таких як полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) та імуноферментного аналізу (ІФА).

Основними скаргами дітей, хворих на ХРІМ, були тривалий субфебрилітет іноді до року і більше та прояви астено-вегетативного синдрому. Останній проявлявся швидкою втомою, в'ялістю, вираженою загальною слабкістю, сонливістю, зниженням апетиту та пам'яті, підвищеною дратівливістю. Відмічалась байдужість до навчання та оточуючої дійсності. При огляді виявлялись поліаденопатія різної виразності (100 %), збільшення розмірів печінки (74,8 %) і селезінки (42,1 %). В гемограмі визначались лімфо-моноцітоз, плазматизація лімфо- та моноцитів. При проведенні ІФА діагностики у 129 дітей (47,8 %) відмічалось підвищення титру антитіл

як класу імуноглобулину М (Ig M), так і імуноглобулину G (до ранніх білків вірусів EA Ig G та пізніх NA Ig G) до різних герпесвірусів. У 57 дітей (21,1 %) підвищувались титри антитіл класу Ig M, та EA Ig G, у 25 (9,26 %) – титри антитіл класу EA Ig G та NA Ig G. У 39 хворих реєструвалось підвищення антитіл лише класу Ig M,що, вірогідно, було пов'язано з наявністю імуносупресії, яку може викликати тривалий перебіг хронічної вірусної інфекції. У 20 дітей підвищувались лише антитіла NA Ig G, що потребувало дообстеження. Найбільш інформативним методом діагностики ГВІ є кількісне ДНК тестування на вірусні патогени (ПЛР) Результати кількісної ПЛР дозволили виділити групи дітей з низьким (44,3 %), високим (40%) та дуже високим (15,7%) вірусним навантаженням. Визначення вірусного навантаження в динаміці хвороби дозволяло контролювати ефективність проведення терапії.

Таким чином,основними клінічними проявами ХГВІ є тривалий субфебрилітет, астено-вегетативний синдром та поліаденопатія. Лабораторним підтвердженням діагнозу являються наявність специфічних антитіл Ig M, та EA Ig G. Кількість NA IgG може варіювати в залежності від стадії захворювання, від стану імунної системи пацієнта тому не має діагностичну цінність, навіть в динаміці хвороби. Також доцільно проводити кількісне визначення вірусних копій в периферичній крові дітей в динаміці спостереження.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С «НЕМОЙ» ФОРМОЙ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

Куликова Д.А., Крылова А.С.
ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины»

Актуальность: «Немая форма» открытого артериального протока (ОАП) встречается в 20% случаев и представляет собой порок, при котором по данным ультразвукового исследования определяется диастолический кровоток в легочной артерии из аорты, однако отсутствует характерная аускультативная картина. На сегодняшний день остается дискуссионным вопрос о тактике ведения пациентов с немыми формами ОАП, определения гемодинамической значимости протока и показаний к его оперативной коррекции. Немые формы ОАП встречаются с частотой около 0,065% среди всех новорожденных, а у взрослых − 1 случай на 500 человек.

Цель: определить тактику ведения пациентов с немой формой ОАП.

Материалы и методы: В ГУ «ИОНХ» им.В.Т.Зайцева с 2015 по 2018 год наблюдалось 28 (100%) пациентов с немой формой открытого артериального протока, возрастом от 1 месяца до 46 лет. Всем пациентам были проведены стандартные методы диагностики, а именно осмотр, рентгенографии органов грудной клетки, электрокардиография, ультразвуковое исследование. Критериям диагноза ОАП была визуализация сброса по протоку по данным цветового допплеровского исследования из парастернальной позиции по короткой оси или из супрастернальной позиции. «Гемодинамическая значимость» ОАП определялась ультразвуковыми данными значимого по объему шунта.

К первой группе отнесены 19 (67,8%) пациентов, у которых ОАП был бессимптомным и не имел гемодинамической значимости.

Во вторую группу входили 9 (32,1%) пациентов с гемодинамически значимым ОАП, которые потребовали хирургической коррекции.

Результаты: 1) В первой группе у 8 (28,5%) пациентов произошло спонтанное закрытие протока. Остальные 11 пациентов (39,2%) продолжают наблюдаться. 2) Во второй группе всем пациентам проведено хирургическое лечение. В послеоперационном периоде отмечена положительная динамика в виде отсутствия предшествующей клинической картины и нормализации данных ультразвукового обследования.

Выводы: Отсутствие характерной аускультативной картины не исключает наличие ОАП. Рекомендуется проводить скрининговое ультразвуковое исследование при наличии симптомов. Клиническая картина в сочетании с данными в пользу гемодинамически значимого открытого артериального протока требует рассмотрения вопроса об оперативном лечении.

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ І РИЗИК ФОРМУВАННЯ АСТМИ У ДІТЕЙ

Макєєва Н.І.[1], Алєксєєва Н.П.[1], Малахова В.М.[1], Бірюкова М.К.[1], Семеренко А.І.[2], Мірошніченко І.І.[2]
Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2
КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської міської ради

Астма залишається однією з найважливіших проблем сучасної алергології, пульмонології та імунології. Дотепер головна причина виникнення цього захворювання, на жаль, не відома. У 2010 році в журналі Lancet Respiratory Medicine була опублікована стаття науково-дослідної групи на чолі з Prof. Adnan Custovic, де були проаналізовані результати дослідження Manchester Asthma and Allergy Study, у якому представлені дані більш 1000 дітей від народження до 11 років. За результатами цього дослідження були виявлені 2 гени, які збільшували ризик призначення антибіотиків у ранньому віці. Вчені відмічають, що малюки, які отримували антибіотикотерапію на 1-ому році життя, мали удвічі вищий ризик розвитку бронхіальної астми та мали більш низький рівень цитокінів у порівнянні з дітьми, які не отримували антибіотики до свого першого дня народження. Але дотепер не з'ясовано: антибіотикотерапія у дітей раннього віку це проблема порушення імунітету до респіраторних вірусів чи, насамперед, причина розвитку астми.

Мета нашого дослідження - проаналізували взаємозв'язок антибіотикотерапії на першому році життя з формуванням астми у дітей в майбутньому.

Результати дослідження. З метою виконання поставлених задач нами проведено ретроспективне одномоментне дослідження клінічних даних 126 дітей з бронхообструктивним синдромом (БОС), у віці від 1 до 18 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділені КЗОЗ «Харківська міська клінічна дитяча лікарня № 16». Слід зауважити, що у віковому співвідношенні більше ніж половина (58%) обстежених були діти молодшого та дошкільного віку. Перший епізод БОС, за звичай, відмічався у малюків першого року життя. Рецидивуючий синдром бронхіальної обструкції був типовим для дітей дошкільного та шкільного віку. Переважна більшість дітей з БОС (59 – 47%) страждали на бронхіальну астму. Приблизно у 19% обстежених БОС супроводжував пневмонію, 17% хворих мали гострий обструктивний бронхіт.

За нашими даними 42 (33.3%) дитини з обстежених отримували антибіотикотерапію з приводу лікування респіраторних інфекцій на першому році життя. Слід відмітити, що переважну більшість з них (24 – 57%), склали діти, хворі на бронхіальну астму. Переважно це були діти у віці від 1-го до 7 років життя (25) – діти молодшого та дошкільного віку. Ми проаналізували ризик виникнення бронхіальної астми у дітей цієї вікової групи в залежності від використання антибіотиків для лікування респіраторних інфекцій на першому році життя. За нашими даними, ризик виникнення бронхіальної астми у дітей, які отримували антибіотикотерапію на першому році життя, більш ніж у 2 рази вищий у молодшому і дошкільному віці, про що свідчать показники співвідношення шансів OR1 2.86 [95 % CI 1,05-8.14], $p<0.05$. У дітей, хворих на БА, шкільного віку такої залежності не виявили - OR2 0.18 [95 % CI 0.03-0.90], $p>0.05$.

Таким чином, синдром бронхіальної обструкції в дитячому віці є найбільш типовим для хронічного захворювання органів дихання, а саме бронхіальної астми. Ризик виникнення бронхіальної астми у дітей молодшого та дошкільного віку зростає більш ніж вдвічі, якщо дитина отримує антибіотикотерапію на першому році життя.

ЛІКУВАННЯ ДИЗБАКТЕРІОЗА ПРИ ХРОНІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ УДІТЕЙ

Макєєва Н.І.[1], Казанов В.Я.[1], Саратов В.М.[1], Осьмачко І.Є.[2], Бойко О.М.[2]

[1]Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 2
[2]КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської міської ради

На сьогодні відомо, що видовий, чисельний склад та інфраструктура мікробіоти значно відрізняється в різних відділах травної системи в залежності від величини показника pH і концентрації кисня. По мірі проходження вмісту кишечника знижується парціальний тиск кисню і підвищується показник pH середовища, що зумовлює розселення різних видів бактерій по вертикалі. Тонкий кишечник це транзитна зона між шлунком з низьким вмістом бактерій і товстою кишкою з високим їх вмістом. В цій зоні домінують лактобактерії, які забезпечують стабільність мікробного біоценоза в цих біотопах. Зниження чисельності домінантної мікрофлори призводить до швидкого і значного порушення мікроекології кишечника. В дистальному відділі приблизно рівна кількість аеробних і анаеробних бактерій. Товстий

кишечник являє собою біотоп з високим ступенем вмісту мікробів (більше 400 видів). В мікрофлорі товстого кишечника переважає анаеробна група мікробів, переважно Bacteroides і Bifido-bacterium (до 90 %). Аероби представлені лактобацилами, ентерококами та іншими. Метаболічні і регуляторні можливості індігенної мікрофлори надзвичайно великі. Власна мікрофлора людини має величезний біологічний потенціал, достатній для забезпечення повного захисту організму та його метаболічну підтримку.

До числа препаратів, які ефективно впливають на відновлення порушеного складу мікрофлори кишечника відноситься синбіотик «Оптілакт» виробництва компанії «Biocare Copenhagen» (Данія) і представлений компанією «Acino Pharma AG». Цей препарат містить активні кріоліфілізовані молочнокислі бактерії Lactobacillus rhamnosus 19070-2 і Lactobacillus reuteri DSM 12246 в кількості $2,5*10^9$ кожної. Тобто, 5 млрд. КУО в 1 саше. А такий інгредієнт, як коротко ланцюгові фруктоолігосахариди (scFOS) Actilight з цукрового буряка, посилює дію пробіотика за рахунок пребіотичних властивостей цих сполук. Завдяки вмісту найкоротших FOS, що доступні в природі, пробіотики повністю їх ферментують і в кишечник виділяється коротколанцюгові жирні кислоти (КЖК). В свою чергу, КЖК (пропіонова, масляна, оцтова, молочна та інші) інгібують рост сальмонел, шигел, грибів при відсутності дії на індігенну флору.

Серед обстежених дітей з захворюваннями травної системи (хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба, синдром подразненого кишечника, функціональна диспепсія, патологія біліарної системи) у 32 діагностований дизбіоз кишечника: 20 хворих з компенсованою і 12- з субкомпенсованою формами. На фоні зменшення кількості вмісту лакто- і біфідобактерій, ентерококів частіше виділялися бактерії роду протей, клебсієла, ентеробактер, стафілококи і кандіда. В копрограмі хворих відмічено збільшення м'язових волокон, нейтрального жиру, крохмалю і клітковини.

З метою оцінки дії препарату хворі на фоні лікувального харчування, патогенетичної і симптоматичної терапії основного захворювання отримували «Оптілакт» по 1 дозі на добу. Через 3 тижня лікування у всіх дітей відмічено покращення загального стану ─ ліквідація метеоризму, болю в животі, зменшення частоти випорожнень. Нормалізація кількісного складу мікробіоти кишечника констатована у 28 дітей. У копроцитограмі цих пацієнтів також нормалізувалися показники. Побічних клінічних проявів при використанні синбіотика не відмічено.

Результати використання «Оптілакта» свідчать про позитивний клінічний і лабораторний ефект з покращенням показників біоценоза кишечника.

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПІЄЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ВИВЧЕННЯ БІОПЛІВОК ІЗОЛЯТІВ

Макєєва Н.І.[1], Мішина М.М.[1], Прийма Ю.С.[1], Головачова В.О.[1], Ярова К.К.[1], Макаренко Р.І.[2], Сівих О.М.[2], Фуртас О.М.[2], Осолодченко Т.П.[3]

[1]Харківський національний медичний університет
[2]КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської міської ради
[3]ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова Національної академії медичних наук України»

Ураження нирок запального генезу, в тому числі пієлонефрит, на сьогоднішній день є найбільш частою причиною розвитку хронічної ниркової недостатності в дитячому віці, що й обумовлює актуальність своєчасної діагностики і відповідно своєчасного лікування. Вивчення резистентності мікрофлори до антимікробних препаратів необхідно для розробки схем раціональної антибіотикотерапії, використання котрих дасть можливість оптимізувати результати лікування хворих дітей та уповільнити зріст резистентності до антимікробних препаратів.

Мета дослідження: визначити здатність патогенів до утворення вторинних біоплівок планктонними формами збудників пієлонефритів у дітей після дії антибактеріального препарату нітрофуранового ряду на первинні (добові) біоплівки ізолятів.

Матеріали та методи: Нами обстежено 56 дітей віком від 1 місяця до 3 років, які знаходилися на обстеженні та лікуванні у нефрологічному відділенні КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської міської ради. З них 30 дітей, хворі на гострий пієлонефрит та 26 дітей, хворі на хронічний пієлонефрит. Верифікація діагнозу проводилася згідно з протоколом діагностики та лікування дітей з інфекціями сечової системи за допомогою стандартизованих і уніфікованих методик. Для отримання біоплівки використовували стерильні полімерні чашки Петрі діаметром 40 мм. Мікроскопія препаратів проводилась за допомогою мікроскопа Granum з масляною імерсією. Цифрові зображення бактерій і їх біоплівок отримували за допомогою відеокамери (відеоокуляра) ToupCam 3.1 MP. Тестування ізолятів на здатність утворювати біоплівки проведено в полістеролових

планшетах з вимірюванням оптичної щільності на рідері «Multiskan EX 355». При обробці результатів використані методи параметричної статистики із застосуванням програми «Statistica 6» та «Biostat» за допомогою персонального комп'ютера.

Результати: Всі уропатогенні мікроорганізми мали здатність утворювати добові біоплівки. Оптична щільність ізолятів у дітей, хворих на хронічний пієлонефрит була вірогідно ($p<0,05$) вищою ніж у дітей, хворих на гострий пієлонефрит (4,18±0,29 и 2,49±0,27 опт.од. відповідно). Також встановлено, що найбільш щільні добові біоплівки утворювала Klebsiella pneumoniae.

При дослідженні дії протимікробного препарату нітрофуранового ряду на добові первинні біоплівки мікроорганізмів, збудників гострих та хронічних пієлонефритів у дітей, встановлено, що оптична щільність їх практично не знижувалася, проте дані мікроскопії показують, що під впливом протимікробного препарату нітрофуранового ряду утворюються «пори - щілини», діаметром від 5,98 мкм до 21,66 мкм і більші через які можливе проникнення антибактеріальних препаратів у біоплівку і вплив на планктонні форми існування мікроорганізмів з наступною їх загибеллю або зниженням активної здатності утворювати щільні біоплівки, що попереджає розвиток рецидивів.

Висновки: Уропатогенні мікроорганізми утворюють більш щільні біоплівки ізолятів у дітей, хворих на хронічний пієлонефрит.

Протимікробний препарат нітрофуранового ряду запобігає утворенню вторинних біоплівок, роблячи їх проникними для антибіотиків та факторів захисту організму. Перспективами подальшого розвитку є пошук антибактеріальних препаратів проти бактерій у складі біоплівки (у тому числі експрес-методів) та розробка методів діагностики здатності бактерій до плівкоутворення з подальшою корекцією лікування дітей, хворих на гострий та хронічний пієлонефрит.

СТАН РЕНАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ ТА ВЕЗИКОУРЕТЕРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

Макєєва Н.І.[1], Морозова О.О.[1], Харченко Т.В.[2], Кучеренко М.В.[2]
[1]Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2
[2]КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської міської ради

За даними Міжнародного комітету з вивчення рефлюксу, частота розвитку нефросклерозу при везикоуретеральному рефлюксі (ВУР) серед дітей європейської популяції становить 48 % і призводить

до розвитку термінальної стадії хронічної ниркової недостатності у 25 - 60 % пацієнтів. Біля 25 % дітей із рубцюванням ниркової паренхіми в наслідок ВУР потребують проведення гемодіалізу та трансплантації нирки. В даний час доведено, що одним з провідних патофізіологічних механізмів прогресування нефросклерозу є порушення мікроциркуляції в нирках. Науково обгрунтована висока інформативність оцінки стану внутрішньониркової гемодинаміки у хворих з рубцюванням ниркової паренхіми за результатами допплерографії.

Мета дослідження: визначити клінічне значення параметрів ниркової гемодинаміки у дітей з хронічним пієлонефритом та ВУР для прогнозування розвитку нефросклерозу.

Матеріали та методи: обстежено 71 дитину з різним ступенем ВУР в періоді клініко-лабораторної ремісії пієлонефриту віком від 5 до 17 років Із урахуванням ступеню ВУР та наявності ознак рубцювання паренхіми нирок обстежених поділено на групи: 1-а група (n = 8) - пацієнти з I-II ступенем ВУР, 2А (n = 23) - пацієнти з III-IV ступенем ВУР, 2Б (n = 17) - діти з III-IV ступенем ВУР та з ознаками рубцювання ниркової паренхіми, 3А (n = 8) - пацієнти з V ступенем ВУР, 3Б (n = 15) - пацієнти з V ступенем ВУР та ознаками рубцювання ниркової паренхіми. Контрольну групу склали 16 практично здорових дітей того ж віку без будь якої хронічної патології та без наявних ознак гострих захворювань протягом останніх двох місяців. Ступінь ВУР визначали залежно від рівню закидання рентгеноконтрастної речовини з сечового міхура до сечоводу й ступеню розширення сечоводу та збиральної системи нирки, що були виявлені під час проведення мікційної цистоуретерографії. Допплерографію судин нирок проводили за загальноприйнятою методикою. Статистичний аналіз проводили з використанням StatSoftSTATISTICA Version7 (Tulsa,OK). Ураховуючи, що обстежені діти були різного віку, а досліджувані гемодинамічні показники (Vmax, Vmin, RI, PI) мають вікові особливості, при порівнянні відповідних показників використовували Z-оцінки. Клінічні обстеження матеріали яких були отримані для даного дослідження були схвалений Комітетом з медичної етики Харківського національного медичного університету та проводилися відповідно до керівних принципів Гельсінської декларації. Всі учасники та / або їх батьки дали письмову інформовану згоду на участь.

Результати: За результатами ДДК визначено, що асиметрія гемодинамічних показників та деформація судинного рисунку зустрічалася вірогідно частіше у хворих з ознаками рубцювання

ниркової паренхіми та зовсім не зустрічалися серед дітей з I-II ступенем ВУР. Дифузне збіднення васкуляризації нирки з однаковою частотою спостерігалося у хворих з III-IV та V ступенем ВУР, незалежно від наявності ознак рубцювання ниркової паренхіми. Тенденція до гіпоперфузії мала місце як у пацієнтів з ознаками рубцювання ниркової паренхіми, так і без ознак рубцювання, без міжгрупових відмінностей. У більшості ((64,52 ± 8,59) %, p = 0,0001) хворих з ВУР та ознаками рубцювання ниркової паренхіми спостерігалася різка гіпоперфузія в зморщеній нирці, у 2 ((6,45 ± 4,41) %) пацієнтів зафіксована повна відсутність кровообігу в зморщеній нирці.

Аналіз показників допплерографії обстежених пацієнтів встановив істотні міжгрупові відмінності ($p < 0,05$) швидкісних показників Vmax та Vmin залежно від наявності ознак рубцювання ниркової паренхіми на рівні магістральної ниркової артерії, сегментарних та дольових артерій, а саме, підвищення показників Vmax та Vmin, порівняно з нормативними в пацієнтів 1-ої, 2А та 3А груп. У хворих 2Б та 3Б групи на боці нирки з проявами фіброзу визначалося істотне зниження показників Vmax ($p_{2А-2Б} = 0,005$; $p_{3А-3Б} = 0,050$) та Vmin ($p_{2А-2Б} = 0,008$; $p_{3А-3Б} = 0,050$), як порівняно з нормативними показниками, так і з відповідними показниками хворих без ознак рубцювання. У пацієнтів 1-ої та 2А груп змін з боку показників індексів RI та PI не було констатовано на жодному рівні ниркової мікроциркуляції. При аналізі показників індексів судинного опору на рівні магістральної артерії нирки у пацієнтів 2Б групи визначалося вірогідне зниження показників RI ($p_{2А-2Б} = 0,004$) та PI ($p_{2А-2Б} = 0,004$) на відміну від хворих 2А групи та нормативних значень. При оцінюванні RI та PI у пацієнтів 3А групи спостерігається імовірне зростання показників на відміну від нормативних значень. У хворих 3Б групи показники RI ($p_{3А-3Б} = 0,002$) та PI ($p_{3А-3Б} = 0,007$) знижувалися, на відміну від хворих 3А групи та нормативних значень.

Висновки: виявлено істотні відмінності рівнів Vmax, Vmin, RI, PI у дітей з хронічним пієлонефритом та ВУР в залежності від ступеня рефлюксу та наявності ознак рубцювання ниркової паренхіми. Результати даних допплерографії нирок в обстежених пацієнтів, які мають ознаки рубцювання ниркової паренхіми, свідчать про тяжкі ішемічні зміни у нирках.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Макеева Н.И.[1], Одинец Ю.В.[1], Поддубная И.Н.[1], Афанасьева О.А.[1], Белоусова Л.С.[2], Койда М.Л.[2]

[1]Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

[2]КНП «Городская клиническая детская больница №16» Харьковского городского совета

Актуальность. Острые лейкозы (ОЛ) у детей до сих пор остаются одними из самых тяжелых и неблагоприятных заболеваний. Внедрение современных программ лечения ОЛ у детей позволило достичь 70% выживаемости этой категории больных. Однако выживаемость не является синонимом полного здоровья. В настоящее время все большее внимание уделяется исследованию качества жизни (КЖ) пациентов.

Цель. Получение индивидуальной информации о реакции ребенка на заболевание и проводение полихимиотерапии для оценки не только показателей физического, но и психологического, эмоционального и социального состояния.

Материалы и методы. Для оценки КЖ у детей, страдающих острым лейкозом, мы разработали опросники, на которые получены авторские свидетельства. Под нашим наблюдением находилось 47 детей в возрасте от 2-х до 18-ти лет, страдающих острым лимфобластным лейкозом, из них в возрасте 2–5 лет – 17 детей (1 группа), в возрасте 5–8 лет – 12 детей (2 группа), в возрасте 8–12 лет (3 группа) – 5 детей, в возрасте 12–18 лет (4 группа) – 13 детей. Все дети и (или) их родители опрошены в периоде первой гематологической ремиссии.

Результаты. Физическая активность оценивалась наиболее низко в возрастной группе 5–8 лет, что, вероятно, связано с переходом из детского сада в школу и возрастанием нагрузок, с которыми дети справлялись не очень успешно. Социальная активность наиболее низко оценивалась в возрастной группе 2–5 лет, что, очевидно, связано со слабой адаптацией детей в детском коллективе из-за длительного времени, которое они проводили в лечебном учреждении. Активность в детском саду и (или) школе у детей не была нарушена ни в одной группе, что можно объяснить опять-таки длительным пребыванием детей в стационаре, где они много читают и пользуются компьютерами, что развивает их, но индивидуально, не улучшая социальную адаптацию. Эмоциональная активность детей,

страдающих острым лейкозом, оказалась наиболее уязвимой во всех возрастных группах, невзирая на вступление в фазу ремиссии.

Выводы. Оценка качества жизни является важным критерием определения эффективности лечения и должна быть общепризнанной. Даже в фазе ремиссии пациенты испытывают ряд проблем, для решения которых им нужна психологическая поддержка, в связи с чем целесообразно ввести в штат сотрудников гематологического отделения психолога.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНГИБИТОРОМ, У ДЕТЕЙ

Макеева Н.И.[1], Одинец Ю.В.[1], Саратов В.Н.[1], Казанов В.Я.[1], Губарь С.О.[1], Маренич Л.П.[2], Болдырева Е.С.[2]

[1]Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

[2]КНП «Городская клиническая детская больница №16» Харьковского городского совета

Образование ингибиторных антител к факторам VIII или IX является одним из наиболее тяжелых и грозных осложнений заместительной терапии гемофилии. Частота их появления составляет от 5 до 12 % из общего количества больных гемофилией. Появление ингибитора непредсказуемо и может наблюдаться после 2-3 введений препаратов или через несколько лет проведения заместительной терапии. Длительность циркуляции ингибитора составляет от нескольких месяцев до нескольких лет.

Антитело прикрепляется к фактору VIII или IX и нейтрализует или подавляет его способность к остановке кровотечения. Под действием ингибитора экзогенный фактор быстро теряет прокоагуляционную активность, стимулирует дополнительную продукцию антител (возрастает титр и активность ингибиторных антител). Эти обстоятельства вызывают трудности в выработке тактики ведения таких больных и требуют строго индивидуального подхода к каждому конкретному пациенту.

Образование ингибиторных антител чаще отмечается у пациентов с определенными наследственными признаками. Следует отметить, что у больных гемофилией А чаще развивается «ингибиторная» форма заболевания, чем у больных гемофилией В. Кроме того, частота образования антител обычно выше при более тяжелой степени заболевания. Ингибитор редко появляется у больных при наличии у них фактора свертывания крови в концентрации,

большей 5%. Появление ингибитора имеет тенденцию передаваться по семейной линии. Он чаще всего наблюдается в США среди чернокожего населения. Сегодняшние объяснения этой проблемы далеки от завершенности, хотя исследователи активно изучают и ген гемофилии, и иммунную систему организма в поисках ответа о механизмах возникновения ингибиторных антител. Наличие ингибитора может быть заподозрено, если на фоне адекватного по дозе лечения фактором кровотечение внезапно и неожиданно не останавливается в положенные сроки. Присутствие ингибитора обычно подтверждается специфическим анализом крови, называемым Бетезда Тест. Когда антитела уже обнаружены, они обычно классифицируются по степени ответа на стимуляцию иммунной системы пациента повторными введениями факторов свертывания VIII или IX.

На сегодняшний день для лечения гемофилии у детей, осложненной ингибитором, используют высокие дозы концентрата FVIII (человеческий плазменный и рекомбинантный); высокие дозы концентрата FIX (человеческий плазменный); концентрат активированного протромбинового комплекса (aPPC); рекомбинантный активированный FVII (rFVIIa). Факультативно применяют антифибринолитические средства и плазмаферез как адювантную терапию.

Под наблюдением гематологического отделения ГКДБ № 16 в настоящее время находится 29 больных гемофилией А и В в возрасте от 1месяца до 18 лет, из них у 1 больного с тяжелым течением гемофилии А имеет место «ингибиторная» форма заболевания. Титр ингибиторных антител у него составляет более 5 ВЕ (Бетезда единиц), что свидетельствует о высоком иммунном ответе на введение антигемофильных препаратов.

Анализ материалов историй болезни этого пациента свидетельствовал о том, что ему никогда не проводилась профилактическая терапия, а он получал только терапию «по требованию». В возрасте 11 месяцев у него была установлена «ингибиторная» форма заболевания и дальнейшее лечение проводилось препаратами шунтового действия и антиингибиторным комплексом. С возраста 2 лет 2 месяцев начата ITI-терапия по высокодозному протоколу с дозой препаратов FVIII 200 МЕ/кг в сутки (до начала терапии - титр ингибитора составлял 24 ВЕ, на 3-й день терапии – 200 ВЕ). Параллельно применялись препараты шунтового действия (коагил, фейба), и, хотя в динамике титр ингибитора к 2 годам 7 месяцам снизился в 2 раза от исходного показателя (11,4

ВЕ/мл), отмечалось клиническое ухудшение в течении заболевания, потребовавшее пересмотра дозы препаратов FVIII до 300 МЕ/кг в сутки. В дальнейшем ITI терапия была отменена. При контрольных мониторингах титр ингибитора оставался высоким. В связи с этим, при кровотечениях продолжали сочетать препараты FVIII с препаратами шунтового действия. Однако, несмотря на проводимую терапию, в динамике сохранялись геморрагические проявления (межмышечные и подкожные гематомы, возникающие после травм). Это позволило нам сделать вывод о том, что у больного имеет место неудовлетвуорительный ответ на ITI-терапию, и о бесперспективности ее дальнейшего проведения. Учитывая вышеуказанные обстоятельства, перспективным, по нашему мнению, является использование в качестве средства профилактики кровотечений у данного пациента препарат «Гемлибра» (эмицизумаб), связывающий активированный фактор IX с фактором X и восполняющий функции отсутствующего активированного фактора VIII, необходимого для эффективного гемостаза. Поскольку эмицизумаб не имеет структурного сходства или гомологичных последовательностей с фактором VIII (FVIII) и, соответственно, не индуцирует, и не усиливает образование прямых ингибиторов FVIII, имеет удобный способ введения (подкожный), то это открывает новые перспективы в лечении гемофилии и, в частности, ее «ингибиторной» формы.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН У ДІТЕЙ З ГЕМОРАГІЧНИМ ВАСКУЛІТОМ, ЯК ПОКАЗНИК ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ

Макєєва Н.І., Одинець Ю.В., Яворович М.В., Чайка Х.
Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2

При порушенні функції або структури ендотелію різко змінюється спектр біологічно активних речовин, які він утворює. Неінвазивними методами дослідження стану ендотелію прийнято вважати ультразвукове дуплексне ангіосканування, яке останнім часом в алгоритмі діагностичної програми займає одне з провідних місць внаслідок його безпечності, а також високої чутливості та специфічності.

Мета. оцінка структурного та функціонального стану ендотелію у дітей з ГВ за даними ультразвукової доплерографії судин.

Матеріали та методи. до основної групи увійшло 60 дітей, хворих на геморагічний васкуліт, віком від 1 до 18 років (25 дівчат та

35 хлопчиків). Діти з ГВ поділені на групи згідно клінічних синдромів: 8 (13,3±4,3%) хворих зі шкірною формою захворювання, 24 (40,0±10,0%) – шкірно-суглобовою, 19 (31,6±6,0%) – змішаною формою ГВ та 9 (15,0±4,6%) дітей – змішаною форма з нирковим синдромом. До контрольної групи увійшло 17 практично здорових дітей. Вимірювання товщини комплексу інтіма-медіа загальної сонної артерії (КІМ ЗСА) проводили за стандартною методикою (P. Pignoli, 1986), визначення ендотелій-залежної вазодилатації плечової артерії (ЕЗВД ПА) за методикою D. Celermajer та співавт. (1992). Статистичний аналіз даних проводили за допомогою статистичного пакета „STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS".

Результати дослідження та їх обговорення. Нами проведений аналіз залежності показників функції ендотелію ЗСА в залежності від форми захворювання. У дітей зі шкірною, шкірно-суглобовою та змішаною формами показники товщини КІМ ЗСА не відрізнялись від показників дітей групи контролю. Достовірне потовщення КІМ ЗСА зареєстровано при змішаній формі з нирковим синдромом (1,00 (0,90;1,00) мм), порівняно з показником дітей групи контролю.

Аналіз показників ЕЗВД плечової артерії в залежності від форми захворювання надав певні результати. Розміри діаметра ПА до оклюзії дозволили констатувати відсутність залежності цього показника від форми захворювання. Процент приросту діаметра ПА на 30 с після оклюзії у дітей зі всіма формами ГВ мав негативні значення, що статистично достовірно відрізнялось від показників дітей групи контролю. Найбільші зміни зафіксовано у дітей зі змішаною формою та змішаною з нирковим синдромом (-10,71 (-13,79;-3,44) % та -12,00 (-14,28;-9,67) % відповідно).

Висновки. Показник товщини КІМ ЗСА може виступати як маркер тяжкості патологічного процесу при ГВ. Патологічна реакція ЕЗВД ПА, свідчить про безпосереднє залучення в патологічний процес ендотелію, особливо у дітей зі змішаною формою та при залученні в патологічний процес нирок. Ультразвукова доплерографія судин достатньо інформативний метод оцінки стану ендотелію судин, який можна використовувати для оцінки важкості перебігу геморагічного васкуліту.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ АДАПТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ К ПРОЦЕССУ ОБУЧЕНИЯ

Макеева Н.И.[1], Сергиенко Е.В.[1], Чайка К.А.[1], Чумак Т.А.[1], Должко Н.В.[1], Осьмачко И.Е.[2], Бойко О.Н.[2]

[1]Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

[2]КНП «Городская клиническая детская больница №16» Харьковского городского совета

В последние годы в Украине сохраняется рост общей заболеваемости детского населения. Особенно много работ посвящены здоровью школьников. Состояние здоровья зависит от множества факторов: экологическая ситуация в стране, ухудшение экономической составляющей, что приводит к ухудшению структуры питания, возрастающим действием ускоряющегося информационного потока, снижением эффективности профилактических методик и мн. др. Вопросы об улучшении здоровья детей должны подниматься на государственном уровне, т.к. от состояния здоровья подрастающего поколения будет зависеть развитие всего общества. Функциональное состояние сердечно – сосудистой системы является важным индикатором формирования адаптации организма к физическим и интеллектуальным нагрузкам.

Целью нашего исследование явилось изучение функционального состояния сердечно – сосудистой системы будущих первоклассников.

Материалы и методы: было обследовано 178 дошкольников старших групп ДУЗ города Харькова методом случайного отбора (средний возраст 6,2±0,45 года). Среди них мальчиков - 53,9%, девочек – 46,1%. Программа обследования включала изучение медицинских карт детей, оценку физического развития, измерение артериального давления, ЧСС, оценку индекса функциональных изменений (ИФИ) сердечно – сосудистой системы (интерпретация результатов осуществлялась согласно модификации А.В.Костенко, адаптированной для детского возраста).

Результаты исследования: в результате изучения медицинских карт было установлено, что 24,7% детей состоят на диспансерном учете у разных специалистов, вследствие наличия хронической патологии (ЛОР, гастроєнтеролог, кардиолог, окулист). У 43,2±3,2% детей физическое развитие было гармоничным, среди обследованных с

дисгармоничным развитием преобладали дети с отклонением индекса массы тела выше нормы (36,5±3%). Среди них у 12,5% мальчиков и 3,5% девочек показатели ИМТ превышали порог 95 центиля (OR=3,762 (CI 95% 1,023; 13,830)). Систолическое артериальное давление в состоянии покоя у большинства детей (87,1±3,8% $p<0,05$), было в пределах возрастной нормы, у 11,2% мы выявили повышение САД (выше 114 мм рт.ст), снижение САД было зарегистрировано у 1,7% дошкольников (ниже 85 мм рт.ст). Нормальные показатели ДАД наблюдались у 84,3±3,8% детей, повышение ДАД (выше 72 мм рт.ст) имели 14,6% детей, 1,1% имели снижение ДАД (ниже 49 мм рт.ст). Тахикардия (более 126 уд./мин) была зарегистрирована у 1,1% обследованных, брадикардия (меньше 86 уд./мин.) – у 14,6% детей. Большинство детей имели нормальные значения ЧСС (84,3±3,8%). Достоверных гендерных различий между уровнем давления и ЧСС не выявлено ($p>0,05$). Уровень ИФИ у 39,9% обследованных был удовлетворительным, у 36,5% детей отмечалось напряжение адаптации, у 16,3% дошкольников был выявлен неудовлетворительный адаптационный потенциал, срыв адаптации был установлен у 7,3% детей.

Выводы: оценка состояния здоровья будущих первоклассников показала, что к моменту начала школьного обучения 24,7% детей имеют хронические заболевания. Среди обследованных преобладают дети с дисгармоничным физическим развитием (преимущественно с избыточной массой тела), причем риск развития ожирения у мальчиков в 3,762 раза выше, чем у девочек. Высокие показатели адаптационного потенциала, могут в дальнейшем привести к истощению физиологических резервов организма и развитию соматических заболеваний. Наши данные свидетельствуют о необходимости медицинского наблюдения за этими детьми и разработке коррекционных программ.

ГІПОКОМПЛІМЕНТЕМІЯ ПРИ ГЕМОРАГІЧНОМУ ВАСКУЛІТІ У ДІТЕЙ

Макєєва Н.І.[1], Чайка Х.[1], Яворович М.В.[1], Афанасьєва О.О.[1], Маренич Л.П.[2], Вейнгольд Т.А.[2]

[1]Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2

[2]КНП «Харківська міська дитяча клінічна лікарня №16» Харківської міської ради

Вступ. Геморагічний васкуліт(ГВ) - розповсюджене поліетіологічне захворювання, переважно дитячого віку, з групи системних васкулітів, яке характеризується системним ураженням дрібних судин, шкіри, суглобів, черевної порожнини та нирок. У зв'язку зі значною поширеністю ГВ представляє серйозну медико-соціальну проблему, враховуючи нерідкі випадки блискавичних форм та ниркових ускладнень з формуванням у подальшому хронічної ниркової недостатності (ХНН). Враховуючи доведену імунокомплексну природу захворювання стає можливим прогнозування перебігу ГВ у дітей.

Мета. Дослідити вміст компонентів системи комплементу С4 та С4 у дітей, хворих на ГВ залежно від залучення у процес ниркового синдрому та їх зв'язок із біологічними маркерами запалення.

Матеріали та методи. Дослідження виконувалось на базі КНП «Харківська міська дитяча клінічна лікарня №16». Дослідження було проведено з січня 2015 по листопад 2018 року. Під обстеженням знаходилося 44 пацієнта з ГВ віком від 2-17 років та 20 дітей групи контролю того ж віку. Пацієнти з ГВ розподілені групу А (n=31)-діти з ГВ без залучення ниркового синдрому та групу Б (n= 13) із залученням ниркового синдрому.У групі А досліджено 23 хлопчика та 8 дівчаток, у групі Б 7 хлопчиків та 6 дівчаток, у групі контролю- 16 хлопчиків та 4 дівчинки. Не було ніякої достовірної різниці за статтю та віком у трьох групах ($p>0.05$). Верифікація діагнозу ГВ згідно критеріїв положення European League against Rheumatism and Paediatric Rheumatology European Society. Заплановане клінічне дослідження було затверджено комітетом з біоетики Харківського національного медичного університету та проведено відповідно керівних принципів Гельсінської декларації (1975). Усі учасники та їх батьки були проінформовані щодо проведення досліджень та надали письмові інформативні згоди. Критеріями включення були верифікований діагноз ГВ, наявність інформованих згод батьків та/або пацієнтів. Критеріями виключення були відмови пацієнтів та батьків від

досліджень , пацієнти зі спадковими хворобами системи кровообігу, гострі ті інші хронічні запальні захворювання.

Проведені рутинні методи дослідження, визначення компонентів системи комплементу С3 та С4 стандартними наборами ІФА USA (ЕС2101-1 та ЕС 2102-1).

Статистичний аналіз даних проводили за допомогою статистичних пакетів „STATISTICA 8.0. FOR WINDOWS". Для виборок з розподілом, що не відповідає закону Гаусса, визначали медіану (Me) й інтерквартильний розмах (Lq – нижній квартиль; Uq – верхній квартиль). Оцінку зв'язку між рядами показників проводили за допомогою методів рангової кореляції Спірмана (r).

Результати. У гострий період та період ремісії визначено рівень С3 1,25 (1,15; 1,71) та 1,19 (0,41; 1,59) г/л у групі А та 0,91 (0,58; 1,21) та 1,11 (0,39; 1,41) у групі Б відповідно. Рівень С4 у гострий період та у період ремісії становив 0,40 (0,29; 0,52) та 0,33 (0,05; 0,46) г/л у групі А та 0,32 (0,29; 0,52) та 0,31(0,24; 0,48) г/л у групі Б відповідно, статистичні значення при $p>0.05$. У групі контролю показник С3 1,46(0,81; 1,91) г/л та рівень С4 0,36 (0,10;0,60) г/л.

Рівень комплементу С3 статистично знижувався у пацієнтів групи Б у гострий період ($p_{БК}$ =0.02) та у стадії ремісії у обох групах ($p_{АК}$ =0.0001, $p_{БК}$ =0.01) у порівнянні з групою контролю. Відмічена тенденція до зниження рівнів С3 при гострому періоді та в періоді ремісії у групі А, але достовірно не зафіксована ($p_{АС}$ =0.04 та $p_{АС}$ =0.03 відповідно).Доведено, що рівні С3 та С4 залежать від залучення ниркового синдрому у гострому періоді (H=22.89, p=0.0001 and H=9.15, p=0.01відповідно) і лише рівень С3 у період ремісії залежав від ренального синдрому (H=13.35, p=0.0013). Подальші дослідження зафіксували значущі зміни у пацієнтів в гострий період захворювання ($p < 0.003$, T=0). Достовірна кореляційна залежність між рівнем Сз та фібріногеном зафіксована в гострий період (r= +0,4) та встановлено ,що чим вищий рівень фібріногену і крові, тим вище рівень С3.

Висновки. Зниження рівнів компонентів системи комплементу достовірно знижується в гострій фазі при випадках із залученням нирок ,що говорить про більш важкий та активний перебіг захворювання із залученням імунокомплексних механізмів. Гіпокомпліментемія, що фіксується при ГВ являється транзиторним феноменом. У період ремісії показники С3 та С4 наближалися до значень показників контрольної групи.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ

Марталог П.Н., Гурагата А.М., Ченуша Ф.В., Романчук Л.В., Ротарь А.В., Пырцу Л.Я.
Государственный университет медицины и фармации имени Николая Тестемицану
Департамент педиатрии
Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Нарушения ритма сердца у новорожденных имеют большую частоту и зависимость от экстракардиальных факторов, предрасполагающими факторами к развитию аритмий у новорожденных являются и элементы биоэлектрической нестабильности миокарда, незавершенность формирования проводящей системы, аберрантные проводящие пути, вегетативный дисбаланс - гиперсимпатикотония на фоне функциональной незрелости вагуса. Сердечно-сосудистая система вовлекается в патологический процесс у значительной части больных пневмонией в ответ на инфекционно-воспалительный процесс.

Цель исследования. Диагностировать и изучить частоту, структуру и электрокардиографические особенности нарушений ритма сердца у детей до 2 месяцев с пневмонией.

Материалы и методы. В исследование были включены 88 детей, из них мальчиков 57 (65%) и девочек 31(35%) в возрасте до 2 месяцев, госпитализированных в отделение патологии новорожденных многопрофильной больницы. Использовались следующие методы исследования: общеклинические, лабораторные, функциональные, инструментальные. Оценка клинической картины, верификация диагноза пневмонии, нарушений ритма сердца осуществлялись в соответствии с национальными протоколами диагностики и лечения.

Результаты и обсуждение. Выявленны анамнестические особенности касательно неблагополучия перинатального периода, перенесенных заболеваний: гестозы, анемия, вредные привычки, инфекции. Все дети заболевшие пневмонией родились в срок с массой тела в пределах 3450±370 г, оценка по шкале Апгар 7-9 баллов. Ранние клинические симптомы неонатальной пневмонии чаще всего неспецифичны, общие нарушения (токсикоз, слабое сосание, цианоз, срыгивания, вздутие живота, угнетение ЦНС или, наоборот, возбудимость) преобладают над физикальными признаками. Температура более 38^0С отмечена только у 14 (16%) детей, у остальных больных была субфебрильная температура. Симптомами

пневмонии являлись слабовыраженный кашель, одышка, напряжение крыльев носа, втяжение грудной клетки, часто отмечена бледность или мраморность кожи в результате нарушения микроциркуляции. У всех детей была диагностирована пневмония, преимущественно односторонняя. Среди клинических симптомов поражения сердца наиболее часто отмечали систолический шум (52%), приглушенность тонов сердца (28%), тахикардию, брадикардию не соответствующую фазе заболевания (16%); рже расширение перкуторных границ сердца (16%), пастозность (5%). В периферической крови в 2/3 случаев обследуемых детей выявлена анемия и лейкоцитоз, у 1/3 выявлена лейкопения, что указывало на первичность респираторной вирусной инфекции с последующим присоединением пневмонии. Сниженный уровень кальция у каждого четвертого ребенка возможно, связано с напряженностью его обмена в данной возрастной группе. Биохимические маркеры повреждения миокарда (уровень кардиотропонинов, лактатдегидрогеназы, креатенинфосфокиназы) у большинства пациентов с аритмиями были в пределах возрастной нормы, результаты говорят об отсутствии явного поражения кардиомиоцита. Умеренное повышение уровня КФК-МВ было у детей с АВБ, синусовой брадикардией и кардиомегалией.

Изменения на ЭКГ в основном касались процессов реполяризации (78%), так и вариабельность сердечного ритма. Синусовая тахикардия с умеренными нарушениями реполяризации вследствии учащенного ритма отмечена у 45% больных с тяжелой формой пневмонии, что, возможно, являются отображением тяжести метаболических расстройств, степени инфекционного токсикоза. Экстрасистолии у 17% детей с пневмонией, чаще всего суправентрикулярные, как правило не имеют самостоятельного гемодинамического значения, не приводят к серьезным нарушениям кровообращения. Синусовая брадикардия (средняя ЧСС менее 100 ударов в минуту) в разгар процесса выявлена нами у 15% больных детей, у которых одновременно определялись метаболические нарушения и сопутствующее поражение ЦНС. Атриовентрикулярная блокада I степени выявлена у 5 детей, у них-же зарегистрировано удлинение интервала PQ (0,13-0,15мс). Изменения ЭКГ заключались в снижение амплитуды зубца Т, удлинении интервала PQ, уширении комплекса QRS, происхождение которых, возможно связано с инфекционным токсикозом, гипоксией, сопутствующим поражением ЦНС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса и гиперфункция миокарда правого желудочка выявлена у 42 (47%) младенцев с

пневмонией и оценивались нами как физиологическая особенность для данной возрастной группы.

Кардиомегалия, при анализе рентгенограммы органов грудной клетки, имела место у 16 (17,5%) детей, КТИ=0.66, чаще отмечалась у детей с АВ-блокадой, с брадиаритмиями.

При отсутствии органической и структурной патологии миокарда, лечение детей с пневмонией и нарушениями ритма сердца направлено на лечение основного заболевания, коррекцию сопряженных патологических состояний.

Выводы. Таким образом, у младенцев с пневмонией часто регистрируются изменения на ЭКГ (чаще тахикардия, экстраситолии, реже брадиаритмии, АВ-блокада). Предполагается, что ведущими этиопатогенетическими факторами развития нарушений ритма сердцау новорожденных с пневмонией являются незрелость регулирующих систем ЦНС, инфекционно-токсический фактор, гипоксия миокарда, метаболические и электролитные нарушения и усугубляемая ими морфофункциональная незрелость ткани миокарда и проводящей системы сердца. В большинстве случаях наличие аритмии не сопровождается значимыми изменениями уровня биохимических маркеров повреждения миокарда, прогноз течения аритмий является благоприятным. Более длительная персистенция изменений на ЭКГ (стойкая тахикардия, экстрасистолии, АВБ), наличие сопутствующей неврологической симптоматики, требуют специальных дополнительных исследований для ранней диагностики врожденных пороков сердца, а также необходимость включения ЭКГ в комплекс диспансерного наблюдения.

ДОСВІД МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ ІЗ СКЛАДНИХ СОЦІАЛЬНИХ УМОВ ЖИТТЯ

Мельник О.В.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Захист прав та інтересів дитини є одним з пріоритетних напрямків державної політики Україні. У рамках програми «Захист дитини» Уряд і громадське суспільство працюють над створенням моделі догляду за дітьми, що будується на сімейному типі виховання, з метою замістити нею державну систему опіки дітей-сиріт та тих, хто позбавлений батьківського піклування. Наявність дієвої розгалуженої системи органів і служб у справах дітей дала можливість подолати дитячу безпритульність та бездоглядність.

Мета дослідження: удосконалення системи медико-психологічного супроводу дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, що виховуються в будинках сімейного типу або знаходяться під опікою на основі вивчення їх фізичного розвитку, захворюваності на соматичні та психічні розлади і визначення оптимального обсягу медичних заходів стосовно цього контингенту.

На базі Інституту здійснюється розробка, наукове обґрунтування і впровадження системи спостереження за різними категоріями соціально захищених груп дітей та дітей з складних життєвих умов. Медична допомога дітям-сиротам і дітям, позбавленим батьківського піклування, надається відповідно Договору соціального партнерства між Харківською обласною держ. адміністрацією та Інститутом з квітня 2012 року по теперішній час.

Матеріал та методи дослідження. Станом на 1 січня 2019 року в Харківській області проживає 4284 дитини-сироти, 1066 з них виховуються в 101 дитячому будинку сімейного типу,2959 – знаходяться під опікою.

В рамках Договору відпрацьована система нагляду за означеним контингентом. Обстеження включає первинний скринінговий огляд командою профільних фахівців (педіатр, ендокринного, невролог, психіатр, психолог, отоларинголог, офтальмолог, дитячий гінеколог) та обов'язкову госпіталізацію для всебічного з'ясування стану здоров'я дитини з використанням широкого комплексу сучасних досліджень по всім життєво-забезпечуючим напрямкам організму. Базовим для проведення діагностично-лікувальних заходів є відділення соціальної педіатрії та реабілітації. Всього по означеній програмі медична допомого надана 2080 дітям у віці від двох до 18 років, з яких 83,8% були мешканцями будинків сімейного типу, а 14,2% -виховувалися опікунами.

Результати дослідження. Аналіз стану здоров'я дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, проводився з урахуванням вікових характеристик пацієнтів: дітей віком до 6-и років (I група) -13,7%, дітей 7-14 років (II група) -62,7%, підлітків 15-18років (III група). У 88,5% дітей наявність захворювань було встановлено вперше.

При оцінці фізичного розвитку обстежених встановлено, що його дисгармонійність визначалася у 15,0% дітей першої, 12,5% - другої, 21,3% - старшої групи. У більшості випадків спостерігалися затримка росту або дефіцит маси тіла, серед старших – реєструвалися випадки надлишкової ваги й ожиріння на тлі гіпоталамічного синдрому. Затримку статевого розвитку визначено в 2,2% хлопця

другої та 11,8% - старшої груп. У 11,2% дівчат 7-14 є ознаки синдрому неправильного пубертатну та порушення менструальної функції.

Встановлено, що для обстежених дітей притаманна висока патологічна вираженість у вигляді поєднаної соматичної (втому числі неврологічної) патології. 57,1% дітей першої 69,8% другої та 84% третьої групи страждають на соматичну патологію, в структурі якої переважають хвороби системи травлення. Ознаки системної дисплазії сполучної тканини, вроджені вади розвитку, хромосомні порушення були наявні у 23,2% дітей першої та другої вікових груп.

У групі дітей дошкільного віку переважають резидуальна патологія центральної нервової системи та функціональні розлади внутрішніх органів; серед школярів зростає частота хронічних захворювань, ендокринних і вегетативних дисфункцій (25%). Захворювання нервової системи та психо-емоційні розлади реєструвалися як супутня так і провідна патологія у 20,6% дітей як дошкільного та у 25% дітей шкільного віку та підлітків.

У зв'язку з істотною розповсюдженістю у дітей соціального ризику функціональних порушень емоційно-вольової сфери та педагогічної занедбаності значна їх частина потребує психологічної допомоги, що дозволить покращити їх адаптацію до умов життя в родині.

Особливості к дитячого контингенту із сімей соціального ризику та складних життєвих умов диктують необхідність дотримуватись принципу комплексного підходу до лікувально-діагностичного процесу в цілому.

Для дитячого контингенту із сімей соціального ризику доцільно збереження системи первинного огляду командою спеціалістів, диспансерного нагляду фахівцями, психолого-педагогічної допомоги самим дітям і дорослим, які їх виховують.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мирзаева З.У., Ганиев А.Г., Садикхужаева М.У., Каримова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы. Атопический дерматит (АД) занимает ведущее место в структуре аллергических заболеваний и поэтому остается актуальной проблемой современной медицины. АД является

хроническим аллергическим лихенифицирующим воспалением кожи, возникающим в результате готовности иммунной системы к развитию аллергической реакции, сопровождается кожным зудом и частым инфицированием. Показатель распространенности АД продолжает увеличиваться во всем мире.

Цель исследования. Исследовать клинико-лабораторные показатели и состояние иммунологической реактивности, иммуномодулирующий и противорецидивный эффекты «Эдем» у детей с младенческой формой атопического дерматита.

Задачи исследования. Сопоставить клинико-иммунологические показатели у группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию, и у группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с «Эдем». Материалы и методы исследовании. Под нашим наблюдением в период с 2015 по 2017 г. находилось 62 ребёнка (24 мальчика и 38 девочек) со среднетяжёлым течением атопического дерматита (АД). Первая группа больных атопическим дерматитом (31 пациент) получала комплексную общепринятую терапию, вторая группа больных атопическим дерматитом (31 пациент) – комплексное лечение в сочетании с «Эдем». У наблюдаемых детей подросткового возраста с атопическим дерматитом изучали данные анамнеза и общеклинические показатели, проводили клинико-лабораторные и иммунологические исследования. Обследование больных атопическим дерматитом и все лечебные мероприятия осуществляли с письменного согласия самих пациентов и их родителей.

Результаты исследования. В периоде клинической ремиссии у первой группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию констатировалось повышение уровней иммуноглобулина G ($p<0,001$), иммуноглобулина M ($p<0,001$), общего иммуноглобулина при отсутствии достоверных сдвигов уровня иммуноглобулина А в сыворотке крови У больных атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с препаратом «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечалось повышение уровней иммуноглобулина G ($p<0,001$) и иммуноглобулина M ($p<0,02$) при отсутствии статистически достоверных изменений уровней иммуноглобулинов А и Е, циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови. На основании результатов исследований можно сделать заключение о диагностической значимости изучения параметров иммунологической реактивности при тяжёлом течении атопического дерматита у детей

раннего возраста и обосновать целесообразность включения «Эдем» в комплексное лечение больных. У больных младенческой формой атопического дерматита, получавших комплексное лечение в сочетании с «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечается нормализация большинства параметров иммунологической реактивности.

Выводы. Проведение больным младенческой формой атопического дерматита комплексного лечения в сочетании с двумя курсами «Эдем» с интервалом между ними в три месяца обеспечивает наступление полной клинической ремиссии, продолжительность которой превышает в семь раз продолжительность клинической ремиссии у больных младенческой формой атопического дерматита, получавших только комплексную общепринятую терапию.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Мирзаева З.У., Ганиев А.Г., Усманова М.А., Садикхужаева М.У.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе в Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей бронхиальной астмой (БА) и их более тяжелому течению. Широкое использование достижений биохимии, генетики и иммунологии в решении узловых вопросов аллергических заболеваниями внесло много нового в представление о формировании болезни. Однако, несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным. Так, например, почти каждый третий больной БА как минимум 1 раз в месяц просыпается ночью в связи с симптомами астмы. Более половины больных имеют ограничения физической активности, более трети вынуждены пропускать занятия в школе.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений атопической бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Для 58 детей амбулаторных пациентов с БА в возрасте от 7 до 17 лет была заполнена узбекская версия вопросника по контролю симптомов и клинические проявления БА (ACQ-5).

Результаты исследования. Основу заболевания у таких детей часто составляет поливалентная сенсибилизация к аллергенам домашней пыли, эпидермальным, пищевым и лекаартвенным аллергенам. Течение бронхиальной астмы у таких детей часто тяжелое, сопровождалось выраженной эозинофилией и гипервентиляционными нарушениями. Важное место при бронхиальной астме у детей занимают гипервентиляционные нарушения, которые включают неадекватную гипервентиляционную реакцию на различные воздействия. В формировании гипервентиляционных нарушений принимают участие эндогенные и экзогенные факторы, а сама гипервентиляция нередко провоцирует приступы удушья. В развитии бронхообструкции при гипервентиляции большую роль играет снижение температуры и влажности секрета в респираторном тракте, что способствует бронхиальной гиперреактивности. У таких детей наблюдались некоторые особенности течения бронхиальной астмы: часто отмечалось затруднение вдоха во время приступа, субъективное ощущение нехватки воздуха, нарушения поведения (тревожность, эмоциональная лабильность), головные боли, сердцебиение, боли в животе во время приступа. Нередко приступы астмы возникали при эмоциональных стрессах и физической нагрузке. Проведя анализ анкеты-опросника, нами установлены причины и предрасполагающие факторы развития бронхиальной астмы у обследуемых детей. Наследственная отягощенность (Наличие у родителей или родственников аллергических заболеваний) является доминантным фактором в развитии БА у обследуемых детей. Кроме этого высокий удельный вес приходится на предшествующие (АР, АРС) и сопутствующие заболевания этих детей. Так пищевая аллергия - 58,3% и атопический дерматит -89.6% можно рассматривать в качестве основных факторов, способствующих формированию БА и пусковым механизмом возникновсешия обострений. У многих детей с БА выявлялись увеличенные аденоидные вегетации, которые чаще обнаруживались при сопутствующем аллергическом РС. В основе увеличения аденоидов, наряду с гиперплазией лимфоидной ткани, лежит аллергический воспалительный процесс. У некоторых детей с БА обнаруживается искривление носовой перегородки; присоединение аллергического ринита в таких случаях приводит к значительному нарушению носового дыхания. У ряда больных выявляется хронический тонзиллит; который можно рассматривать как фактор, способствующий формированию сенсибилизации к инфекционным аллергенам при БА. У наблюдаемых нами детей с АБА

перед началом приступа отмечалась заложенность и зуд в носу, водянистое или слизистое отделяемое из носа. Патология ЛОР-органов у наблюдаемых больных была выявлена в 85.4% случаев. Результаты собственных наблюдений свидетельствуют о том, что у многих детей первые приступы БА появляются на фоне острого респираторного вирусного заболевания и бронхолегочной инфекции. Значение интеркуррентных заболеваний прослеживается и при обострении БА. Особенно существенную роль играет наслоение острой респираторной вирусной инфекции, бронхита и пневмонии в возникновении астматического состояния у больных с тяжелым течением БА. Результаты наших исследований показали, что присоединение бронхолегочной инфекции является причиной развития астматического состояния у 56.3% больных БА, а у 47.9% пациентов возникновение астматического состояния было связано с острой респираторной вирусной инфекцией.

Вывод. Таким образом, у детей, страдающих бронхиальной астмой, отмечаются в анамнезе наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, выявляются признаки пищевой и лекарственной аллергии, поливалентной сенсибилизации организма к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНВАЗИВНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Мулладжанова К.А., Тухтаназарова Н.С.
Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра инфекционных болезней

Острые кишечные инфекции являются одной из важнейших проблем детской инфектологии и представляют актуальность как для медицинской науки, так и для практического здравоохранения. Повсеместная распространенность, отсутствие тенденции к снижению заболеваемости ставят их в категорию наиболее значимых инфекционных болезней. Особенно актуальной становится эта проблема у детей первых месяцев жизни в силу незрелости основных механизмов противоинфекционной защиты. Грудное вскармливание – оптимальный путь предотвратить диарею или уменьшить выраженность клинических симптомов, однако и у данной категории не исключается возможность развития ОКИ и их осложнений.

Цель исследования: нами было изучено этиологической структуры и клинические особенности острых инвазивных диарей у детей первых 6 месяцев жизни, находящихся на грудном вскармливании.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 67 больных с острой инфекционной диареей. Были отобраны дети в возрасте от 1 до 6 месяцев, был инвазивный характер ОКИ , первые 1-2 дня от начала заболевания, полностью грудное вскармливание без введения продуктов прикорма. Бактериологическое исследование испражнений на кишечную группу проводили в день поступления в стационар.

Результаты и их обсуждение . Для изучения частоты острых инфекционных диарей у детей первого года жизни был проведен анализ возрастной структуры госпитализированных в Андижанскую областную инфекционную больницу за последние 5 лет. Количество детей первого года жизни составила в среднем 26,8±3,6%. Максимальная заболеваемость регистрировалась в возрасте 7-9 месяцев. Удельный вес детей первых 6 месяцев составил 8,7±4,7% от всех госпитализированных, при этом мальчики и девочки болели одинаково часто (48,7±1,5 и 51,3±1,5%, $p > 0,05$).

При оценке анамнеза установлено, что у большинства заболевание протекало на неблагоприятном преморбидном фоне .Так, у большинства женщин беременность протекала на фоне угрозы прерывания и токсикоза (28,3 и 71,6%),1/3 из них (35,8%) перенесли ОРВИ. 47,8% имели хронические заболевания мочевыводящей системы и другие очаги инфекции.

Установлено, что 2/3 наблюдаемых имело патологию в виде анемии (46,3%), пищевой аллергии (28,3%), дисбактериоза кишечника (20,8%).До момента заболевания у большинства детей отмечались кишечные колики (40,3%),ОРВИ перенесли 14,9%.Таким образом, большинство госпитализированных детей имело сочетание от 2 до 4 отягощающих факторов, что оказывало негативное влияние на состояние противоинфекционной резистентности. При бактериологическом исследовании испражнений этиология инвазивной диареи была верифицирована в 76,1% случаев. Так, сальмонеллы и шигеллы были выделены из испражнений у 5 и 4 детей соответственно (7,5 и 6%), патогенные эшерихии у 19 (28,9%), условно-патогенные микроорганизмы у 23 (34,3%), в 23,9% наблюдений этиологию ОКИ установить не удалось.

Таким образом, изучение этиологии ОКИ показало, что удельный вес облигатных возбудителей при инвазивном типе диареи и

данной возрастной группе был значительным -41,8%. При анализе клинической картины было установлено,что в большинстве наблюдений заболевание протекало по типу энтероколита (77,65), реже гастроэнтероколита (22,4%). Преобладали среднетяжелые формы с доминированием таких симптомов как вялость, бледность, отказ от еды при умеренной температурной реакции. Частота стула составляла в первые дни болезни 7-12 раз в сутки с нормализацией через 8-9 дней. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 10,3± 1,8 дня.

Проведенное исследование показало присутствие вирусных антигенов в кале 19 детей, что составило 28,3%. Анализ бактериально-вирусных сочетаний показал, что в 78,9 % случаев это были условно-патогенные , в 21,1% - облигатно- патогенные микроорганизмы.

Выводы.Таким образом, полученные данные показали, что у детей первых шести месяцев жизни даже при полном грудном вскармливании возможно развитие инвазивной диареи, вызванной как патогенными ,так и условно-патогенными микроорганизмами. При этом в 28% случаев даже при инвазивном типе диареи в кишечнике детей обнаруживаются вирусные патогены, которые могут утяжелять заболевание и увеличивать частоту возникновения вторичной лактозной недостаточности.

ДОСВІД УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

Муратова К.Г., Аленіна І.С., Колібаєва Т.Ф.
Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології

За даними різних авторів частота міхурово-сечовідного рефлюксу (МСР) у дітей висока, і становить від 35% до 66,4% серед дітей з інфекцією сечовивідних шляхів. Несвоєчасна діагностика МСР у половині випадків обумовлена відмовою батьків від проведення мікційної цистоуретерографії.

Мета дослідження полягала в удосконаленні ранньої неінвазивної діагностики МСР за даними ультразвукового дослідження (УЗД) при первинному зверненні.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 53 випадків з МСР різного ступеня у дітей з пієлонефритом віком від 3 місяців до 16 років шляхом співставлення клініко-анамнестичних даних, результатів

УЗД нирок та мікційної цистоуретерографії. За статтю переважали дівчатка 34 (64,1±6,6%) проти 19 (35,8±6,6%) хлопчиків. Всі діти були госпіталізовані з активними проявами інфекції сечовивідних шляхів.

Результати та їх обговорення. Всім дітям проведено мікційну цистографію, за результатами якої I ступінь МСР мали 8 дітей, II ступінь – 30 (56,6±5,1%) дітей, III – IV ступінь виявлено у 15 дітей (28,3+4,8%). Також усім дітям проведено УЗД нирок з визначенням лінійних розмірів, об'ємів, товщини паренхіми, контурів нирок, оцінювали ехогенність паренхіми, стан чашково-мискової, стінки миски, стан сечоводів, паранефрія. Для дітей з II ст. МСР характерними ехоскопічними ознаками була помірна пієлоєктазія у вихідному відділі миски, яка при проведенні УЗД вважалася еквівалентом екстраренальної миски, і свідчила про підвищення внутрішньониркового тиску. У 36±4,8% дітей з II ст. МСР мала місце двохконтурність стінок миски за відсутності лейкоцитурії, внаслідок тривалого уростазу, що вірогідно було пов'язано з втратою еластичних елементів сечових шляхів і є передумовою для розвитку склерозу. У дітей з III - IV ст МСР ехоскопічно було виявлено асиметрію лінійних розмірів нирок з різницею більше 1 см між органами, витоншення паренхіми на 5-7мм у порівнянні з контрлатеральною ниркою без МСР. Також у цих пацієнтів візуалізовано проксимальні та дистальні відділи сечоводів, що свідчило про їх атонію та порушення нейрорегуляторних механізмів сечовипускання.

Висновки. У дітей з різним ступенем МСР та першим епізодом інфекції сечових шляхів за даними УЗД можна виявити відмінні ехоскопічні ознаки пошкодження нирок, що може бути ультразвуковою основою для подальшої інтервенційної діагностики аномалій розвитку.

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Мэтрэгунэ Н.Г., Бикир-Тхоряк Л.И.,Кожокарь С. В.
Институт Кардиологии Республики Молдова
Детская клиническая больница им. „В. Игнатенко"
Кишинев, Молдова

Артериальная гипертензия (АГ) является многофакторным заболеванием. Некоторые из факторов риска могут присутствовать еще во внутриутробном периоде, тогда как другие появляются в детстве и остаются на протяжении всей жизни. В то же время

исследования последнего десятилетия сфокусированы на выявление новых факторов риска, которые смогут идентифицировать АГ на доклинических стадиях.

Цель исследования: оценка факторов риска развития АГ у детей - роль гипергомоцистеинемии и гиповитаминоза D

Материалы и методы: В исследовании были включены 115 детей с АГ (мальчики n=78; 68%, девочки n=37; 32%) в возрасте 10-18 лет, которые были разделены на три группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): I группа- 35 детей с АГ и нормальным весом, II группа - 36 детей с АГ и избыточной массой тела и III группа - 44 ребенка с АГ и ожирением. Контрольную группу составили 35 детей с нормальным артериальным давлением и весом аналогичного возраста. АГ была установлена в соответствии с последними рекомендациями Европейского Общества Кардиологов по диагностике артериальной гипертензии у детей [Empar Lurbea et. и др., 2016]. Гомоцистеин (Hcy) был определен методом ионообменной жидкостной хроматографии, а 25-OH витамин D был выявлен иммунохимическим методом с гемилюминисцентным детектированием (CLIA).

Результаты. Из всех детей включенных в исследовании- 96 (83,5%) обратились с повышенными цифрами АД, 15 (13%) были выявлены при обращении с другими заболеваниями, тогда как 4(3,5%) ребенка были обнаружены во время профилактического контроля. Продолжительность АГ в группе детей с нормальным весом составила 7,2±1,44 месяцев, у группы детей с избыточным весом - 6,9±1,32 месяцев, тогда как в группе детей с ожирением она составила 7,4±1,50 месяцев. Что касается анализа протекания беременности в исследованных группах не было выявлено достоверных различий, за исключением ошибок питания во время беременности ($p<0,01$), которые чаще встречались у матерей детей с АГ и ожирением (III группа исследования). Большинство из исследованных детей родились в срок. Преждевременно родились 20% детей с АГ и нормальным весом, 14% детей с АГ и избыточной массой тела и 8% детей с АГ и ожирением. На поздних сроках беременности родились 2,9% гипертензивных детей с нормальным весом, 8,3% гипертензивных детей с избыточной массой тела и 2,3% гипертензивных детей с ожирением ($X^2=2,335$; $p>0,05$). На искусственном вскармливании были 25,7% детей с АГ и нормальном весом, 19,4% детей с АГ и избыточной массой тела и 34,1% детей с АГ и ожирением. На грудном вскармливании менее 3 месяцев находились 8,6% из группы детей с АГ и нормальным весом, 36,1% из группы детей с АГ и избыточной массой тела, и 11,4% детей с АГ и ожирением.

Подавляющее большинство детей из II и III группы исследования предпочитают малоподвижный образ жизни, и лишь 5,6% детей с АГ и избыточной массой тела, 4,5% детей с АГ и ожирением и 2,9% детей с нормальным весом предпочитают активное время провождение. Отдают предпочтение продуктам быстрого приготовления типа „fast-food" 17,1% детей с АГ и нормальным весом, 38,9% детей с АГ и избыточной массой тела и 61,4% детей с АГ и ожирением. Потребляют продукты с высоким содержанием соли 25,7% детей с АГ и нормальным весом, 30,6% детей с АГ и избыточной массой тела и 56,8% гипертензивных детей с ожирением. Ежедневно употребляют легкоусвояемые углеводы (с высоким гликемическим индексом) 25,7% детей из I группы, 55,6% детей из II группы и 72,7% детей из III группы исследования. Активное курение практикуют 14,3% гипертензивных детей с нормальным весом, 16,7% гипертензивных детей с избыточной массой тела и 15,9% гипертензивных детей с ожирением.

Низкий уровень сывороточного 25-OH витамина D в сравнении с контрольной группой был выявлен во всех исследованных группах. Однако самые низкие значения 25-OH витамина D в сравнении с контрольной группой были зарегистрированы у детей с АГ и ожирением (18,2±0,84 против 32,2±0,48 нг/мл $p<0,001$), у детей с АГ и избыточным весом (20,5±0,96 против 32,22±0,48 нг / мл; $p<0,001$), а также в сравнении с группой детей с АГ и нормальным весом (26,4±1,06 против 32,2±0,48 нг/мл; $p<0,001$). Достоверно значимо 25-OH витамина D положительно коррелировал с сывороточным адипонектином ($r=0,29$; $p<0,01$) и отрицательно с общим холестерином ($r=-0,29$; $p<0,01$), ЛПНП ($r=-0,22$, $p<0,01$), сывороточным лептином ($r=-0,40$, $p<0,01$), провоспалительными маркерами (ФНО-α: $r=-0,20$; $p<0,05$; С реактивный белок высокой чувствительности $r=-0,38$; $p<0,01$), сывороточными катехоламинами (норадреналин: $r=-0,26$; $p<0,01$) и катехоламинами в моче (норадреналин: $r=-0,16$; $p<0,05$). Также 25-OH витамин D отрицательно коррелировал с сывороточным гомоцистеином ($r=-0,40$; $p <0,01$).

Что касается гомоцистеина, были выявлены высокие значения во всех группах исследования, но самые высокие уровни по сравнению с контрольной группой были у детей, которые объединили 2 фактора риска - артериальную гипертензию и ожирение (13,2±0,89 против 6,1±0,23 моль/л; $p<0,001$). Промежуточный уровень гомоцистеина был отмечен у детей с АГ и избыточным весом (10,6±0,70 против 6,1±0,23 моль / л; $p<0,001$), и самые низкие значения

гомоцистеина, были зарегистрированы у гипертензивных детей с нормальным весом (8,2±0,54 против 6,1±0,23 моль/л, p<0,001). Уровень гомоцистеина положительно коррелировал с ЛПНП (r=0,29, p <0,01), сывороточным инсулином (r=0,18, p<0,05), сывороточном норадреналином (r=0,19; p<0,05), сывороточным лептином (r=0,25, p<0,01) и микроальбуминурией (r=0,21, p<0,01). В то же время гомоцистеин отрицательно коррелировал с ЛНВП (r=-0,16; p<0,01), адипонектином (r = -0,22; p <0,01) и 25-ОН витамином D (r = -0,40; p <0,01).

Выводы: В нашем исследовании большинство детей с АГ, страдающих избыточным весом и ожирением, питались не правильно и вели малоподвижный образ жизни. Среди пренатальных факторов были выявлены ошибки питания во время беременности, которые чаще встречались у матерей детей с АГ и ожирением. Более низкий уровень 25-ОН витамина D и более высокий уровень гомоцистеина у детей с АГ и ожирением, а также их корреляция с провоспалительными маркерами, катехоламинами, микроальбуминурией и сывороточными адипонектинами, указывают на то, что гипергомоцистеинемия и гипповитаминоз D являются факторами риска как для АГ, так и для ожирения.

ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБНОГО СПЕКТРУ СЕЧІ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ НИРОК

Никитенко О.П., Стоєва Т.В., Ємельянова О.Ю.
Одеський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2

На сьогоднішній день захворювання нирок у дітей являють собою важливу проблему та посідають неабияке місце у структурі патології дитячого віку. Наразі спостерігається невпинне зростання нефропатій мікробно-запального ґенезу у дітей.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчити та проаналізувати стан мікробного спектру сечі у дітей різного віку з захворюваннями нирок.

Для дослідження було відібрано 67 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в міської дитячої лікарні ім. академіка Б.Я. Резніка. Вік дітей склав від 4 до 17 років, і в середньому становив 8,05±3,2 років. У всіх пацієнтів у динаміці спостережень проводили загальний аналіз крові та сечі, бактеріологічне дослідження з визначенням чутливості до антибіотиків, УЗД нирок та сечовивідних шляхів. У всіх пацієнтів була діагностована інфекція сечових шляхів

(ІСШ) із частотою рецидивів 2 рази за 6 місяців або 3 рази за 12 місяців: в середньому 3,38±0,48 епізодів за рік.

Прояви ІСШ стосувались верхніх сечових шляхів (пієлонефрит – 54 (80,6%) хворих) та нижніх (цистит – 13 пацієнтів (19,4%)). ІСШ у дітей розвивалась на фоні: ВАРСС – подвоєння – 10 (14,93%), міхурово-сечовідний рефлюкс – 17 пацієнтів (25,37%), дисметаболічна нефропатія – 10 хворих (14,93%), полікістоз – 2 дитини (2,99%).

При дослідженні мікрофлори сечі у дітей найчастіше виявлялась E.coli (61,19%), S. Aureus (10,45%), S. Haemolyticus (10,45%) та E. Faecalis (10,45%).

При пієлонефриті найчастіше спостерігалась E.coli (61,19%), у 3 випадках в комбінації з S. Aureus (4,48%), e. Faecalis (13,43%); при циститі – E.coli (74,63%) та S. Haemolyticus (24,37%); при ВАРСС – E.coli (59,7 %), у 1 випадку в комбінації з e. Faecalis (10%), S. Aureus (30%) та S. Haemolyticus (10%).

У залежності від віку E.coli найчастіше відзначалась у групі дітей від 2 до 10 років, S. Aureus – 8-10 років, S. Haemolyticus – 14-17 років, E. Faecalis – 2-4роки.

При визначенні чутливості мікрофлори встановлено антибіотикорезістентність до наступних препаратів: аміноглікозиди – 26,87%, карбапенеми – 32,84%, цефалоспорини – 26,87%, фторхінолони – 13,43%, захищені пеніциліни – 19,4%, макроліди – 16,42%, пеніциліни – 46,27%.

Таким чином, показано необхідність обов'язкового урахування вікових особливостей мікробного спектру сечі та даних антибіотикограм при складанні терапевтичних схем та підчас моніторингу ефективності протирецидивної профілактики ІСШ у дітей.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПОРУШЕНЬ НИРКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ШЛЯХОМ ОЦІНКИ ПЕРФУЗІЙНОГО ІНДЕКСУ

Оболонська О.Ю.[1], Оболонський О.І.[2]
[1]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра педіатрії 2
[2]КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР

Мета дослідження. Виявити взаємозв'язок ниркового кровообігу та показників величини перфузійного індексу (PI) у дітей з низьким терміном гестації.

Матеріали та методи. Обстежено 64 недоношених новонароджених у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії для новонароджених з терміном гестації 27-36 тижнів. Вага при народженні в середньому 1325,0±467,2 грам. Хлопчиків було 41 (64,1%), дівчаток - 23(35,9%). Методи дослідження ультрасонографія нирок з доплерографією (нирковий кровообіг) за допомогою широкосмугового мікроконвексного та лінійного датчиків з частотою 5-8 МГц («FUKUDA DENSHI UF-750XT» (Японія) та метод фотоплетізмометричного визначення величини PI- пульсоксиметр Radical Masimo Set в перші три доби та на 5-7 добу життя. Статистичний аналіз проводився за допомогою методів варіаційної статистики.

Результати дослідження. На першу добу зниження ниркового кровообігу було досить вираженим у порівнянні з віковими нормативами, що обумовлено важким станом пацієнтів та функціонуючою гемодінамічно значущою відкритою артеріальною протокою(ВАП), яка є складовою синдрому обкрадання по великому колу кровообігу. Так, середня систолічна швидкість потоку в стовбурі ниркової артерії (Vmax) була 14,83±4,5 см/с, середня кінцева діастолічна швидкість потоку (Vmin) - 7,95±3,13 см/с, індекс резистентності (RI)-0,58±0,15($p<0,05$).У деяких випадках RI досягав 1, що э прогностично несприятливим. На 5-7 добу життя дані показники наближались до вікових норм. Середня систолічна швидкість потоку в стовбурі ниркової артерії (Vmax) дорівнювала 18,63±5,4 см/с, середня кінцева діастолічна швидкість потоку (Vmin) -11,75±3,63 см/с, індекс резистентності (RI) - 0,67±0,37. ВАП закрита на 3- 4 добу у переважної кількості дітей. Тільки в однієї дитини у цей період фіксувалась ВАП. PI складав у першу добу 0,73 ± 0,21%, що є меншим на 0,3 % ніж у дітей такої ваги без ВАП. На 5-7 добу життя середній показник PI становив 1,02±0,32%. В результаті проведеного дослідження виявлено взаємозв'язок між показниками ниркового кровотоку та показниками PI.

Висновки. Орієнтуючись на величину PI,як складову комплексного моніторування вітальних функцій у передчасно народжених новонароджених, можна прогнозувати зниження ниркової гемодинаміки. Збільшення показників ниркового кровообігу з нормалізацією індексу резистентності та збільшенням PI корелює з терміном закриття ВАП.

ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ

Одинец Ю.В.[1], Головачева В.А.[1], Одинец П.И.[1], Козлова Я.В.[2], Костина М.Ю.[2]

[1]Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2
[2]КНП «Городская клиническая детская больница №16»
Харьковского городского совета

В докладе «Мировая статистика здравоохранения» за 2016 год, публикуемый ежегодно с 2005 года, и являющимся авторитетным источником информации о здоровье людей в мире, представлен обзор состояния здоровья населения и задачи по ведению борьбы с факторами риска, среди которых указано, что 42 миллиона детей в возрасте до 5 лет имеют избыточную массу тела. Действительно, рост числа случаев избыточной массы тела и ожирения принял характер эпидемии, как среди взрослых, так и среди детей.

Согласно данным ВОЗ за 2008 г. около 1,4 миллиарда взрослых людей в возрасте 20 лет и старше страдают от избыточного веса, из них свыше 200 миллионов мужчин и почти 300 миллионов женщин страдают от ожирения. Проблема ожирения характеризуется «омоложением». При этом, в развитых странах детей с избыточным весом насчитывается 10 миллионов, а в развивающихся странах – более 30 миллионов (ВОЗ, 2013).

Избыточный вес и ожирение являются основными факторами риска смерти в мире. По меньшей мере, 3,4 миллионов взрослых ежегодно умирают в результате излишнего веса и ожирения. Кроме того, излишним весом и ожирением обусловлено 44% случаев сахарного диабета, 23% случаев – ишемической болезни сердца и от 7% до 41% случаев некоторых видов рака. Ожирение забирает 11,5 лет жизни. В Украине каждый второй житель находится в зоне риска (53% с избыточным весом, из них 20% - с ожирением). При этом стремительно страдает количество детей с лишним весом, которых в 2002 г. было 1,4%, а в 2014 году – 24%, и это число растет, на что указывает и Сюзанна Якоб, директор Европейского бюро ВООЗ (2015).

Цель исследования: определить частоту избыточной массы тела и ожирения у детей в возрасте от 2 до 18 лет.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 2195 детей в возрасте от 2 до 18 лет методом случайной выборки, которые находились на обследовании и лечении в КНП "Городская

клиническая детская больница №16" Харьковского городского совета. По полу преобладали девочки (51,75%). Проведена оценка физического развития детей с определением показателей массы, роста детей, расчета индекса массы тела (ИМТ) для данного возраста с использованием оценочных таблиц соответственно рекомендациям ВООЗ и приказов МЗ Украины №149 для детей от 0 до 5 лет и №802 от 13.09.2013 г. для детей 6–17 лет, определяя показатели от 85 до 95 перцентелей – как избыточную массу тела и больше 95 перцентелей – как ожирение (Т.В.Фролова, 2018).

В результате исследования выявлено, что у 1807 детей (из них 844 мальчика и 963 девочки) среднее, гармоничное физическое развитие, что соответствует ИМТ от 5 до 85 перцентелей. 230 обследованных детей (из них 125 мальчиков и 105 девочек) имеют избыточную массу тела, что соответствует ИМТ от 85 до 95 перцентелей. У 158 обследованных детей (из них 90 мальчиков и 68 девочек) выявлено ожирение, что соответствует более, чем 95 прецентелей.

По возрасту в группе детей с избыточной массой тела преобладали дети дошкольного и школьного возраста (36,1% и 38,3% соответственно). 25,6% обследованных детей в этой группе составили дети в возрасте от 13 до 18 лет. В группе детей с ожирением по возрасту преобладали дети от 2 до 6 лет (48,7%). 29,1% детей с ожирением были в возрасте от 7 до 12 лет, а 22,2% обследованных - в возрасте от 13 до 18 лет.

Выводы. Таким образом, удельный вес всех детей с избыточной массой тела составил 10,5%, с ожирением - 7,2%, что особенно свойственно для детей в возрасте от 2 до 6 лет. Для того, чтобы прекратить рост детского ожирения государство должно разработать масштабные нормативно-правовые мероприятия.

Рекомендации. 1. Рационализация питания детей, особенно школьного и подросткового возрастов, согласно рекомендациям МОЗ Украины от декабря 2017 г.

2. Стратегические инициативы государства направить в область пищевой промышленности по регламентации содержания трансжиров и углеводов в пищевых продуктах, а также на рационализацию питания детей в детских учреждениях.

3. Основы правильного питания нужно закладывать с самого раннего детства, примерно с 6-ти месяцев, когда ребенок только начинает переходить от грудного вскармливания к обычной еде.

4. Родителям нужно помнить, что нездоровое питание в ранние годы программирует проблемы во взрослом возрасте. Учитывая при

этом генетические факторы: если у родителей ожирение, то у детей тоже будет предрасположенность к лишнему весу.

ПРОГНОЗУВАННЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ БІЛКІВ ТЕПЛОВОГО ШОКУ ТА КРИТЕРІЙ ШКАЛИ СЕПСИСУ У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ

Одинець Ю.В.[1], Кондратюк Т.О.[1], Горбач Т.В.[1], Соломахин А.В.[2]
[1]Харківський національний медичний університет
[2]КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської міської ради

Актуальність. Розвиток тяжких інфекційних, часом септичних процесів не рідко супроводжують хіміотерапію гострої лейкемії (ГЛ). Вчасне діагностування сепсису значно збільшує шанси хворих на виживання. На сьогодні існує безліч біохімічних показників та діагностично-прогностичних градацій сепсису, але рівень летальності від сепсису залишається напрочуд високим, отже пошук діагностично-прогностичних шкал та новітніх маркерів сепсису триває.

Згідно з наукових даних, під час сепсису спостерігається збільшення концентрації білка теплового шоку 70 (БТШ 70). Однак, питання діагностичного значення рівня БТШ 70 при септичних ускладнень, викликаних проведенням хіміотерапії у дітей з ГЛ, вивчено не достатньо. Також, бракує інформації стосовно доцільності застосування оціночних шкал сепсису для визначення ступеню тяжкості хворих з ГЛ.

Мета. Оцінити діагностично-прогностичну значимість рівня БТШ 70 та шкали сепсису Sepsis score of Stoner and Elebute при розвитку ускладнень хіміотерапії у дітей, хворих на ГЛ.

Матеріали та методи. Проводилось динамічне спостереження за 34 хворими, які отримували хіміотерапевтичне лікування з приводу ГЛ. Під час виникнення ускладнень хіміотерапії проводився забір крові, на визначення рівня БТШ 70 у сироватці крові імуноферментним методом з використанням набору реактивів HSP 70 hight sensitivity ELISA kit (фірма Enzo). Стан тяжкості хворих оцінювали за допомогою шкали сепсису Sepsis score of Stoner and Elebute. Статистична обробка даних проводилась з використанням програм EXEL FOR WINDOWS та STATISTICA 7.0 FOR WINDOWS.

Результати. Середній вік хворих склав 5,10 ±4,2 роки. Розподілення за статтю: дівчата 11 (32,4%), хлопчики 23 (67,6%). В залежності від результату лікування хворих було розподілено на 2 групи: 28 дітей, які мали позитивний результат лікування увійшли до 1-ої групи. До 2-ої групи (n=6) увійшли хворі з летальним результатом.

Серед ускладнень хіміотерапії зафіксовано: мієлосупресивний синдром, фебрильна нейтропенія, грибкові пневмонії, токсичні ураження печінки та шлунково-кишкового тракту, поліорганна недостатність.

Медіана БТШ 70 1-ої групи склала 5,78 (3,28; 9,88) нг/мл, медіана БТШ 70 2-ої групи 12,13 (4,51; 21,15) нг/мл. При попарному порівнянні найвищі показники БТШ 70 зареєстровані в 2-й групі, однак статистичної достовірності між групами 1 та 2 не виявлено ($p>0,05$). Тенденція підвищення рівня БТШ 70 у сироватці крові хворих з летальним результатом демонструє захисну відповідь організму людини на стрес (розвиток ускладнень, сепсису).

Медіана сумарного балу за шкалою сепсису Sepsis score of Stoner and Elebute у хворих 1-ої групи дорівнювала 5,00 (3,50; 8,00). У пацієнтів 2-ої групи 9,50 (6,00; 13,00). Попарне порівняння сумарного балу групи 1-ої та 2-ої вказує на те, що найвищі бали шкали сепсису зафіксовані серед пацієнтів з летальним результатом. Зафіксовані статистичні достовірності між загальними балами шкали сепсису 1-ої та 2-ої груп ($p<0,05$), що вказує на клінічну значимість цієї шкали та співвідношення тяжкості стану пацієнта до сумарного балу.

Висновки. Проведене дослідження демонструє безпосередню участь БТШ 70 у розвитку захисної реакції хворого піл час ускладнень лікування ГЛ. Найбільш високі концентрації БТШ 70 зафіксовані у дітей з летальним результатом, при цьому їх стан відповідав високим балам, згідно шкали сепсису. Питання остаточної ролі БТШ 70 при розвитку ускладнень хіміотерапії у дітей на ГЛ залишається відкритим і потребує подальшого вивчення.

Шкала сепсису Sepsis score of Stoner and Elebute демонструє прогностичну значимість виникнення сепсису та настання несприятливого результату у хворих з ГЛ. Отже Sepsis score of Stoner and Elebute рекомендована для моніторингу клінічного стану під час терапії ГЛ у дітей.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ «НАХОДКИ» У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Павленко Н.В.[1], Солодовниченко И.Г.[1], Волошин К.В.[2], Ганзий Е.Б.[1], Савицкая Е.В.[1], Слободянюк А.Л.[1]

[1]Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии
[2]Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина
Кафедра педиатрии №2

Преимущественная доля заболеваний пищеварительной системы у детей (до 75%) приходится на патологию гастродуоденальной зоны (ГДЗ), при этом язвенная болезнь (ЯБ) остается самой тяжелой. Участились случаи сочетанной патологии, когда на фоне ЯБ ДПК формируется гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), нередко также в тяжелой форме, о чем свидетельствуют результаты динамического эндоскопического исследования детей старшего возраста и подростков. Однако, если рост ЯБ у детей в последние 5 лет удалось стабилизировать, то патология пищевода выросла в 3 раза. При этом помимо различных вариантов воспалительно-деструктивных изменений и моторных нарушений выявляются и иные эндоскопические «находки» - различные полиповидные образования.

Цель: проанализировать характер полиповидных образований пищевода и желудка, выявляемых эндоскопически у детей с ЯБ ДПК.

Обследовано 296 детей в возрасте 5-18 лет, страдающих ЯБ ДПК, которые находились на стационарном лечении в клинике кафедры детской гастроэнтерологии ХМАПО в 1998-2018 гг. Полиповидные образования (ПО) (единичные полипы) выявлены у 24 детей, что составило 8,2% от общего числа больных с ЯБ ДПК. Большинство полипов (67%) выявлены в антральном и препилорическом отделах желудка и были "ФГС находкой". Размер их обычно не превышал 1 см, располагались они на широком основании, полусферической, сосочковой либо цилиндрической формы, с гладкой поверхностью. Морфологически большинство таких полипов были гиперпластическими, у 3-х пациентов – аденоматозными. У 5 детей при эндоскопии выявлялись признаки эктопии поджелудочной железы (хористомы), подтвержденные морфологически, причем у 2 – с изъязвлением.

У 7 детей старшего возраста с длительным язвенным анамнезом (более 3-5 лет) ПО определялись в пищеводе (нижняя и средняя треть), чаще при повторных ФГС. Морфологически у 3 детей

диагностировали плоскоклеточную папиллому (нижняя треть), у 2 – участки желудочной метаплазии – пищевод Барретта (в области Z-линии), у 2 – лейомиому средней трети пищевода.

Выводы: полиповидные образования верхних отделов пищеварительного тракта не являются редкостью у детей и выявляются в 8,2% при ЯБ ДПК. Более неблагоприятными такие изменения бывают в пищеводе у пациентов с длительным язвенным анамнезом, с развитием вторичных тяжелых форм ГЭРБ. Именно они требуют динамического наблюдения и, зачастую, эндоскопической хирургической коррекции.

АСОЦІАЦІЯ МІЖ РІВНЕМ ВІТАМІНУ D І КАРДІОМЕТАБОЛІЧНИМИ РИЗИКАМИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Павлишин Г.А., Шульгай А.-М.А.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»
Кафедра педіатрії №2

На сьогоднішній день у світі проводиться безліч дискусій про багатогранний вплив вітаміну Д та його похідних на функцію різних органів та систем організму. Доведено наявність позакісткових ефектів вітаміну Д на патогенез хронічних неінфекційних захворювань. Одним із них це вплив вітаміну Д на розвиток метаболічного синдрому, який є предиктором цукрового діабету 2-го типу та серцево-судинних захворювань.

Метою роботи було виявити асоціацію між рівнем вітамін Д і кардіометаболічними ризиками у дітей підліткового віку з надмірною масою тіла та ожирінням.

Дослідження проводилось на базі Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні. Обстежено 185 підлітків, з них 59% хлопців та 41% дівчата, середній вік дітей 15,4 $\pm$ 2,1 років. В усіх обстежених дітей отримано інформовану згоду на обстеження. В залежності від індексу маси тіла підлітки віднесені до 3-х груп, згідно наказу №254 МОЗ України від 27.04.2006 року в редакції наказу МОЗ України від 03.02.2009 року №55. У 1-й групі - 70 дітей з ожирінням (ІМТ >97 персентилю), у 2-й – 62 підлітка з надмірною масою тіла (ІМТ від 85 до 97 персентилю) та у 3-й контрольній групі – 53 дитини з нормальною масою тіла (ІМТ від 15 до 85-го персентилю). У групах досліджень не було дітей, які приймали препарати Са,

протиепілептичні препарати, статини, антигіпертензивні препарати, глюкокортикоїди, вітамін Д та добавки з ним. Рівень вітаміну Д встановлювалась шляхом визначення рівня у сироватці венозної крові 25-гідроксикальциферолу (25(ОН)Д) імуноферментним методом. Клінічне обстеження включало визначення антропометричних даних підлітків, показників ліпідного обміну (загальний холестерин, ліпопротеїди високої щільності, ліпопротеїди низької щільності, тригліцериди, коефіцієнту атерогенності), вуглеводневого обміну (глюкоза крові натще, базальний інсулін натще, індекс HOMA), у всіх дітей проводилось вимірювання артеріального тиску за методом Короткова, а також добове моніторування артеріального тиску.

В ході дослідження виявлено, що вітамін Д статус у дітей підліткового у всіх групах за показниками 25(ОН)Д більшістю випадків визначився його дефіцитом. У 14,32 % дітей з нормальною масою тіла виявлено показники 25(ОН)Д в межах норми, а у 29,46 % недостатність. Поширеність дефіциту вітаміну Д у підлітків з надмірною масою тіла складала 70,62 %, у дітей підліткового віку з ожирінням 77,19 %. За результатами регресійного аналізу отриманих результатів окружність талії у дітей з надмірною масою та ожирінням ($p < 0,001$), систолічний артеріальний тиск ($p = 0,05$), індекс маси тіла ($p = 0,001$), рівень базального інсуліну крові ($p < 0,005$), індекс HOMA ($p < 0,001$), рівень тригліцеридів ($p = 0,05$), ліпопротеїди низької щільності ($p < 0,01$), коефіцієнт атерогенності ($p < 0,005$) були обернено зв'язані із рівнем 25(ОН)Д, а із ліпопротеїдами високої щільності ($p < 0,001$) мали прямий достовірний зв'язок.

На основі зібраних та опрацьованих нами даних ми зробили висновок про тісну асоціацію між рівнем вітаміну Д та кардіометаболічними ризиками у дітей підліткового віку з надмірною масою тіла та ожирінням.

ГІПОАНДРОГЕНІЯ У ЮНАКІВ ЯК ПРЕДИКТОР МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Пархоменко Л.К.[1], Страшок Л.А.[1], Турчіна С.І.[2], Косовцова Г.В.[2]
Завеля Е.М.[1], Ісакова М.Ю.[1], Єщенко А.В.[1]
[1]Харківська медична академія післядипломної освіти
[2]ДУ Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України

У XXI столітті спосіб життя людства характерно змінився. Спостерігається обмеження фізичної активності, збільшення споживання калорійної та якісно незбалансованої їжі, зростання емоційних навантажень, різноманітні шкідливі звички. При певній

генетичній схильності ці компоненти можуть призводити до формування метаболічного синдрому (МС) – найсерйознішого фактору ризику серцево-судинних захворювань. У даний час проблема МС набула особливої актуальності у зв'язку з пандемічним характером його поширення не тільки серед дорослого населення, але й серед молодих людей та підлітків. Всі компоненти МС (абдомінальне ожиріння, порушення толерантності до глюкози, артеріальна гіпертензія і дисліпідемія) є незалежними факторами ризику серцево-судинних захворювань. При цьому, ключова ланка в порушенні ліпідного та вуглеводного обмінів належить печінці, яка є і одним з головних органів-мішеней МС. Сукупність метаболічних змін у печінці проявляється у вигляді неалкогольний жирової хвороби печінки (НЖХП). У дорослих чоловіків з явищами метаболічного синдрому часто діагностують стан гіпоандрогенії, а деякі автори гіпоандрогенію у чоловіків виділяють як незалежний предиктор метаболічного синдрому. Що стосується хлопчиків/юнаків з затримкою статевого дозрівання (ЗСД), то метаболічні аспекти цієї патології досить не визначені.

На базі відділення ендокринології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» було проведене комплексне дослідження 47 хлопчиків з гіпогонадизмом у віці від 13 до 18 років з гіпоандрогенією. Було проведено об'єктивне дослідження включало антропометрію, з визначенням індекс маси тіла. Для оцінки структурно - функціонального стану печінки проводили ультразвукове дослідження. Біохімічні показники (АСТ, АЛТ, альбуміни, загальнтй білірубін та його фракції, ліпідограма з визначенням загального холестерину, тригліцеридів (ТГ) холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ), розрахунок вмісту холестерину ліпопротеїдів низької (ХСЛПНЩ) і дуже низької (ХСЛПДНЩ) щільності, коефіцієнта атерогенності (КА) визначались за загальноприйнятими методиками.

Хворі з гіпоандрогенією були розподілені на групи в залежності від індексу маскулінізації (ІМ). В першу групу увійшли 23 юнака з середнім віком 15 років з затримкою росту та статевого дозрівання та ІМ – 3,6 бала, ІМТ - 17,5. В другу групу увійшло 19 юнаків з середнім віком 15,5 років, ІМ – 3,2, ІМТ – 18,2. В третю групу увійшли 5 юнаків у віці 15,5 років з затримкою статевого дозрівання з ІМ -3,1, ІМТ – 17. Тобто, у більшої кількості юнаків ЗСД формувалась на тлі недостатньої за віком маси тіла.

Скарги на болі у животі та диспепсичні прояви відмічались у 29 юнаків (62%). У більшості хворих з гіпоандрогенією відзначались

скарги на болі у верхній половині живота, причому у половини - після прийму їжі, а у третини - натще. У 42% хворих з гіпоандрогенією апетит був підвищеннним, а у 34% - зниженим. Порушення моторики верхніх відділів травного тракту (печія та відрижка) зустрічались майже у половини хворих. Половина обстежених юнаків скаржилась на закрепи. У більшості підлітків було виявлено болючість при пальпації у епігастрії та правому підребер'ї, у третини хворих також відмічалась болючість у лівому підребер'ї. У третини юнаків з гіпоандрогенією були виявлені позитивні «міхурові» симптоми.

Загальноприйняті біохімічні дослідження функцій печінки визначили, що середні рівні загального білірубіну та печінкових ферментів знаходились у межах норми та статистично значуще не відрізнялись по групам. Отримані дані свідчать про те, що у юнаків з гіпоандрогенією значущих порушень функціонального стану печінки, ймовірно, ще немає.

Аналіз показників ліпідного спектра крові у дітей та підлітків з гіпоандрогенією показав, що у 75% хворих виявляються патологічні зміни рівня ліпідів, в тому числі у 85% - підвищення рівня загального холестерину (5,3 ± 0,28 ммоль/л), у 34% - підвищення рівня ТГ (1,2 ± 0,2 ммоль/л), у 34% - підвищення вмісту ХСЛПНЩ (2,97 ± 0,25 ммоль/л) та підвищення КА (2,2 ± 0,33) - у 36% хворих. Характеристика рівня ліпідів залежно від ступеню гіпоандрогенії показала, що зміни у ліпідограмі атерогенної спрямованості наростали з віком. З віком наростає і зворотній кореляційний зв'язок рівню ХС з рівнем ХСЛПВЩ.

Для уточнення морфофункціонального стану печінки проводилось ультразвукове дослідження. При проведенні УЗД було встановлено збільшення розмірів печінки у 32 % обстежених з гіпоандрогенією. Підвищення ехогенності печінки встановлено у 42% хворих. Ущільнення стінок судин виявилось у 30% юнаків з гіпоандрогенією. Таким чином, за даними УЗД, ознаки стеатогепатозу відзначались у 30% юнаків з гіпоандогенією. Збільшення розмірів жовчного міхура зустрічалось у всіх обстежених з гіпоандрогенією. Ущільнення його стінок у - 34% хворих, наявністю згустків жовчі у 42% юнаків. Серед дискінетичних розладів жовчного міхура у всіх підлітків з гіперандрогенією спостерігався гіпотонічно-гіпокінетичний тип. Таким чином, у всіх юнаків з гіпоандрогенією виявлено функціональні розлади біліарного тракту, у 42% - початкові ознаки жовчнокам'яної хвороби, а у 30% хворих - чіткі ознаки стеатогепатозу.

Отже, результати проведених досліджень свідчать про формування коморбідної патології гепатобіліарної зони у юнаків із

гіпоандрогенією. Виявлені УЗД ознаки гепатозу у 30% хворих, дисліпідемія атерогенної спрямованості. Результати досліджень свідчать про необхідність включення до діагностичного алгоритму у юнаків із гіпоандрогенією показників ліпідограми та УЗД печінки і жовчновивідних шляхів, а також розробку протоколів профілактики гепатобіліарної патології, в тому числі застосування дієтологічної корекції, призначення гепатопротекторів, жовчогінних препаратів.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНА РОСТА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

Песковая Н.А.[1], Солнцева А.В.[2], Окулевич Н.М.[1]
[1]ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», Минск, Республика Беларусь
[2]УО «Белорусский государственный медицинский университет», 1-я кафедра детских болезней

Актуальность. Синдром Шерешевского-Тернера (СШТ) встречается с частотой 1:2500 новорожденных девочек и в 98% случаев сопровождается низкорослостью. Препараты гормона роста (ГР) увеличивают конечный рост детей с СШТ на 3-16 см по отношению к прогнозируемому. Установлено, что индивидуальный ответ на терапию ГР зависит от ряда факторов: генетически детерминированного роста, степени задержки роста, возраста начала и продолжительности лечения до инициации пубертата, дозы препарата соматотропного гормона (СТГ). Однако четкие предикторы эффективности терапии ГР у детей с СШТ разного возраста не установлены. Вариабельность ростового ответа при применении СТГ обосновывает необходимость тщательного мониторинга и ранней персонализации терапии.

Цель. Оценить эффективность применения препаратов гормона роста у детей с синдромом Шерешевского-Тернера; проанализировать факторы, влияющие на эффективность терапии.

Материалы и методы. Сформирована группа пациентов с СШТ по архиву ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения» и текущим наблюдениям. В группу вошли 62 пациентки с СШТ: 32 девочки с моносомией Х (48%), 8 – с мозаичным вариантом кариотипа 45,Х/46ХХ (17%), 22 – со структурными аномалиями Х хромосомы (35%). Все девочки получали лечение препаратами ГР в дозе 0,33 мг/кг/сутки непрерывно в течение 1 года и более. Для оценки эффективности применения ГР проанализированы

показатели роста (см, SDS), скорости роста (см/год), динамики SDS роста (ΔSDS), костного возраста, уровень инсулиноподобного фактора роста -1 (ИФР-1) до начала и во время лечения. Оценена их зависимость от варианта кариотипа, возраста начала лечения, длительности применения ГР до старта пубертата. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного пакета SPSS Statistics 22.0 и Microsoft Office Excel 2007. Достоверными считались различия при $p<0,05$.

Результаты. Диагноз СШТ выставлен пациенткам с характерными фенотипическими признаками по результатам кариотипирования в возрасте 6,7±5,07 лет (0,1-17,3). Хронологический возраст на момент начала терапии ГР составлял 9,1±3,5 лет (2,6-15,2), костный возраст 7,5±3,3 года (1,9-12,5). Большинство детей имели значительное отставание в росте (SDS роста -2,87±0,93) и низкую скорость роста (скорость роста 4,7±1,3 см/год). Через 1 год после начала применения ГР возросли показатели скорости роста. У пациенток с моносомией Х скорость роста составила 7,2 [6,0; 9,5] см/год против 4,4 [3,48; 5,27] см/год до лечения ($p<0,001$), с мозаицизмом 6,38 [6,1; 8,56] см/год против 3,95 [2,82; 5,42] см/год ($p=0,004$), структурными аномалиями Х хромосомы 8,15 [7,02; 9,72] см/год против 5,05 [3,9; 6,1] см/год ($p<0,001$). Прибавка SDS роста за 1 год терапии (ΔSDS) составила 0,49±0,3. Максимальные темпы линейного роста на 1-м году применения ГР отмечены у девочек с СШТ, обусловленным структурными аномалиями Х хромосомы (ΔSDS = 0,55 [0,29; 0,72]), более низкие – у пациенток с моносомией Х (ΔSDS = 0,43 [0,23; 0,71]).

Истинное спонтанное половое развития наблюдалось у 10 девочек (средний возраст старта пубертата 11,9±1,46 лет). Средняя длительность терапии гормоном роста до появления признаков полового развития составила 1,2±0,85 лет (0,2-3,14).

Инициация пубертата с использованием препаратов эстрогенов проведена 31 девочке (средний возраст старта стимулированного пубертата 12,9±1,14 лет (10,7-15,3)). Средняя длительность терапии гормоном роста до начала применения эстрогенов составила 2,41±2,22 лет (-0,54-8,6).

Установлены более низкие показатели скорости роста до применения ГР у девочек, получающих заместительную терапию половыми гормонами в сравнении с группой девочек допубертатного возраста (3,72 [3,6; 5,18] см/год против 5,21[4,75; 6,25] см/год ($p=0,008$)). Через год после начала применения ГР скорость роста в группе детей допубертатного возраста осталась достоверно выше (8,25

[7,41; 9,9] см/год против 7,0 [3,6; 5,18] см/год (p=0,034)). Показатели SDS роста и КВ существенно не различались во всех группах.

На момент исследования лечение ГР было завершено у 31 ребенка. Длительность лечения до отмены ГР составила 4,49±2,55 года (1,02-11,87), SDS достигнутого роста -1,8±0,95 (-4,98-0,31), ΔSDS за период лечения 0,94±0,6 (-0,75-2,44). Не установлено достоверных различий SDS достигнутого роста у девочек со стимулированным и спонтанным пубертатом. При проведении корреляционного анализа зависимости эффективности лечения от семейного анамнеза (генетический рост, рост матери) не установлено. Не получено достоверных данных о влиянии исходного уровня ИФР-1 на эффективность терапии ГР.

Для оценки влияния возраста начала применения ГР на эффективность лечения выделены группы пациентов: до 5 лет, с 5 до 13 лет, после 13 лет. Прогрессия костного возраста за 1 год применения гормона роста у детей до 5 лет составила 0,5 [0,5;0,94] лет против 1,25 [0,96; 2,0] лет у детей старше 5 лет (p=0,021) и 1,0 [0,56; 1,74] года у детей старше 13 лет. Это может ухудшить ростовой прогноз при длительной терапии ГР, учитывая более низкие исходные темпы роста у детей с синдромальной низкорослостью в возрасте старше 5 лет.

Выводы. По результатам ретроспективного анализа установлено:

- применение гормона роста для лечения детей с синдромом Шерешевского-Тернера значительно повышает скорость роста и улучшает ростовые показатели;

- максимальные темпы линейного роста на 1-м году применения гормона роста отмечены в группе девочек с синдромом Шерешевского-Тернера, обусловленным структурными аномалиями Х хромосомы;

- важным прогностическим фактором является возраст начала лечения.

ПОРУШЕННЯ КЛАПАННОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ЕНДОКАРДИТАХ У ДІТЕЙ

Порохня Н.Г., Різник А.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра педіатрії 2

Метою дослідження було виявлення наявності мітральної, аортальної регургітацій у групах хворих на гостру ревматичну

лихоманку, хронічну ревматичну хворобу серця, інфекційний ендокардит і при пролапсі мітрального клапана та формування недостатності клапанів.

Матеріали та методи. Було проведено ехокардіографічне дослідження 52 випадків ендокардиту, а саме: інфекційного ендокардиту (ІЕ), гострого ревматичного ендокардиту та хронічної ревматичної хвороби серця (ХРБС) у дітей із формуванням набутої вади серця віком від 1 місяця до 17 років, які перебували на стаціонарному обстеженні та лікуванні у кардіоревматологічному відділенні Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні. Контрольну групу склали 30 здорових дітей відповідного віку.

Клапанна регургітація є частим Ехо-КГ феноменом, але не завжди є специфічною ознакою ревматичного ендокардиту або ІЕ. За даними різних дослідників при ІЕ ураження стулок клапанів спочатку виникає за током крові. Тому при ІЕ мітрального та трикуспідального клапанів вегетації зазвичай локалізуються на передсердних поверхнях, а при ІЕ аортального клапана – на його шлуночковій поверхні, клапана легеневої артерії – з боку вихідного тракта правого шлуночка. При подальшому розповсюдженні процесу вегетації розташовуються на стулках з обох сторін, а також, на хордах. Спостерігається частковий або повний відрив хорд із пролапсом стулок та регургітацією різного ступеня. Зрідка вегетації переходять на кінці папілярних м'язів. Вегетації не завжди локалізуються виключно на клапанах серця, вони можуть також виявлятися на будь-якій ділянці ендокарда.

Результати. При аналізі гемодинаміки мітрального клапана в наших спостереженнях було виявлено, що в групах хворих на гостру ревматичну лихоманку, хронічну ревматичну хворобу серця, при пролапсі мітрального клапана при ДопплерЕхоКГ дослідженні у 100% випадків реєструвалася мітральна регургітація. У хворих на ІЕ мітральна регургітація була зареєстрована у 95% випадків. При цьому в групах хворих на інфекційний ендокардит та гостру ревматичну лихоманку у 50% випадків реєструвалась мітральна регургитація II-III ступеня, трохи більше – у хворих на хронічну ревматичну хворобу серця - 55% випадків.

Висновки. Виявлені особливості утягнення в патологічний процес інших клапанів серця, крім мітрального, у обстеженних хворих показали, що більш значущими для формування комбінованої недостатності декількох клапанів були випадки інфекційного ендокардиту, що розвивались на тлі уроджених вад серця.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ МАКРОСОМИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Прилуцкая В.А., Павловец М.В.
Белорусский государственный медицинский университет
1-я кафедра детских болезней
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Частота неблагоприятных последствий для детей при сахарном диабете (СД) 1 типа у матери остаётся высокой. У таких новорожденных высока частота диабетической фетопатиии, макросомии, гипогликемии.

Цель: установить предикторы формирования макросомии у новорождённых от матерей с СД 1 типа, проанализировать корреляционные связи между соматометрическими показателями детей и стажем СД, антропометрическими параметрами женщин, уровнями гликированного гемоглобина матери во время беременности.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГУ РНПЦ «Мать и дитя» (директор доцент Вильчук К.У.). Данные анамнеза матерей и развития детей получены в результате выкопировки и анализа сведений из медицинской документации: форма 096/у «История родов», форма 113/у «Обменная карта», форма 097/у «История развития новорождённого». Группу наблюдения составили 402 новорождённых от матерей с СД 1 типа, рождённых в роддоме и получивших лечение в перинатальном центре в 2013–2018 гг. 300 детей было доношенными (средний срок гестации – 37,64±0,67 недель), а 102 – недоношенными (34,08±2,35 недель). Среди обследованных было 208 (51,7%) мальчиков и 194 (48,3%) девочки. Средняя масса и длина тела, окружность головы (Огол), окружность груди (Огр) у мальчиков были 3540,03±734,18 г, 51,49±4,07 см, 34,59±1,94 см, 33,73±2,45 см; у девочек – 3451,44±647,42 г, 51,47±3,56 см, 33,99±2,08 см, 33,53±2,25 см соответственно. Средний возраст матерей составил 27,53±4,94 лет, стаж СД – 11,55±6,92 лет, прегравидарная масса тела (МТ) – 63,65±13,03 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 24,02±3,68 кг/м^2, МТ накануне родов – 75,89±11,49 кг, гестационная прибавка массы тела (ГПМТ) – 11,71±4,26 кг, уровни гликированного гемоглобина (HbA1c) в 1-м, 2-м и 3.м триместрах беременности – 7,28±1,74%, 6,54±1,19% и 6,64±1,14% соответственно. Наибольшее количество доношенных младенцев рождены в срок 37 недель (n=166, 55,33±2,87% среди доношенных). Средние масса и длина тела, окружности головы и груди доношенных детей,

рожденных в 37 недель гестации, составили 3661,08±552,68 г, 52,37±2,56 см, 34,63±1,67 см, 34,05±1,71 см; у недоношенных – 2994,31±1006,05 г, 47,58±5,41 см, 32,64±2,79 см, 31,83±3,68 см. Для статистической обработки данных использованы программы «Statistica 10.0» и Microsoft Excel.

Результаты. Установлено, что наибольшее влияние на антропометрические параметры детей оказали прегравидарная масса тела, ИМТ, МТ накануне родов и ГПМТ, а также уровни HbA1c матери во 2-м и 3-м триместрах беременности. Наибольшее количество и сила взаимосвязей выявлено у детей 37 недель гестации. Между стажем СД матери и длиной тела новорожденных установлена достоверная отрицательная корреляционная связь (ДТ мальчиков (r= -0,216) и ДТ новорождённых 37 недель гестации (r= - 0,362)), что свидетельствует о том, что при длительном течении данного заболевания наблюдается тенденция к задержке внутриутробного роста.

На массу тела доношенных младенцев, рожденных в 37 недель гестации, повлияла прегравидарная МТ матери (r = +0,272), МТ накануне родов (r = +0,330), ГПМТ (r = +0,248), стаж СД (r = -0,160), уровень HbA1c во 2-м (r = +0,222) и 3-м (r = +0,383) триместрах беременности; длину тела – прегравидарная МТ матери (r = +0,277), МТ накануне родов (r = +0,283), стаж СД (r = -0,262), уровень HbA1c в 3-м (r = +0,283) триместре; ИМТ – МТ накануне родов (r = +0,227), ГПМТ (r = +0,272), уровень HbA1c в 3-м (r = +0,292) триместре; окружность головы – прегравидарная МТ матери (r = +0,242), МТ накануне родов (r = +0,219), ГПМТ (r = +0,232); окружность груди – прегравидарная МТ матери (r = +0,248), МТ накануне родов (r = +0,274), ГПМТ (r = -0,241), уровень HbA1c в 3-м триместре (r = +0,447).

На массу тела недоношенных детей оказала влияние МТ накануне родов (r = +0,366), ГПМТ (r = +0,387); длину тела – прегравидарная МТ матери (r = +0,241), ИМТ (r = +0,267), МТ накануне родов (r = +0,377), ГПМТ (r = +0,358); ИМТ – МТ накануне родов (r = +0,367), ГПМТ (r = +0,356); окружность головы – прегравидарная МТ матери (r = +0,358), МТ накануне родов (r = +0,385); окружность груди – прегравидарная МТ матери (r = +0,321), МТ накануне родов (r = +0,432), ГПМТ (r = +0,401).

На массу тела мальчиков повлияла прегравидарная МТ матери (r = +0,310), ИМТ (r = +0,275), МТ накануне родов (r = +0,271), ГПМТ (r = +0,220); длину тела – МТ накануне родов (r = +0,183), ГПМТ (r = +0,169), стаж СД (r = -0,216); ИМТ – прегравидарная МТ матери (r =

+0,169), МТ накануне родов (r = +0,230), ГПМТ (r = +0,179), уровень HbA1c в 3-м (r = +0,203) триместре; окружность головы – прегравидарная МТ матери (r = +0,163); окружность груди – МТ накануне родов (r = +0,216), ГПМТ (r = +0,268). На массу тела девочек оказала влияние прегравидарная МТ матери (r = +0,215), МТ накануне родов (r = +0,265); длину тела – прегравидарная МТ матери (r = +0,174), ИМТ (r = +0,183), МТ накануне родов (r = +0,224); ИМТ – прегравидарная МТ матери (r = +0,192), МТ накануне родов (r = +0,222), уровень HbA1c в 3-м (r = +0,365) триместре; окружность головы – стаж СД (r = +0,157); окружность груди – прегравидарная МТ матери (r = +0,198), ИМТ (r = +0,166), МТ накануне родов (r = +0,266), ГПМТ (r = +0,223).

Выводы: К предикторам формирования макросомии у новорожденных от матерей с СД 1 типа следует отнести избыточные прегравидарные ИМТ, МТ и вес накануне родов, избыточное гестационное увеличение веса, а также высокий уровень HbA1c во время беременности, что обосновывает целесообразность информирования женщин о величине рекомендуемых индивидуальных гестационных прибавок веса, регулярного мониторинга беременных с медицинским контролем их антропометрического статуса и компенсации углеводного обмена.

КРУПНОВЕСНЫЕ НОВОРОЖДЕННЫЕ: ПРОГНОЗ И МОНИТОРИНГ РАЗВИТИЯ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И РАННЕМ ДЕТСТВЕ

Прилуцкая В.А., Сукало А.В., Дашкевич Е.И.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
1-я кафедра детских болезней
Минск, Республикка Беларусь

Ведение. Дети с крупной массой тела (МТ) при рождении имеют более высокий риск патологических состояний, связанных с нарушением гормонально-метаболического статуса.

Цель исследования: выявить факторы риска формирования нарушений физического развития (ФР) и/или метаболического дисбаланса у крупновесных при рождении доношенных детей в неонатальном периоде и динамике первых 2-х лет жизни.

Материалы и методы. Обследовано 54 доношенных ребенка с крупной МТ при рождении (МТ 4,29 [4,11; 4,45] кг, длина тела 56,0 [54,0; 56,5] см). Дети разделены на 2 группы: в первую (Гр1) включено 29 младенцев с показателем Z-score ИМТ в 2 года жизни более 1 (Me

2,03 [1,59; 2,83]), в Гр2 − 25 детей с Z-score ИМТ от -1 до +1 (Me 0,76 [0,26; 0,92]). Критерии включения: срок гестации 37–41 неделя; МТ при рождении более 90-й перцентили для пола и срока гестации; информированное согласие родителя ребенка. Критерии исключения: сахарный диабет, гестационный сахарный диабет с инсулинотерапией, другие декомпенсированные эндокринные и соматические заболевания матери, многоплодная беременность, диагностированные множественные врожденные пороки развития или наследственные синдромы у ребенка. Группы были сопоставимы по полу и гестационному возрасту. ИМТ, z-score при рождении, в возрасте 3−7 и 10−20 суток жизни, в 1, 3, 6, 12, 18 и 24 месяцев жизни вычисляли с помощью программы WHO Anthro. Определение концентраций лептина, адипонектина, ИФР-1, грелина, ТТГ, инсулина в сыворотке крови в те же сроки проведено наборами DRG. Учитывались длительность грудного вскармливания, особенности пищевого поведения, количество и структура заболеваний. Группа контроля (ГрК) − 78 здоровых доношенных с МТ при рождении 3,26 [3,15; 3,68] кг. Для статистической обработки данных использованы программы «Statistica 10.0» и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. При анализе анамнеза родителей значимые различия в Гр1 и Гр2 выявлены только у отцов. В Гр1 МТ отцов была больше, чем в Гр2 (p=0,030) и ГрК (p=0,035). Установлено, что у отцов детей Гр1 был более высоким и ИМТ (p=0,009). При рождении и в 1 месяц жизни различий параметров ФР новорожденных двух групп не обнаружено. В 3 месяца у детей Гр1 выявлены более высокие показатели МТ (p=0,07), значений Z-score МТ (p=0,04), ИМТ (p=0,06) и Z-score ИМТ (p=0,04). Младенцы Гр1 продолжали опережать сверстников Гр2 в значениях Z-score МТ (1,53 [0,35; 2,43] и 0,99 [0,52; 1,44]) в 6 месяцев жизни. В возрасте 1 года жизни дети Гр1 характеризовались превышением МТ (p=0,01), Z-score МТ (p=0,002), Z-score ИМТ (p=0,04). Уровень лептина пуповинной крови пациентов Гр1 (25,49 [10,97; 40,00] нг/л) был выше показателей ГрК (5,30 [2,74; 8,02] нг/л, p=0,044) и Гр2 (11,06 [7,10; 13,22] нг/л, p=0,051). Сывороточная концентрация адипонектина в 3 месяца жизни у детей Гр1 была ниже, чем Гр2 (p=0,165) и ГрК (p=0,003). Отмечено более высокое содержание ИФР-1 сыворотки крови в 1 (p=0,042), 3 (p=0,040) и 12 (p=0,049) месяцев жизни у детей Гр1. Уровень лептина сыворотки крови в 2 года был выше в Гр1, чем в Гр2 (p=0,041) и ГрК (p=0,026).

Выводы. В течение двухлетнего интервала крупновесные дети характеризовались высокими темпами прибавок показателей ФР. Разброс значений МТ и длины тела у данной категории младенцев

свидетельствует о гетерогенности группы. Крупновесные дети, у которых развивается избыточная МТ к 2 годам жизни, начинали опережать своих сверстников с возраста 3 месяцев с последующим прогрессирующим превышением параметров ФР. Выявлены антенатальные, неонатальные и младенческие предикторы формирования нарушений ФР и гормонально-метаболического дисбаланса в раннем возрасте у крупновесных младенцев.

АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ.

Рак Л.І.[1], *Штрах К.В.* [1,2]
[1]ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків
[2]Харківський національний університет імені Каразіна, кафедра педіатрії № 2

В останні роки під егідою ВООЗ прийнята стратегія підвищення фізичної активності серед усіх верств населення, яка входить до загальної стратегії профілактики кардіоваскулярних захворювань. Особлива увага повинна приділятись дітям та молоді, бо саме в дитячому віці формується прихильність до фізичної активності, відбувається перше знайомство зі спортом.

Мета дослідження - оцінити адаптаційні можливості дітей та підлітків залежно від їхнього фізичного розвитку та фізичної активності.

Обстежено 235 дітей (99 хлопчиків, 136 дівчат) 10-17 років – школярі м. Харкова. Визначалися їх фізичний розвиток, частота серцевих скорочень, артеріальний тиск (АТ), толерантність до фізичного навантаження (тест Руф'є), розраховувався коефіцієнт витривалості (КВ, за А.Квааса). Фізична активність (ФА) оцінювалась за опитувальником МАОФА. Встановлено, що спортивні секції відвідували 116 дітей (49 %). Лише 1% з цих дітей не відвідував уроки фізичної культури, та 10 % недостатньо гуляли на свіжому повітрі та крокували. З групи фізично активних дітей 2,5 % мали надлишкову вагу тіла, а 8,6 % дітей, навпаки, були астенічної статури. У групі дітей, які не займалися спортом, 4% мали ожиріння, надлишкова вага тіла спостерігалася у 17 %, у 16% маса тіла була зниженою. 18 % дітей цієї групи взагалі не відвідували заняття фізичної культури, а 11% зазначили, що на щоденну ходьбу витрачали не більше 30 хвилин. У 9 % виявлено підвищений АТ, що в кожного третього асоціювався з

надлишковою масою тіла. Знижена толерантність до фізичного навантаження констатована у кожної четвертої дитини і достовірно не відрізнялась залежно від ФА. Водночас добрі результати в групі фізично активних відмічалися у два рази частіше, ніж у фізично неактивних. Незадовільну толерантність до фізичного навантаження демонстрували лише фізично неактивні школярі у 10,3 % випадків. 82,3 % дітей з підвищеним АТ мали низьку фізичну активність, яка в 35,3 % супроводжувалася низькою толерантністю до фізичного навантаження. КВ у 47,2 % дітей, що займалися спортом, свідчив про посилення функціональних можливостей серцево-судинної системи. У цілому КВ залежав як від ФА, так і від статі й віку. КВ в дівчаток 10-14 років у середньому склав 19,9, що достовірно переважало показник у 15-17 років (12,4; $p_u<0,01$). У хлопчиків він збільшувався (з 19,6 до 22,8; $p_\varphi<0,01$). Діти з підвищеним АТ переважно характеризувалися ослабленням КВ. Висновки: Діти з середньою та високою фізичною активністю не мають ожиріння та у них достовірно рідше спостерігається дисгармонійний фізичний розвиток. Підвищення АТ у дітей супроводжується низькою фізичною активністю та збільшенням маси тіла. Фізична активність підвищує коефіцієнт витривалості дітей.

ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ БІЛКОВО-ЕНЕРГЕТИЧНОЇ НЕДОСТНОСТІ У ДІТЕЙ З ПАРАЛІТИЧНИМИ СИНДРОМАМИ

Ріга О.О., Орлова Н.В.
Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології

Актуальність. Білково-енергетична недостатність (БЕН) - одна з найсерйозніших медичних проблем у всьому світі. БЕН часто викликана хронічною тяжкою патологією центральної нервової системи, онкологію, муковісцидозом, бульозним епідермолізом, пролежнями, несвідомим станом, патологією шлунково-кишечного тракту та ін. Для дітей з паралітичними синдромами II-V по градації Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy (GMF), а також аналогічними нейродеструктивними порушеннями оцінка фізичного розвитку є не завжди простим завданням, тому й діагностика БЕН є складною. Найчастіше клініцисти не встановлюють діагнозу БЕН у дітей з паралітичними синдромами.

Мета. Оцінка фізичного розвитку у дітей з паралітичними для визначення ступеню білково-енергетичної недостатності.

Матеріали та методи. Оцінку фізичного розвитку виконували у 30 дітей з паралітичними синдромами згідно з рекомендаціями ВООЗ. Всіх дітей було оцінено за класифікацією GMF.

Результати. Причинами паралітичних синдромів були: дитячий церебральний параліч - 14 дітей (46,6%), вроджені вади ЦНС - 8 дітей (26,6%), множинні вади розвитку - 4 дітей (13,3%), генетичні синдроми - 2 дитини (6,6%), апалічний синдром -1 дитина (3,3%). Серед дітей було 15 хлопчиків (50%) та 15 дівчаток (50%). При співвідношення WHO Z-score маси/зросту у дітей нами було отримано: Z-score ≤- 3 σ у 2 дітей (6,6%), 0 – медіана у 3 дітей (10%). Вага/віку перцентильний коридор: ≤5 у 17 дітей (56,6%), 5-10 у 1 дитини (3,3%), 10-25 у 3 дітей (10%), 25-50 у 2 дітей (6,6%), 50-75 у 5 дітей (16,6%). Зріст/віку перцентильний коридор: ≤5 у 14 дітей (46,6%), 5-10 у 1 дитини (3,3%), 10-25 у 2 дітей (6,6%), 25-50 у 1 дитини (3,3%). Оцінювання індексу маси тіла до віку за центильними коридорами було: <3 у 8 дітей (26,6%), 5-10 у 3 дітей (10%), 10-25 у 2 дітей (6,6%), 25-50 у 1 дитини (3,3%), 50-75 у 2 дітей (6,6%), 90-95 у 1 дитини (3,3%). Завдяки ретельному оцінюванню фізичного розвитку дітей з паралітичними синдромами, нами було діагностовано БЕН у 13 дітей (43,3%): 2-х дітей (15,3%) легкий ступінь БЕН, 3-х дітей (23,0%) – помірний ступень БЕН та у 8 дітей (61,5%) тяжкий ступінь БЕН, що потребувало негайної нутрітивної корекції. Отже серед 13 дітей з БЕН, переважала помірна та тяжка БЕН -11 (84,6%, p=0,0016).

Висновки. 1. Діагностика БЕН у дітей з паралітичними синдромами потребує ретельного визначення фізичного розвитку дитини.

2. У 13 (43,3%) дітей було діагностовано БЕН різного ступеню, переважно помірну та тяжку (84,6%).

3. БЕН потребує призначення клінічного харчування, оскільки ускладнює загальний стан дітей з паралітичними синдромами.

СВОЕЧАСНЄ ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФИЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Різник А.В., Порохня Н.Г.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра педіатрії 2

Мета дослідження: прогнозування розвитку серцево-судинних ускладнень у період загострення бронхіальної астми (БА) в дітей шляхом визначення факторів ризику розвитку дисфункції шлуночків і

розробки додаткових інформативних клініко-ехокардіографічних діагностичних критеріїв правошлуночкової серцевої недостатності (ПШСН).

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 85 хворих на БА дітей віком від 5 до 17 років із застосуванням методів пульсоксиметрії, спірографії, ЕКГ, ДопплерЕхоКГ. Обстеження проводилось у періоді загострення БА при госпіталізації хворого і на 5-6 добу лікування.

Результати. Визначено прогностичні клінічні фактори ризику розвитку систоло-діастолічної дисфункції шлуночків серця у випадку можливого нападу бронхіальної астми, до яких було віднесено: наявність у хворого тяжкої бронхіальної астми (ВШ=9,3; SE= 0,54; 95% ДІ 3,25-26,9); наявність тахікардії у спокої при частоті серцевих скорочень більше за 20% від вікової норми (ВШ=4,71; SE=0,48; 95% ДІ 1,83-12,18); порушення реполяризації в міокарді шлуночків на електрокардіограмі (ВШ=3,9; SE=0,66; 95% ДІ 1,08-14,1); наявність у хворого на астму хронічного тонзиліту (ВШ=2,2; SE=0,53; 95% ДІ 0,79-6,26); бактеріоносійство у носоглотці (ВШ=1,27; SE=0,56; 95% ДІ 0,42-3,83); жіноча стать (ВШ=1,14; SE=0,46; 95% ДІ 0,47-2,82).

Інформативними діагностичними ознаками розвитку правошлуночкової серцевої недостатності в період загострення бронхіальної астми в дітей є сполучення підвищеного середнього тиску в легеневій артерії>25 мм.рт.ст., збільшення ехокардіографічних розмірів порожнини правого передсердя і правого шлуночка серця в діастолу; тахікардія або брадікардія; гіперкінетичний тип гемодинаміки; порушення реполяризації шлуночків на електрокардіограмі.

Висновки. Питання покращення можливостей прогнозування розвитку дисфункції шлуночків серця та своєчасної діагностики серцево-судинних ускладнень в період загострення бронхіальної астми у дітей вирішується шляхом визначення клінічних факторів ризику розвитку дисфункції шлуночків і розробки додаткових інформативних клініко-ехокардіографічних діагностичних критеріїв правошлуночкової серцевої недостатності.

ОЦЕНКА КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ АНДИЖАН РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Садикхужаева М.У., Ганиев А.Г., Каримова Н.Р., Мирзаева З.У.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. Бронхиальная астма (БА), являющаяся одним из самых распространённых хронических заболеваний в детском возрасте, требует дальнейшего изучения в плане исследования предрасполагающих и причинно-значимых факторов, механизмов патогенеза и особенностей клинического течения, совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики. По данным официальной медицинской статистики лёгкие формы бронхиальной астмы у детей составляют 20%, среднетяжёлые - 70% и тяжёлые - 10%, в то время как исследования, проведенные по опроснику программы ISAAK, позволили выявить лёгкое течение бронхиальной астмы у 80,4%, среднетяжёлое – у 15,0% и тяжёлое - у 4,6% детей с данной патологией.

Цель работы. Оценить контроль бронхиальной астмы у пациентов в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы исследования. Для 62 детей амбулаторных пациентов с БА в возрасте от 10 до 17 лет (в среднем 14 лет, 14 % мальчики) и 18 детей от 4 до 9 лет (в среднем 6,5 лет, 68 % мальчики) была заполнена узбекская версия вопросника по контролю симптомов астмы (ACQ-5). Взрослые дети отвечали на вопросы самостоятельно, за детей до 10 лет вопросник заполняли родители. Исследование проводилось в феврале-марте 2017 года.

Результаты исследования. Длительность БА составила от 1 месяца до 17 лет (в среднем 13,4 года). 3 % больных на момент обследования прожеивали в неблогопрятных условиях (дома отапливаются углем и дровами), 1 % пациентов с БА на момент обследования проживали близко к промышленным заводам. Средний балл вопросника ACQ-5 составил 1,77, при этом у детей до 10 лет - 0,87 балла, у детей до 17 лет - 1,86 балла ($p<0.001$). У 52 % пациентов выявлена неконтролируемая астма (ACQ>1,5): у 21 % детей и 55 % лиц старше 10 лет. Полный контроль БА отмечен у 21 % больных, при этом у детей до 10 лет чаще (53 %), чем у детей до 17 лет - 8 %, $p<0.001$). Среди пациентов с полным и частичным контролем у 47 % пациентов была легкая астма, у 48 % - средней тяжести и 5 % составили больные с тяжелым течением БА. Отсутствие контроля

отмечено в 11 % случаев при легкой астме, в 57 % и 32 % при среднетяжелой и тяжелой БА, соответственно. Выявлено ухудшение контроля астмы с увеличением возраста пациентов (r=0.4, p<0.001) и длительности астмы (r=0.2, p<0.001). Контроль БА у детей проживающих в неблагоприятных условиях было хуже (2,40 балла), чем у детей проживающих в удовлетворительных условиях (1,73 балла, p<0.01).

Вывод. Выявлен низкий уровень контроля БА в реальной клинической практике. У детей старшего возраста длительность течения астмы ассоциирована с более низким контролем.

КОМОРБІДНЕ УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ У ДІТЕЙ

Самсоненко С.В.[1], Абатурова Н.І.[2]
[1]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра педіатрії 2
[2]КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»

Мета. Вивчити частоту та клінічні особливості коморбідного ураження нирок при ювенільному ревматоїдному артриті (ЮРА) у дітей.

Матеріали і методи. Проведений пошук літературних джерел, опублікованих у базі даних NSBI PubMed, Medline, eLIBRARY і ін.

Результати. Частота коморбідного ураження нирок у дітей, хворих на ЮРА, представлена в двох дослідженнях і становить від 17% до 28 % випадків (Батян Г.М. с соавт., 1997, Макарова Т.П., 2016). В одному дослідженні констатований розвиток тубулоінтерстіціального нефриту (27,9%), хронічного пієлонефриту (20,9%), вторинного гломерулонефриту (14%), дисметаболічної нефропатії (37,2%) (Макарова Т.П., 2016). В іншому дослідженні крім інтерстиціального нефриту та гломерулонефриту також діагностований амілоїдоз нирок (Батян Г.М. с соавт., 1997). З метою ранньої діагностики ревматоїдного вторинного АА-амілоїдозу рекомендовано визначення концентрації білка попередника амілоїду SAA в крові. За даними Степанової А.А. (2013) підвищення рівня останнього виявлено у 94,8% дітей, хворих на ЮРА. Слід відмітити, що тільки у 48,3% з них виявлена протеїнурія, у такої ж кількості пацієнтів сечовий синдром був відсутній.

Більшість публікацій присвячена описанню поодиноких клінічних випадків гломерулонефриту у дітей, хворих на ЮРА (Belot A. et al, 2012, Matsukura H., 2014, Voyer L.E. 2013). Представлені

окремі випадки розвитку фокально-сегментарного гломерулосклерозу у дітей із тяжким перебігом ЮРА (Gedalia A. и соавт., 2001, Varma S., 2010), нефротичного синдрому (Bandin F., 2008, Ito S., 2010, Ravani P., 2015, Voyer L.E., 2013), вторинного АА-амілоїдозу (Chantaroh S., 2017, Han S.A., 2016, Nowak B., 2009, Sharma A., 2016).)

Між тим, у дорослих хворих на ревматоїдний артрит, серед екстраартикулярних проявів з високою частотою зустрічається ураження нирок (57-73%), яке визначає прогноз захворювання та його результат (Батюшин М.М., Выставкина Е.А., 2016, Tokoroyama T., 2016). Існує декілька механізмів, які можуть пояснити ураження нирок у дітей, хворих на ЮРА - гіперпродукція прозапальних цитокінів при ЮРА, терапія нестероїдними протизапальними препаратами є основними факторами пошкодження клубочків і тубуло-інтерстиціальної тканини нирок.

Висновки. На сьогодні питання, що стосуються частоти та клінічної характеристики коморбідного ураження нирок при ЮРА у дітей залишаються невирішеними. Відсутня інформація щодо ранньої діагностики ураження різних відділів нефрону у дітей, хворих на ЮРА.

ПОПЕРЕДЖУВАНІСТЬ ЗАХВОРЮВАННЬ І ВІДВОРОТНІСТЬ ПРИЧИН СМЕРТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Т.В.Сандуляк
Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра неонатології

Вступ. Попереджуваність втрат здоров’я дитячого населення як ідеологія планування цілей і задач охорони здоров’я активно впроваджується в країнах Європи [1]. Питома вага попереджуваних причин смерті новонароджених і дітей до 4 років є індикатором якості наданої медичної допомоги та рівня втрат дитячого населення внаслідок керованої патології.

ВООЗ рекомендувала створити глобальні та національні заходи для покращення здоров'я дітей з окремими видами патології, враховуючи при цьому, що саме новонароджені діти, та особливо, недоношені з дуже малою масою тіла (ДММТ) та екстремальною малою масою тіла (ЕММТ) при народженні, складають найбільшу групу ризику смертності взагалі та від перинатальних інфекцій зокрема. Спільними зусиллями урядів різних країн, суспільства, громад, медичних закладів і лікарів, нині розробляється "Глобальний

план дій щодо недопущення попереджуваних хвороб і відворотних смертей серед новонароджених" [2,3].

Концепція попереджуваності причин захворювань і летальних закінчень від них у дітей раннього віку базується на переліку станів, від яких діти не повинні вмирати в умовах сучасного розвитку системи охорони здоров'я і надання належної медичної допомоги за відповідними стандартами [4]. В Україні такого переліку ще не створено, але всім відомо, що перинатальні інфекції, здебільшого відносяться до керованих захворювань і потребують державної та регіональної програм профілактики.

В умовах впровадження сучасних перинатальних технологій в регіонах України доступним є створення програми скорочення попереджуваної захворюваності і смертності новонароджених від керованих перинатальних інфекцій – розповсюджених причин захворюваності та смертності, які складають біля 30% всіх захворювань і 15% смертей серед новонароджених.

Стандарти надання якісної медичної допомоги матерям і дітям з перинатальними інфекціями, запропоновані МОЗ України у вигляді протоколів країн з розвинутою медициною [5], ще не використовуються належним чином практикуючими лікарями неонатологами, акушерами гінекологами, сімейними лікарями та ін. суміжними спеціалістами (інфекціоністи, терапевти, урологи, ЛОР), а також вченими та спеціалістами з управління і економіки в охороні здоров'я, епідеміології та статистики, тому досі не розроблені єдині підходи до інтегрованого ведення вагітних з інфекційною патологією та хворих і інфікованих новонароджених дітей. Тим паче в країні не розроблена єдина методика перинатального аудиту попереджуваності конкретних випадків захворювань і летальних закінчень у дітей від внутрішньоутробних інфекцій.

Відповідно вимогам часу в НКП «МПЦ» ХМР розроблені напрямки діяльності по зменшенню смертності новонароджених в регіоні: розроблені та впроваджені критерії оцінки стану здоров'я новонароджених [6] і концепція попереджуваності захворювань і відворотності причин смерті [7]; створена система індикаторів якості медичної допомоги вагітним з перинатальними інфекціями та дітям за нозологіями; впроваджується перинатальний аудит за рекомендаціями ВООЗ [8] і катамнестичне спостереження дітей з ДММТ і ЕММТ, котрі потребують реабілітації наслідків перинатальних інфекцій для зменшення дитячої інвалідності та покращення результатів їх виходжування

Мета дослідження – дослідити попереджуваність захворювання і відворотність причини смерті новонароджених з внутрішньоутробною інфекцією (ВУІ) в умовах регіоналізації та впровадження сучасних перинатальних технологій надання медичної допомоги матерям і дітям.

Матеріали і методи Для складання експертних висновків про попереджуваність захворювання і відворотність причини смерті у кожної хворої дитини з ВУІ впроваджено та виконано:

1. Рецензію медичної документації на відповідність і достовірність інформації для проведення перинатального аудиту [9] причини та наслідків ВУІ у дитини;

2. Оцінку стану здоров'я дитини [6], включаючи її вроджену імунну резистентність і реактивність [10];

3. Аудит якості медичної допомоги матері і новонародженому на етапах її надання [8,9,10 11];

4. Оцінку придатності заключного клінічного та патологоанатомічного діагнозів для співставлення і формулювання експертного висновку (при розходженні діагнозів) про основне захворювання та визначення причини смерті (саме захворювання або його ускладнення) [7,8,10,11];

5. Експертне вивчення попереджуваності основного захворювання та відворотності причин смерті хворої дитини [4,7, 9 11] з аналізом керованих чинників захворювання та впливу проведеної терапії на упередження летальних ускладнень у немовляти [4,7,8,11].

До початку дослідження, починаючи з 2007 року, в закладі впроваджені перинатальні технології, що призвели до скорочення неонатальной смертності:

1.Допологова підготовка та лікування вагітних групи високого ризику у відділеннях патології вагітних ранніх та пізніх термінів МПЦ за протоколами діагностики і лікування бактеріурії, інфекції сечостатевих шляхів, істміко-цервікальної недостатності, гострих респіраторних вірусних та бактеріальних інфекцій, гострого та загострення хронічного пієлонефриту, TORCH –інфекцій.

2.Динамічна цервіко-, плаценто- та фетометрія з оцінкою плацентарного, пуповинного та органного кровотоку за протоколом Фонду медицини плода; при виявленні СЗРП – генетичне обстеження матері і дитини.

3. Народження кесарським розтином за станом плода.

4.Стандарти та нові протоколи надання медичної допомоги новонародженим з ВУІ.

5. Моніторинг патогенної та умовно патогенної флори матері родового каналу матері, плаценти, оболонок, а також шлунку, трахеї та місць уражень у дитини і контроль флори середовища відділень для новонароджених.

6. «Фізіологічні методи» виходжування хворих і недоношених дітей підготовленим середнім персоналом,бригадою лікарів неонатологів, суміжними спеціалісти та ургентними консультантами.

7. Відхід від агресивних реанімаційних заходів та інтенсивної терапії, тригерні методики ШВЛ і ВЧО, протишокова інфузійна терапія та парентеральне харчування, подолання поліпрагмазії, ранній початок годування материнським молоком і контроль толерантності харчування, включаючи доплерометрію мезентеріального кровотоку, впровадження інфекційного контролю з постійним моніторингом патогенної флори, використання цілеспрямованої АБТ та ін.

8. Залучення батьків для виходжування хворих дітей у всіх відділеннях.

Планову, невідкладну та ургентну медичну допомогу матерям і новонародженим надавали у відділенні екстрагенітальної патології для вагітних, відділенні ранніх термінів вагітності та медицини плоду, двох акушерських відділеннях з палатою інтенсивного догляду новонароджених, відділеннях інтенсивної терапії для недоношених і регіональному відділенні інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН), а також у відділенні виходжування недоношених дітей та кабінеті катамнестичного спостереження.

Оцінку якості медичної допомоги новонародженим у ХМПЦ проводили шляхом щоденного моніторингу виконання прийнятих в закладі клінічних протоколів і стандартів ведення вагітних, роділь і хворих новонароджених, щомісячного рецензування первинної медичної документації хворих та померлих дітей з розглядом результатів перинатального аудиту на засіданнях КЕК і клініко-анатомічних конференцій. Оформлені експертні висновки про попереджуваність причини смерті та відворотність летального закінчення в кожному випадку неонатальної смерті надані в ДОЗ Харківської міської ради.

Результати та їх обговорення.

Поняття «Preventable Deaths», «Avoidable mortality», російською мовою «пердотвратимая смерть» (возможность предотвращения) та «предотвратимая смертность», при перекладі українською нерідко трактують неоднозначно.

Попереджувати (звідки «попереджуваність») можна події, явища, причини. Смертність новонароджених дітей, як явище в

природі, має свої причини, котрі формулюються нозологічними формами захворювань за МКХ – Х перегляду з кодуванням 2016 року[12]. В свою чергу кожне захворювання як *явище* має свої конкретні етіологічні причини та фактори ризику, які можна або неможливо попередити чи уникнути засобами медико-соціального впливу.

ВУЇ виникають внаслідок взаємодії попереджуваних етіологічних причин та інших чинників (генетичної схильності, спадковості, несприятливого впливу середовища, стресових станів, гіпоксії, травм, вроджених та спадкових захворювань з імунодефіцитом або дисфункцією імунної системи, ЗВУР.) з утворенням зворотних (виліковних) або незворотних (невиліковних) уражень, що призводять до смерті чи інвалідності.

Смерть або летальне закінчення захворювання чи поєднаних захворювань і патологічних станів – це *наслідок* події або явища. Несприятливий наслідок захворювання – це результат дії або взаємодії причин з настанням виліковного (курабельного) або некурабельного ускладнення захворювання та смерті. Наслідки є відворотними або невідворотними сучасними засобами медичної та соціальної допомоги. Таким чином, визначена патологоанатомом причина смерті може виступати як *основне захворювання* (явище, подія) зі своїми попереджуваними етіологічними причинами і факторами ризику, так і як *ускладнення основного захворювання* (наслідок) зі зворотними виліковними або незворотними некурабельними ураженнями, котрі визначають відворотність чи невідворотність наслідків певних подій, тобто летальних закінчень захворювань

Попереджуваність захворювання та відворотність причини смерті в кожному окремому випадку визначається експертним шляхом після проведення процедури експертної оцінки причин захворювання, його ускладнень та впливу якості медичної допомоги на відворотність (можливість уникнення) летального закінчення хвороби або їх поєднань.

Європейська класифікація попереджуваних причин захворювання і смерті [4] заснована на різних рівнях профілактики, об’єднаних в 3 групи (див.табл.1):

Таблиця 1.

Європейська класифікація попереджуваних втрат дитячого населення

Група	Рівень профілактики	Характеристика попереджуваних причин смерті населення
перша	Первинна профілактика	Причини випадків смерті, які можна попередити шляхом зменшення ризиків виникнення захворювань
друга	Вторинна профілактика	Причини випадків смерті, які можливо попередити своєчасним виявленням або ранньою діагностикою захворювань
третя	Третинна профілактика	Причини та їх наслідки, які можна попередити адекватним лікуванням і організацією якісної медичної допомоги хворим

На її основі попереджуваність ВУІ та смерті від них можна поділити на групи:

- до 1-ої відносяться причини смерті, котрі можливо попередити засобами первинної профілактики самого захворювання:стратифікація ризику ВУІ та впливом на ризики виникнення захворювань у матері-плода і новонародженого, включаючи створення сприятливих умов та безпечного для потомства способу життя сім'ї дитини засобами медико-соціальної профілактики;

- до 2-ої групи відносяться причини, котрі можна подолати вторинною профілактикою, тобто своєчасною діагностикою (належна діагностика) та лікуванням захворювань у матерів (належна клінічна практика), що призводять до внутрішньоутробного інфікування плоду та перинатальних інфекцій у новонародженого. Це дозволить попередити народження хворих дітей та утворення незворотних поліорганних уражень ВУІ ще до народження дитини, а також не допустити виникнення у матері і плода інших поєднаних захворювань і несприятливих станів, пов'язаних з наданням медичної допомоги та уникнути ятрогенії;

- до 3-ої групи відносяться причини смерті немовлят з ВУІ, котрі залежать від доступності та якості наданої медичної допомоги новонародженим – належна діагностика та належна клінічна практика за сучасними настановами і стандартами, заснованими на доказовій медицині та безпеці пацієнта.

Щоб уникнути суб'єктивізму, ключем до об'єктивної оцінки попереджуваності причин захворювань і смерті та аудиту відворотності летальних закінчень у новонароджених від ВУІ, використана нова парадигма медицини, запропонована L. Hood & D. Galas у 2008 році у доповіді для Комп'ютерної дослідницької асоціації США «P4 Medicine: Personalized, Predictive, Preventive, Participatory». Такий *персоналізований(P_1)* або індивідуальний підхід дозволив класифікувати фактори ризику ВУІ при їх стратифікації у кожної пари «мати-дитина» та оцінити прогноз, *предикацію(P_2)* впливу інфекційної патології матері на виникнення захворювання плода-новонародженого. *Превенція (P_3)* або профілактика ВУІ у дитини шляхом лікування патології матері та своєчасна діагностика та лікування захворювання у новонародженого, дозволила вирізнити тактику ведення вагітних і роділь та новонароджених при оцінці якості наданої медичної допомоги з метою попередження несприятливих наслідків патології. Всі зазначені P_1,P_2 та P_3 співпадають з групами Європейської класифікації попереджуваності втрат дитячого населення, адаптованої до потреб перинатальної патології – ВУІ.

Окремо вивчали *партисипативність* (P_4) або партнерсвто (participatory – учасник, співучасть) – особиста усвідомлена активна участь батьків дитини та ефективність залучення різних спеціалістів у процес збереження здоров'я і лікування інфекційних хвороб у матері і немовляти, що полегшує оцінку впливу недоліків медичної та соціальної допомоги на етапах надання їх вагітним, роділлям і новонародженим.

Проведено суцільне повздовжнє клініко-епідеміологічне спостереження з вивченням факторів і станів ризику та причин захворюваності і летальності передчасно народжених дітей з ВУІ за 2014-2017 роки. Всі немовлята мали ЕММТ і ДММТ при народженні та гестаційний вік від 26 до 36 тижнів і перебували під наглядом до 42 тижнів постконцепційного віку. Основна (I гр.) – 183 дітей з ВУІ, контрольну (II гр.) групу склали 90 дітей, підібраних за принципом «копія-пара» без ВУІ. До I гр. увійшли 88 дітей з ЕММТ, і 95 – ДММТ. У контрольній було 40 немовлят з ЕММТ і 50 дітей з ДММТ.

Доля передчасних пологів прийнятих в МПЦ від їх загальної кількості у місті Харкові за роки спостереження (решта недоношених народились в ін. ПЦ) вказує на високу доступність та ефективну регіоналізацію перинатальної допомоги (див рис.1)

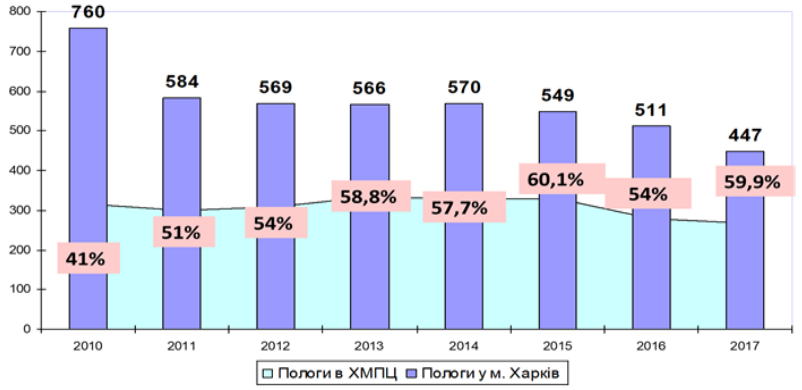


Рис.1 Питома вага передчасних пологів від їх загальної кількості в місті

Доля недоношених дітей з ЕММТ після регіоналізації перинатальної допомоги в місті виросла в 10 разів та разом з дітьми з ДММТ становила 50% від всіх передчасно народжених немовлят, що перебували на лікуванні в МПЦ (див. рис.2).



Рис.2. Доля передчасно народжених дітей з екстремальною малою та дуже малою масою тіла серед всіх недоношених що лікувались в закладі.

Виживаність передчасно народжених дітей в ВІТН МПЦ сягає відповідних показників країн з розвиненою медициною (див. рис.3).

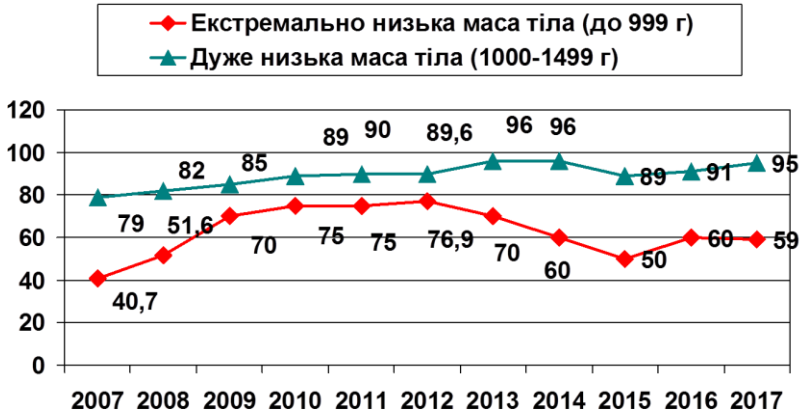


Рис.3 Виживаність недоношених дітей до 28 днів у ВІТН МПЦ

Відсоток померлих дітей у віці до 168 годин життя за період спостереження склав серед немовлят з ЕММТ – 7,1%, серед недоношених з ДММТ – 1,3%, а у віці до 28 днів – збільшився до 41% та 5%, що потребувало вивчення впливу якості наданої перинатальної допомоги на летальність.

Структура захворювань передчасно народжених дітей та доля ВУІ серед патології недоношених (виділено штриховкою) показана на рис.4.

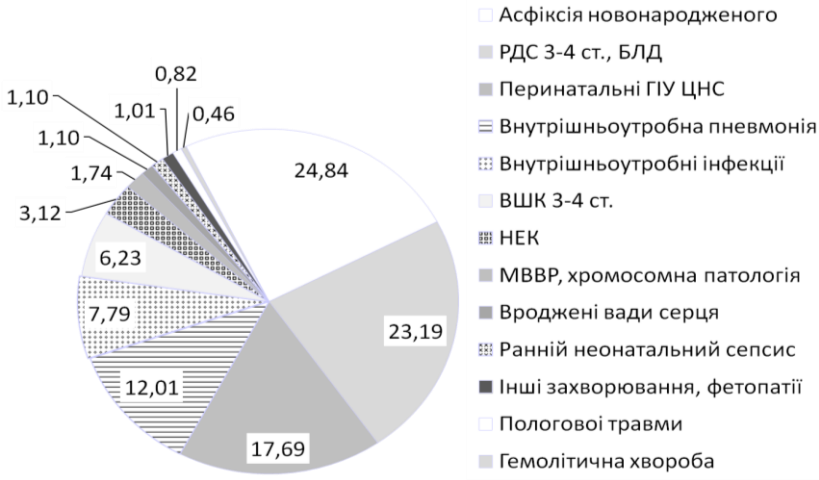


Рис. 4. Структура захворювань і доля ВУІ серед недоношених

Так, внутрішньоутробна пневмонія склала 12,01%, внутрішньоутробні інфекції – 7,79%, НЕК – 3,12% та ранній неонатальний сепсис –1,01% або разом всі діти – 23,93%, незважаючи на широке використання антибактеріальної терапії хоріонамніоніту, пієлонефриту, бактеріальних ОРЗ та ін. інфекцій у вагітних та роділь. Захворюваність ВУІ серед недоношених склала 26,7‰, а розповсюдженість перинатальних інфекцій при реєстрації основного та супутніх захворювань, сягала 43‰ , що вище, ніж у передчасно народжених дітей в країнах Європи.

Структуру летальності передчасно народжених дітей за 2014-2017 роки та долю ВУІ серед померлих (показано штриховкою) див. рис. 5.

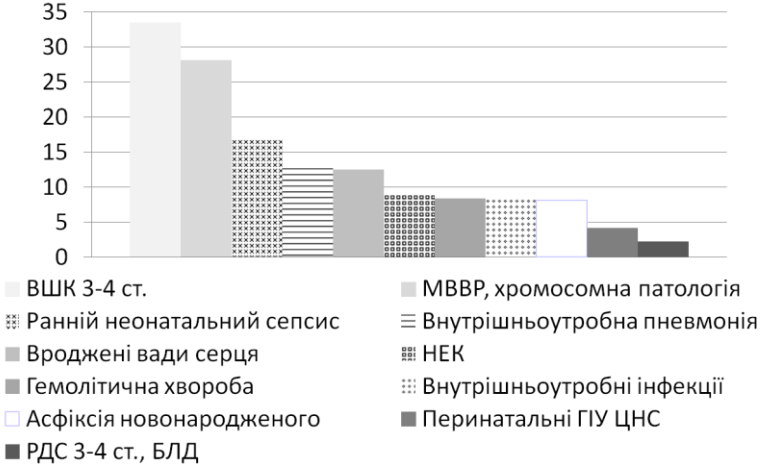


Рис.5. Структура летальності недоношених дітей та доля ВУІ серед померлих

Летальність від окремих захворювань – раннього неонатального сепсису (15,2%), внутрішньоутробної пневмонії (10,25%), НЕК(9,1%) та інших ВУІ (8%) не перевищувала аналогічні показники ПЦ України, але вища за такі ж показники летальності від вродженої пневмонії та ін. ВУІ та склала 42,55% від ін. патологічних станів у недоношених немовлят, що також більше, ніж в країнах з розвиненою медициною.

Структура ВУІ серед 88 недоношених з ЕММТ та перинатальними інфекціями була такою: внутрішньоутробна пневмонія – 51(58%), інфекції специфічні для перинатального періоду – 32(36,4%), НЕК – 12(13,6%), ранній неонатальний сепсис – 5(5,7%), а

захворюваність ВУІ склала 567,8 на 1000 дітей цієї когорти, що є високим показником для країн Європи.

Структура ВУІ серед 95 немовлят з ДММТ та перинатальними інфекціями була такою: внутрішньоутробна пневмонія – 60(63,2%), інфекції специфічні для перинатального періоду – 28(29,5%), ранній неонатальний сепсис – 4(4,2%), НЕК – 3(3,2%), а захворюваність склала 405,9 на 1000 дітей даної когорти, що також є високим показником і вказую на резерви покращення якості надання перинатальної допомоги в регіоні

Аналіз якості медичної допомоги проводили за протоколами ведення вагітності і пологів високого перинатального ризику, а також виходжування та лікування новонароджених з оцінкою індикаторів якості, прийнятими в Україні

При дослідженні попереджуваності причин смерті користувались найбільш вживаною в Європі Aberdeen-класифікацією, за якою кожний випадок смерті в перинатальному та неонатальному періоді розглядається у відповідності до чинників та причин, які ініціювали ланцюг взаємопов'язаних подій, що призвели до летального закінчення. Після структурування стану здоров’я немовляти і оцінки впливу якості медичної допомоги, наданої йому у відповідних вікових періодах розвитку для уникнення захворювання і попередження формування летального закінчення, стає можливим вирізнити захворювання у дитини як попереджуване за першою або відворотне за другою і третьою групами причин смерті Європейської класифікації

Таким чином, причиною смерті новонародженої дитини з ВУІ можуть бути тільки основні захворювання або їх летальні ускладнення, а для дітей з гестаційною незрілістю та (або) патологічною затримкою розвитку і становлення функцій органів і систем, ще й поєднання основних і супутніх захворювань і фонових станів. Виявлені нозологічні причини смерті за етіологією розподіляють на попереджувані, умовно попереджувані та непопереджувані, а за результатами аудиту якості наданої медичної та соціальної допомоги для уникнення летального закінчення або інвалідності – на відворотні чи невідворотні. Кожен випадок смерті може мати один з варіантів попереджуваності та відворотності з чотирьох приведених у табл.2.

Таблиця 2

Розподіл передчасно народжених дітей з ЕММТ і ДММТ та ВУІ за попереджуваністю та відворотністю причин смерті за 2014-2017 роки

Захворювання	Причина смерті	Діагноз патології за МКХ-10	Виліковність
Непопереджуване у 11 (6,0%)	Невідворотна	Поєднання ВВР та ВУІ або незворотні ПОН внаслідок ВУІ несумісні з життям	Некурабельна
Непопереджуване у 17 (9,3%)	Відворотна	ВУІ в поєднанні з вродженими аномаліями та порушенням обміну речовин, крайньою незрілістю немовляти	Частково курабельна
Попереджуване у 23 (12,6%)	Невідворотне летальне закінчення	ВУІ ускладнена шоком, ПОН, ССЗВ, ДВЗ-синдромом, органними ураженнями	Частково корабельна за «правилом золотого часу»
Попереджуване у 132 (72,1%)	Відворотна	Розповсюджені перинатальні інфекції	Курабельна

Попереджуваність причин захворювання і відворотність смерті у дітей з ДММТ та ЕММТ і ВУІ при народженні, та ВУІ в поєднанні з іншою патологією, котра вимагала врахування причинно-наслідкових зв'язків з проведеною або не проведеною терапією, вивчена в порівнюваних групах за рівнем їх профілактики з оцінкою впливу якості перинатальної медичної допомоги. Ефективність наданої медичної допомоги в антенатальному, інтранатальному та неонатальному періоді порівнювали в основній та контрольній групах з порівнянням у скільки разів частіше переважали неналежні діагностика та лікування та ін. недоліки серед хворих немовлят з ВУІ при (DI = 95%, $p \leq 0,05$) Результати досліджена показані у табл.3.

Таблиця 3

Рівні профілактики ВУІ за Європейською класифікацією попереджуваності причин захворювань і смерті

Причини захворювання та виявлені недоліки надання медичної допомоги вагітним, роділлям і новонародженим	% в парах «мати-дитина»		раз
	I гр.	II гр.	
Первинна профілактика ВУІ та поєднаної патології – догравідна підготовка та зменшення ризику виникнення патологічних станів і хвороб під час вагітності	93	15	6,2
Вторинна профілактика – діагностика та лікування патології матері під час вагітності і станів ризику розвитку ВУІ у дитини	68	12	5,6
Недоліки діагностики і профілактики вроджених вад і аномалій розвитку, важких органних уражень (відсутність щеплення проти краснухи, ВПЛ, пневмокока, пізнє профілактичне лікування сифілісу, ВІЛ); неналежна пренатальна діагностика та елімінація летальних ВВР до 20 тижнів вагітності.	21,6	2,3	9,4
Несвоєчасна діагностика та лікування істміко-цервікальної недостатності, полігідрамніону	46,4	9,4	4,9
Пізня діагностика та недостатня етіотропна терапія ТОРЧ інфекцій, асимптомної бактеріурії, ВАІ та хоріонамніоніту	39,2	1,5	6,8
Діагностика та лікування соматичної патології у жінок дітородного віку і вагітних (АГ, ЦД, гіпотиреоз, ГРЗ, ГРВІ, пієлонефриту, та ін. інфекцій)	23,1	2,8	8,3
Профілактика госпітальних інфекцій, впливу медикаментів, травматизму, та інших уражень зумовлених перебуванням в ЛПЗ	9,2	2,5	3,7
Раннє виявлення та лікування станів ризику і поєднаної патології новонароджених з ураженням імунної резистентності на початкових) фазах захворювання.	12	3	4
Адаптація функції дихання, діагностика та замісна терапія РДС; неінвазивні тригерні методики ШВЛ та ін.	29,2	14,2	2,1

Адаптація гемодинаміки, діагностика та лікування ЛГ, ВАП, артеріальної гіпотензії, гіпоглікемії, запобігання охолодження, перегрівання, зневоднення.	28,3	12,8	2,2
Діагностика та лікування геморагічних розладів; ГХН і патологічної жовтяниці	29,2	6,0	4,9
Діагностика та лікування поєднаних вітальних (курабельних) ВВР і аномалій розвитку, вроджених захворювань обміну речовин	22,2	9,2	2,4
Адекватне парентеральне і толерантне ентеральне харчування та грудне вигодування.	20,6	5,0	4,1
Попередження госпітальних інфекцій, ятрогеній, ін. захворювань, зумовлених наданням медичної допомоги S 00-S 09, T 00-T 98	9,6	2,4	4
Третинна профілактика:			
Неналежна перинатальна діагностика та лікування вірусних, бактеріальних і ТОРЧ-інфекцій	10,7	0	10,7
Не своєчасна діагностика та лікування РНС, ССЗВ, пневмонії, менінгіту, некротичних інфекцій у плода-новонародженого, загрози та наявного НЕК	8,2	0	8,2
Токсико-септичний шок, септицемія, менінгіт, пневмонія, гепатит	38,4	0	38,4
Лістериоз, токсоплазмоз, генералізовані ВПГ,ЦМВ, ЕБВ, гепатит С	10,7	0	10,7
Неналежна діагностика та лікування важкої патології у новонародженого, асоційованої з високим ризиком смертності та інвалідності з-за шоку, метаболічного ацидозу, ПОН, ССЗВ, ДВЗ-синдрому з внутрішньочерепними крововиливами та ВШК, некротизуючого ентероколіту	9,5	1,4	6,8
Важка асфіксія при народжені, гострий набряк головного мозку	33,8	12,4	2,7
ВШК III-IV ст., субарахноїдальні та інтрацеребральні гематоми	29,2	4,5	6,5
Внутрішньочерепні та спінальні пологові травми з субдуральними крововиливами	22,6	3,8	5,9

Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія III ст., ПВІ II-III, ПВЛ	17,9	3,4	5,3
Прогресуючий та перфоративний НЕК, перитоніт, кишкова непрохідність на тлі важкої асфіксії	12,3	2,2	5,6
ВВС і КМП з кардіогенним шоком, легеневою гіпертензією, ССН 2Б-3ст.	6,2	2,2	2,8
Вроджена патологія нирок з ГНН	5,6	2	2,5
БЛД III-IV ст.	5,3	2	2,7

Висновки

1. Регіоналізація перинатальної допомоги та впровадження сучасних високовартісних перинатальних технологій та доказової медицини призвело до скорочення ранньої неонатальної смертності недоношених дітей та формування «природної структури» летальності, але не зменшило захворюваність недоношених дітей внутрішньоутробними інфекціями.

2. Висока виживаність дітей з ЕММТ і ДММТ автоматично не покращила їх стан здоров'я, третина з низ померли до 1 року від важких некурабельних захворювань після тривалого 2-8 місяців стаціонарного лікування.

3. Доля керованої патології – ВУІ специфічних для перинатального періоду, ВУ пневмонії, РНС сягає біля половини захворювань у дітей з ЕММТ і ДММТ.

4. Серед відворотних причин смерті новонароджених з ЕММТ і ДММТ більше третини складають ВУІ.

5. Лікування вагітних, в тому числі і етіотропна терапія за характером виділених збудників інфекцій у матері, не дозволяє уникнути шоку та ПОН у третини дітей з ЕММТ і ДММТ при народженні.

6. Біля третини вагітних з внутрішньоутробною амніальною інфекцією отримували неадекватне лікування до госпіталізації в МПЦ, що призвело до ЗВУР та інших органних уражень, важкої асфіксії, геморагічних розладів, ВШК

7. Подальше вдосконалення перинатальної допомоги потребує впровадження первинної профілактики ВУІ – догравідної підготовки та зменшення ризику виникнення патологічних станів і ВУІ під час вагітності, запровадження персоніфікованої медицини дівчат-підлітків та жінок репродуктивного віку з хронічними інфекціями.

8. Удосконалення допомоги вагітним з ВАІ та діагностики і лікування трансплацентарної інфекції можливе на беззаперечному виконанні протоколів належної лабораторної діагностики та належної клінічної практики перинатальних інфекцій.

Список літератури

1. Reaching the every newborn national 2020 milestones: country progress, plans and moving forward (Достижения по каждой из национальных задач в области здоровья новорожденных 2020: прогресс по странам и планы на будущее) /Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health World Health Organization //An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health Website: www.who.int/maternal_child_adolescent.

2. Maternal, newborn, child and adolescent health. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & trends in child mortality. New York: UNICEF, 2013 Contract No.: 15 November 2013. (available from: http://www.childmortality.org).

3. Every newborn: An action plan to end preventable deaths. World Health Organization 2014. WHO | Every Newborn: an action plan to end preventable deaths

4. Nolte E., Mc.Kee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. / BMJ.- 2003. Nov 15; 327 (7424):1129.

5. Наказ МОЗ № 1422 з переліком затверджених джерел міжнародних протоколів від 29.12.2016 р. № 1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 28 вересня 2012 року № 751»

6. Сандуляк Т.В.Методика визначення стану здоров'я новонароджених.// Здобутки клінічної і експериментальної медицини. Науково-практ.журн.-№2 (21).-2014.-С.212-216

7.Сандуляк Т.В. Вивчення попереджуваності захворювань і відворотності причин смерті новонароджених. //Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015.–№4.–С.12-18.

8.Важен каждый ребенок: аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смертности. / Основные положения Руководства Всемирной организации здравоохранения по проведению аудита ВОЗ.– 2016.–. www.mcsprogam.org

9. Перинатальный аудит. Современна методология: методические рекомендации /О.С.Филиппов, Н. В. Башмакова, Г.Б.Мальгина, Н. Б. Давыденко, А. М. Литвинова. – М.– 2014. – 60 с.

10.Сандуляк Т. В. Критерії та алгоритм оцінки імунобіологічної реактивності новонароджених //Перинатологія та педіатрія – 2015.– №4. – С.101-107

11.Tang K.K., Chin J.T., Rao D.S. Avoidable mortality risks and measurement of wellbeing and inequality./J. Health Econ, 2008, 27(3): 624-641.

12. Применение ВОЗ Международной классификации болезней (МКБ-10) к случаям смерти в перинатальном периоде (МКБ-ПС) [The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM] ISBN 978-92-4-454975-9 Всемирная организация здравоохранения, 2016. – 71с.

ПОПЕРЕДЖУВАНІСТЬ ЗАХВОРЮВАННЬ І ВІДВОРОТНІСТЬ ПРИЧИН СМЕРТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Т.В.Сандуляк
Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра неонатології

Резюме. Проведено дослідження попереджуваності захворювань і відворотності причин смерті новонароджених з внутрішньоутробними інфекціями в умовах регіоналізації допомоги та впровадження сучасних перинатальних технологій надання медичної допомоги матерям і дітям.

Ключові слова: новонароджені; недоношені з дуже малою та екстремальною малою масою тіла; внутрішньоутробні інфекції; попереджуваність захворювання; відворотність причини смерті.

РЕЗЕРВИ ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ У ХАРКІВСЬКОМУ РАЙОНІ ПІСЛЯ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Сандуляк Т.В.[1], Асмолова А.В[2]., Лиманська Л.І.[2], Біленька Н.В.[2]
[1] Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра неонатології
[2]Мереф'янська ЦРЛ

Вступ. У світі показник смертності немовлят вважається загальновизнаним індикатором здоров'я нації, рівня освіти і культури, добробуту та розподілу соціальних і матеріальних благ у суспільстві, а перинатальна смертність (ПС) та структура захворюваності новонароджених віддзеркалюють ефективність профілактики, рівень доступності та якості медичної допомоги матерям і дітям. В Європі смертність дітей також розглядають і як ступінь цивілізаційного

розвитку суспільства і турботи громади про здоров'я сім'ї та потомства.

Демографічна ситуація в Харківському районі Харківської області залишається несприятливою з-за подальшого падіння народжуваності при високому рівні загальної смертності населення. При цьому в районі, вже багато років ПС і захворюваність новонароджених, як і в розвинутих країнах, визначають вирішальну роль у формуванні рівня смертності дітей до 1-го року та інвалідності з дитинства та не мають тенденції до зниження навіть після запровадження регіоналізації перинатальної допомоги і сучасних перинатальних технологій.

Незважаючи на те що смертність дітей в Харківському районі за останнє десятиліття досягла низького рівня, і вже мало впливає на середню тривалість життя населення, структура ПС та захворюваності новонароджених все ще відрізняється від аналогічних показників країн з розвиненою медициною та потребує пошуку резервів покращення медико-соціальної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним і новонародженим.

Мета роботи – здійснити порівняльний аналіз динаміки захворюваності та смертності новонароджених і долі перинатальних причин у смертності дітей до 1 року в районі після впровадження регіоналізації перинатальної допомоги, показати відмінності показників порівняно з розвинутими країнами Європи, визначити напрямки подальшої оптимізації перинатальної допомоги у відповідності з Національним планом дій «Кожна мати – кожен новонароджений» [1] та окреслити індикатори соціально-економічного благополуччя сімей з дітьми, включених ООН у головні цілі розвитку тисячоліття та рекомендованих ВООЗ у новий програмі Європейської політики охорони здоров'я – «Здоров'я – 2020» [2].

Матеріали та методи дослідження Ретроспективно, при взятті вагітних на облік, вивчені індекс здоров'я жінок репродуктивного віку та проведено проспективне спостереження з оцінкою якості роботи ЦРЛ Харківського району з надання медичної допомоги вагітним, роділлям і новонародженим в порівнянні за 2010-2012 і 2016-2018 роки, до та після впровадження в області регіоналізації перинатальної допомоги – відкриття у 2012 р. в м. Харкові двох обласних та міського перинатальних центрів (ПЦ), що надають висококваліфіковану високоспеціалізовану медичну допомогу вагітним та роділлям з соматичною патологією та ускладненнями вагітності, а також допомогу новонародженим з евакуацією хворих до обласної дитячої клінічної лікарні №1 (ОДКЛ №1).

Для аналізу використані річні звіти (форма №21) з розрахунком показників захворюваності новонароджених, ПС і смертності новонароджених і дітей до 1 року, включаючи тих, що народились в ПЦ або переведені до ОДКЛ №1. Також вивчені антенатальні, інтранатальні і постнатальні фактори, які впливають на смертність немовлят: кількість новонароджених від здорових та хворих матерів, їх розподіл за масою тіла при народженні, структурою захворювань у матерів та вплив патології вагітних на стан здоров'я матері в пологах і дитини до 1 року. Проведено поіменний експертний аналіз попереджуваності смертності дітей до 1 року в парах «мати-дитина» [3] за статтю, місцем проживання, віком, масою тіла при народженні, структурою захворювань матерів і дітей. Статистичну обробку результатів виконали програмою Statistica 6.0. Excel для Windows XP Professional.

Результати дослідження та їх обговорення Харківський район розташований навколо м. Харкова в радіусі до 60 км, аграрно-промисловий. На 1.01.2019 р населення району становило 177201 чоловік, половина яких зайняті в сфері обслуговування, промисловості та сільському господарстві, достатньо заможне та має найкращу доступність медичної допомоги в області.

За роки спостереження кількість зайнятого населення скоротилося на 1/3, понизився соціально-економічний статус сімей з дітьми, зменшилася кількість сімей, що мають дві і більше дитини, збільшилася кількість первородящих у віці 14-18 років і жінок старше 30 років, що мали вагітності, але народжували вперше. Щорічно збільшувалось число жінок з неповних або неблагополучних сімей у віці понад 30 років які народжували 2-4 дитину, але не перебували під медичним наглядом та нехтували рекомендаціями лікарів щодо необхідності обстеження і лікування.

Жіноче населення в районі збільшилася з 51% до 56%, а кількість жінок дітородного віку зменшилася і становить 40212. Також істотно скоротилася чисельність дівчаток-підлітків до 23904 осіб. При цьому індекс здоров'я жінок дітородного віку і дівчаток-підлітків за три роки залишався низьким, відповідно 25117 (62,5%) і 10060 (42,1%), а захворюваність соматичною патологією, яка ускладнює перебіг вагітності і пологів не тільки залишилась високою, але навіть зросла. Стало більше дівчаток-підлітків і жінок дітородного віку з хронічним пієлонефритом, ендокринною патологією (захворювання щитовидної залози, цукровий діабет), анемією, вродженою дисплазією сполучної тканини та ін.

Показники малюкової в районі за останні три роки не перевищують обласні, а ПС – не має тенденції до зниження. Незважаючи на впровадження регіоналізації перинатальної допомоги, виявлення і госпіталізацію жінок високого ризику перинатальної патології в ПЦ, зросла кількість жінок соціально мало забезпечених, які відмовляються від медичного супроводу, обстеження і спостереження в жіночій консультації. Не зменшується частка жінок з неконтрольованою репродуктивною поведінкою, зв'язаною з високим ризиком для потомства (вживання алкоголю, паління, інфікування сечостатевими та TORCH-інфекціями під час вагітності, відсутність вакцинації проти папілома-вірусної інфекції і краснухи, невиконання рекомендацій лікарів щодо своєчасного та повного обстеження та санації інфекцій під час вагітності).

Медичну допомогу матерям і новонародженим, на етапах її надання в антенатальному і перинатальному періоді, здійснювали акушерське відділення ЦРЛ на 30 ліжок з жіночою консультацією та палатами для новонароджених, гінекологічне відділення на 20 ліжок та 22 акушерсько-терапевтичні дільниці в селищах Харківського району. Спеціалізовану та висококваліфіковану допомогу вагітним і новонародженим району надавали в ПЦ м. Харкова і 32 акушерів-гінекологів та неонатолог в ЦРЛ. Кількість лікарів загальної практики, акушерів-гінекологів і суміжних спеціалістів, котрі ведуть жінок репродуктивного віку в районі становить разом 15,6 на 10000, що більше, ніж в країнах ЄС, але їх вплив на якість медичної допомоги обмежений соціальною незабезпеченістю населення.

Через зменшення щороку кількості пологів у ЦРЛ, розрахунок показників проведено за кожні 3 роки порівняння. Динаміка демографічних (див. табл.1) і якісних показників здоров’я матерів і новонароджених (див. табл.2) після впровадження регіоналізації перинатальної допомоги позитивна.

Таблиця 1

Демографічні показники Харківського району

Показники / роки	2010-2012 р.	2016-2018 р.
Малюкова смертність на 1000	5,1	3,2
Неонатальна смертність на 1000 з переведеними дітьми і померлими, що не поступили під нагляд	5,8	5,5
Перинатальна смертність на 1000 і ЦРЛ	9,8	8,2
Перинатальна смертність в ЦРЛ з переведеними дітьми	11,2	10,8
Рання неонатальна смертність на 1000 з переведеними	3,8	3,2
Рання неонатальна смертність в ЦРЛ	3,3	-
Мертвонароджуваність на 1000	9,6	8,2
Доля новонароджених до 28 діб в малюковій смертності	35%	42%
Доля новонароджених до 168 год в неонатальній смертності	64%	75%

Таблиця 2

Якісні показники здоров'я матерів і дітей

Показники/роки	2010-2012 р.	2016-2018 р.
Індекс здоров'я жінок репродуктивного віку на 100	68,0	62,5
Індекс здоров'я вагітних на 100	62,9	60,8
Індекс здоров'я роділь на 100	79,2	78,3
Розродження кесарським розтином на 100 пологів	18,6	14,6
Індекс здоров'я новонароджених на 100	90,1	89,8
Невиношування вагітності на 100 взятих на облік в ЦРЛ	3,6	4,2
Передчасні пологи на 100 взятих на облік в ЦРЛ/районі	2,1/2,4	1,8/5,3
Повторне невиношування вагітності на 100	12	16
Доля недоношених дітей в малюковій смертності на 100	32	40
Захворюваність новонароджених на 1000:		
– загальна	99,1	108,2
– недоношені	625	850
– доношені	76,7	95,6
Доля перинатальної патології на 100 хворих дітей до 1 року	50	58

Аналіз якості медичної допомоги вагітним. Пологове відділення Мереф'янської ЦРЛ має в своєму складі 30 ліжок, з них фізіологічних – 27 і інтенсивного спостереження – 3. В палатах новонароджених працює лікар неонатолог, який забезпечує цілодобову, цілорічну

медичну допомогу. За потребою, новонароджених з важкою патологіє, консультують лікарі виїзної неонатологічної бригади ВІТН з евакуацією хворих до ОДКБ №1

У 2016-2018 р., в середньому за рік, під нагляд жіночої консультації перебували 1732 жінки. Стали на облік до жіночої консультації до 12 тижнів вагітності – 1001(84,4%) з них, що на 1,6% менше, ніж в роки порівняння. З 1201 жінок, які закінчили вагітність у рік спостереження, – 1139(94,8%), народжували в строк, що відповідає періоду порівняння. У ЦРЛ запізнілих пологів стало менше – 0,17%, а кількість передчасних – збільшилась і склала 2,83% , що разом з передчасними пологами у вагітних, госпіталізованих до ПЦ, і тих, хто не перебував на обліку – склало 5,3% та є негативним явищем, яке потребує детального вивчення.

До 22 тижнів перервали вагітність 26(2,2%) жінок, з них тільки 10(38,5%) за медичними показаннями, у решти – самовільне переривання, що становить 16(1,33%) від усіх жінок що спостерігалися і закінчили вагітність за рік. Таким чином, невиношування вагітності в районі діяльності жіночої консультації склало 4,2%, а в цілому по району – 5,3%, що вище, ніж в країнах з розвиненою медициною, але в межах показників інших жіночих консультацій області.

У попередні роки практично всі вагітні оглядалися терапевтом, обстежувалися на ВІЛ, сифіліс, проходили консультацію генетика і ультразвукове дослідження в терміні до 20 тижнів гестації не менше 1 разу. За останні три роки оглянуті терапевтом тільки 1097(62,5%) вагітних, причому до 12 тижнів – 1020(58,2%) з них, і проведено ультразвукове обстеження до 20 тижнів у 62% жінок. Решта матерів або не звертались за медичною допомогою, або своєчасно не виконували рекомендації лікарів і всі народили хворих дітей.

З огляду на низький індекс здоров'я жінок дітородного віку і високу захворюваність плодів і новонароджених вродженими аномаліями розвитку (більше 30%), таке низьке охоплення консультацією терапевта і генетика, при відсутності догравідної підготовки жінок групи ризику, не дозволяє акушерам і неонатологам, своєчасно прогнозувати і управляти патологією вагітності з несприятливим впливом на плід і дитину.

Для активного зниження несприятливого впливу спадковості і патології вагітної на плід і дитину необхідно проводити перший антенатальний патронаж та оглядати вагітних терапевтом (сімейним лікарем) до 6-9 тижнів з оцінкою і стратифікацією ризику спадкової та пренатальної патології плоду та дитини не менш ніж у 96% вагітних, що дозволить знизити захворюваність і смертність дітей до 4-х років

до біологічно допустимого і доцільного рівня – практично в 3,5 рази за рахунок преконцепційної профілактики, що не вдалось запровадити з-за відсутності настанов щодо інтеграції зусиль по веденню вагітних суміжними спеціалістами. До жіночих консультацій вагітні звертаються в 9-12 тижнів, та поки проходять обстеження, проходить ще 2 тижні, коли вже проводити преконцепційну профілактику пізно.

В антенатальному періоді, серед захворювань, що обтяжують перебіг вагітності і (або) виникли під час гестаційного процесу, у вагітних регіону виявили: на першому місці – анемії у 282(16,3%), поширеність анемії на 1000 жінок, які закінчили вагітність за рік склала 234,8‰ і залишається високою.

На другому місці серед патології вагітних були інфекції сечостатевої системи – у 135(7,8%), поширеність патології склала 112,4‰, включаючи загострення хронічного пієлонефриту – у 21(15,5%) і розвиток гострого – у 7(5,2%), що збігається з аналогічною патологією дівчаток-підлітків і є вищою, ніж захворюваність цією патологією в ін. регіонах України та ще немає адекватного пояснення щодо причин виникнення та недостатньої ефективності лікування.

На третьому – захворювання системи кровообігу у 84(4,9%) вагітних з поширеністю 69,4‰, що також високий показник для району в порівнянні з даними ін. ЦРЛ області.

На четвертому – хвороби щитовидної залози – у 64(3,69%) з поширеністю 52,7‰, включаючи серед них дифузний зоб 1-2 ст. у 16(0,92%) або 13,3‰, переважно за рахунок автоімунного тиреоїдиту, бо район не відноситься до йододефіцитних територій. Причини такого явища ще недосліджені.

Пізні гестози (набряки вагітних, протеїнурія і артеріальна гіпертензія), перемістилися з третього на п'яте місце і виявлені в 55(3,2%) з поширеністю 46‰, в тому числі прееклампсія і еклампсія – у 31(1,8%) або 25‰. Таке переміщення мало місце не за рахунок зменшення ускладнень вагітності, а через збільшення соматичної патології і кращої діагностики пієлонефриту. При цьому важка прееклампсія і еклампсія спостерігалася у 3(0,17%) жінок з поширеністю 0,25‰, що менше, ніж в інших закладах області і характеризує покращення якості медичної допомоги жінкам з пізніми гестозами в закладі.

Також при вагітності часто виявляли фізичний і статевий інфантилізм – у 102(6%) жінок і варикозні розширення вен – у 22(1,3%) та ін. прояви дисплазії сполучної тканини з тромбофлебітом судин, котрі не завжди включали до основної чи супутньої патології та, відповідно, не виявляли їх причину. Всі перераховані захворювання

зустрічаються у вагітних в аналогічних географічних зонах країн ЄС в 3-4 рази рідше, що відображає недостатню ефективність оздоровлення дівчаток-підлітків і жінок дітородного віку до планування вагітності.

Анемії і патологія щитовидної залози, вегетативні судинні розлади і захворювання кровообігу відображають негативний вплив екологічного та соціального середовища. Збільшення інфекцій сечостатевої системи і збереження на високому рівні пізніх токсикозів вагітності, значний відсоток автоімунного тиреоїдиту, вказують на зниження імунологічної реактивності населення, сенсибілізацію, формування імунних конфліктів при вагітності, особливо у тих жінок, у яких даній вагітності передували штучні аборти і самовільне переривання вагітностей, затримка статевого розвитку.

Таким чином, в антенатальному періоді закладається патологія росту і розвитку плода, імунні конфлікти, хронічна гіпоксія та ураження нервової системи. Також відзначено ризик інфікування плода у 43% хворих жінок, які перебували під медичним наглядом, з них у половини мала місце істміко-цервіукальна недостатність, у третини – бактеріурія та сечостатеві інфекції. На цей обтяжений преморбідний фон у третини матерів накладались порушення гестаційного процесу – синдром ЗВУР, внутрішньоутробні інфекції, повторні загрози переривання вагітності і передчасних пологів, дистрес плода, що зумовлюють високий ризик розвитку патології у матері і плоду під час пологів, а також у дитини в неонатальному періоді. Виявлені несприятливі індикатори стану здоров'я матерів дозволяють прогнозувати і в найближчі роки високу захворюваність новонароджених і дітей раннього віку за рахунок антенатальних і перинатальних причин та збереження високої ПС в районі.

Аналіз якості медичної допомоги матері-плоду в пологах. За 2016-2018 р в ЦРЛ проведено 1443 пологів У порівнянні з попереднім періодом (2010-2012 р.), кількість пологів скоротилось на 364, в основному за рахунок первісток – 634(44%). Нормальних пологів було всього – 998(69,2%), патологічних – 445(30,8%). У віці до 14 років народили 2 (0,14%), від 15 до 17 років – 8 (0,6%) жінок. Основна кількість жінок народили дітей у віці 18-34 років – 1433(99,4%), причому після 30 років – 940(65,5%), а серед останніх – 1/3 після перерви між пологами 10 років і більше. Всі хто народили після 30 років мали соматичну патологію та обтяжений акушерський анамнез, 20(1,4%) жінок цієї вікової групи не перебували на обліку по вагітності, не обстежувалися і надійшли до лікарні під час пологів. Всі вони розвинули ускладнення з ризиком для життя під час пологів, а їхні діти мали важку патологію. Причини такої безвідповідальної

репродуктивної поведінки – соціальні та психологічні – неадекватне ставлення до свого здоров'я та здоров'я потомства.

Зросла питома вага дітей, що народилися недоношеними – 1,9% проти 1% за попередні роки, що при збереженні майже на сталому рівні числа померлих антенатально (0,82% проти 0,76%) і зменшенні інтранатально, відображає зменшення летальних ускладнень вагітності шляхом поліпшення якості ведення вагітних з патологією у відділенні, незважаючи на тяжкість соматичної патології і ускладнень вагітності.

У інтранатальному періоді найбільш частою патологією у матерів були анемії – у 39(2,7%). На другому місці вийшли захворювання кровообігу – у 28 (1,9%) роділь; на третьому – інфекції сечостатевих шляхів – у 33(2,3%) жінок і на четвертому – захворювання щитовидної залози – у 24(1,7%) матерів.

Сумарно, соматична патологія, яка підлягала санації до та під час вагітності, ускладнила пологи у 144(10%) жінок, а з урахуванням наявності соматичних захворювань ще й у 42 жінок, у яких розвинулися акушерські ускладнення під час пологів, доля та поширеність соматичних захворювань ще вища і дорівнювала 186(29,2%) або 128 на 1000 роділь.

Серед ускладнень пологів на перше місце вийшли утруднені пологи – у 65 (4,5%) жінок, тоді як раніше були пізні токсикози. На другому місці – прееклампсія і еклампсія – у 37(2,56%) роділь, в тому числі важка прееклампсія і еклампсія – у 3 (0,2%). Третє місце посіло таке важке ускладнення, як передчасне відшарування плаценти – у 17(1,2%) жінок, у всіх на тлі поєднаної соматичної патології та ін. ускладнень вагітності, причому у третини з числа тих, хто не перебував під спостереженням консультації. На четвертому місці – післяпологові кровотечі у 16(1,1%) матерів, також на тлі соматичної патології та порушень гемостазу.

Таким чином, структура соматичних захворювань і ускладнень під час пологів відображає поєднання патологічних станів, при яких усунення соматичних захворювань до вагітності і пологів, може зменшити число ускладнень під час пологів для матерів і новонароджених на 1/3 і суттєво підвищити якість допомоги роділлям в закладі.

Виявлена соматична патологія і ускладнення вагітності у матерів також призвели до затримки внутрішньоутробного розвитку плода у 42(2,9%), з них у 14(1%) – ЗВУР 2 ст. діагностували та безрезультатно лікували антенатально.

Внутрішньоутробна гіпоксія, в тому числі і затяжна (більше 2-х тижнів), а також дистрес плода під час пологів і асфіксія при

народженні, розвинулися у 35(22,6%) плодів і новонароджених, що в 3 рази частіше, ніж у пологових відділеннях лікарень країн з розвиненою медициною, але все ж менше на 7%, ніж в попередні роки та менше, ніж в ін. ЦРЛ Харківської області.

Всього патологічні і ускладнені пологи за попередній період мали місце у 39,9%, а за останні три роки їх стало менше – у 30,8% роділь, притому, що вагітні з найбільш важкою патологією народжували в ПЦ м. Харкова. В зв'язку з високою частотою ускладнених пологів, у відділенні залишається великою частка кесаревих розтинів – 14,6%, з них планових – 21%. Така питома вага патологічних пологів пояснює високу поширеність асфіксії новонародженого, респіраторних, геморагічних розладів та індукованих лікуванням матері кон'югаційної жовтяниці у новонароджених.

Розподіл народжених живими і мертвими по масі тіла при народженні відповідає структурі інших ЦРЛ області Серед усіх народжених, з урахуванням реєстрації з 22 тижнів вагітності, частка недоношених зменшилась і склала 1,8% проти 2,6% за попередній період. Такий показник передчасних пологів є високим для ЦРЛ, тому що в відділенні адекватні фізіологічним потребам недоношених дітей умови виходжування та забезпечення адаптації є тільки для немовлят з терміном гестації більше 32 тижнів.

Дітей з дуже низькою масою тіла (0,28%), з низькою масою тіла – 2,3% стало значно менше, що позитивно характеризує реорганізацію перинатальної допомоги в районі і області. При реєстрації одночасно за терміном гестації і масою тіла при народженні виникали суперечки з істинною оцінкою гестаційної зрілості 22 немовлят з масою менше 2500 г. Оцінка зрілості за шкалою Баллард (2010 р.) та дані УЗ фетометрії вказували на термін гестації ≤ 37 тижнів, а клінічні дані, зріст, маса та індекс маси тіла за центильними кривими – на наявність СЗВУР I ст., який не виставлявся акушерами до пологів. Синдром ЗВУР, переважно II ст., антенатально виявлений за даними УЗ фетометрії у 16 немовлят, у решти 22 дітей – патологія або не виявлялась або не задокументована. В періоді адаптації всі 38(2,7%) зазначених немовлят вимагали інтенсивного догляду з моніторингом рівня глюкози крові та динаміки вагової кривої, догодовування збагаченими білком сумішами.

Збільшення числа новонароджених зі ЗВУР і однакова кількість недоношених і доношених плодів, які померли антенатально, свідчить як про тяжкість пренатальної патології, та не завжди неадекватну якість медичної допомоги вагітним. Дана ситуація вимагає більш

ретельного відбору вагітних високого ризику перинатальної патології та своєчасної їх госпіталізації в ПЦ.

Аналіз захворюваності новонароджених. Народилися хворими та захворіли 155 новонароджених і 6 дітей перебували на профілактичному лікуванні (2 проти сифілісу та 4 проти ВІЛ). Захворюваність новонароджених з масою тіла при народженні ≥1000 г склала: загальна – 108,2‰, в т.ч. серед доношених – 95,6‰, серед недоношених – 850‰, що відповідає високим показникам для ЦРЛ і відображає недостатню якість пренатальної, антенатальної та інтранатальної допомоги, про що також свідчить і структура патології новонароджених – див.рис.1.

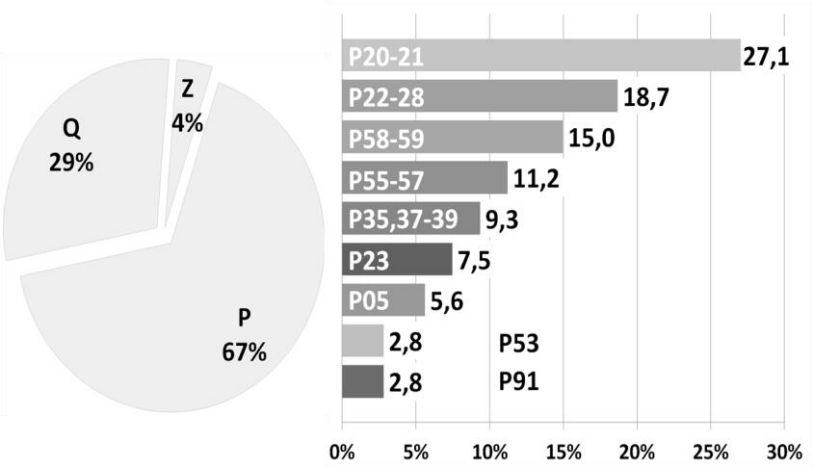


Рис.1. Доля і структура перинатальної патології серед народжених живими.

За даними аналізу, в класі перинатальних захворювань, на першому місці залишилася асфіксія новонародженого (Р20-21) – 27,1%, у недоношених – 93%. Поширеність асфіксії під час пологів склала 19,43 на 1000 народжених живими, що дуже багато для фізіологічного пологового відділення. У розвинених країнах, вона не перевищує 4‰, а поширеність – 6‰, в перинатальних центрах – 10‰, що вимагало проведення дослідження причин дистресу плода і поіменного аналізу в парах "мати-дитя" зв'язку асфіксії у немовляти з соматичною патологією матері та ускладненнями перебігу вагітності Такий аналіз показав, що у 3/4 дітей, асфіксія в пологах була обумовлена соматичною патологією матері (анемія, пієлонефрит, патологія щитовидної залози з гіпотиреозом, захворювань матері з мікротромбозом судин плаценти та ін.), а також вродженою спадковою

патологією у дитини, яка виявлена і уточнена в різні періоди після народження до 1 року. У решти дітей причиною асфіксії були ускладнення вагітності та пологів (коротка пуповина, обвиття пуповиною, відшарування плаценти, прееклампсія) і СЗВУР, котрі трактувались як прояв тривалої фетоплацентарної дисфункції, що типово для даної патології.

На другому місці серед основних захворювань (Р22-28) – синдром дихальних розладів у 18,7%, причому зустрічався часто і у доношених дітей за рахунок аспірації меконію, що вимагає додаткової експертної оцінки якості ведення пологів і причин синдрому, так як у більшої частини хворих і окремих померлих дітей виявлена внутрішньоутробна пневмонія з виходом меконію в навколоплідні води до початку пологів.

На третє місце, перемістилися неонатальні жовтяниці (Р58-59) – 15%, а на четвертому – залишилася як і раніше, гемолітична хвороба новонароджених (Р55-57) – 11,2%. Жовтяниці і гемолітична хвороба новонародженого, що потребували фототерапії, відзначені у 15% новонароджених і зустрічалися в 4 рази частіше, ніж в ін. країнах, що відображає недостатню пренатальну профілактику гемолітичної хвороби і наявність індукованих жовтяниць за рахунок лікування матерів цефалоспориновими антибіотиками та ін. засобами.

На п'ятому місці – інфекції, специфічні для перинатального періоду (Р35, 37-39) з питомою вагою – 9,3%, а на шостому - вроджена внутрішньоутробна пневмонія (Р23) з часткою – 7,5%.

Перинатальні специфічні інфекції і внутрішньоутробні пневмонії, в динаміці спостереження за обидва періоди, залишаються стабільно високими, займають 20% важкої патології новонароджених і половину від усіх несприятливих наслідків в неонатальному періоді, при тому, що інфекційні захворювання у матерів, що вражають плід, вважаються керованими.

При реєстрації захворюваності за однією провідною причиною (одне основне захворювання), питома вага синдрому ЗВУР склала 5,6%. Серед супутніх захворювань синдром виявлявся у 27% від усіх хворих дітей та у 22,5% серед немовлят з перинатальними захворюваннями. Причому диспластический варіант СЗРП, обумовлений несприятливою дією середовища на матір, становив 70%, що корелює з патологією вагітних та високою частотою асфіксії при народженні.

Поширеність станів перинатального періоду на 1000 народжених склала 70,7‰ що нижче, ніж в попередні роки, але все ще перевищує таку в фізіологічних пологових будинках і вказує на

медико-соціальні резерви зниження захворюваності дітей в перинатальному періоді.

Аномалії і вроджені вади розвитку у хворих новонароджених склали 47(29%) і серед всіх народжених живими зустрічалися з частотою 32,8 на 1000, переважно вади, несумісні з життям. Питома вага даної патології досягла рівня розвинених країн і має тенденцію до зниження в порівнянні з попередніми роками за рахунок пренатальної діагностики та елімінації вагітності. За медичними показаннями перервано 10 вагітностей, що становить 1/3 вроджених вад. У всіх випадках МВВР плоду на секції підтвердились. Резерв зниження захворюваності вродженою патологією і надалі полягає в поліпшенні пренатальної діагностики ВВР несумісних з життям і елімінації вагітності до 20 тижнів, у підвищенні ефективності медико-генетичного консультування населення району, що перебуває в групі ризику за несприятливими екологічними, санітарно-гігієнічними і соціальними умовами життя.

Таким чином, загальна захворюваність новонароджених не відрізняється від показників ін. пологових відділень ЦРЛ області, і є високою, особливо серед недоношених. Поіменний аналіз в парах мати-дитя показав, що захворіли всі немовлята, народжені від матерів з ускладненнями вагітності та пологів, причому половина матерів, які народили хворих недоношених дітей, поступили на пологи недостатньо обстеженими, з не проведеною або незакінченою санацією хронічних вогнищ інфекції. Ці ж жінки нерегулярно або неефективно спостерігалися в жіночій консультації з приводу соматичної патології – інфекції сечовидільної системи, захворювання щитовидної залози, захворювання органів кровообігу або отримували недостатнє лікування анемії. Всі вони розвинули ускладнення вагітності та пологів (гестози, фетоплацентарну дисфункцію, загрозу передчасних пологів , внутрішньоутробне інфікування, дистрес плода до початку пологів).

Аналіз неонатальної та перинатальної смертності. Аналіз показників перинатальної та ранньої неонатальної смертності, за періоди спостереження, з-за малого числа пологів, проведені сумарно за кожні три роки. Результати показали, що серед народжених мертвими з масою тіла ≥1000 г обумовлена внутрішньоутробною гіпоксією/асфіксією – у 92,4%, невиліковними вадами розвитку – у 5,6%, внутрішньо матковою інфекцією – у 2%.

У ранньому неонатальному і неонатальному періоді в пологовому відділенні ЦРЛ ніхто не помер, а за місцем переводу – померло 4 (2,8 ‰) новонароджених у віці до 168 год. і 4 дитини – до 28

діб. Неонатальна смертність з переведеними становить 5,6 ‰. Основними причинами смерті новонароджених були: ВВР – 3; асфіксія новонародженого з нетравматичним ВШК – 2, РДС – 1, ранній неонатальний сепсис – 1, ГІЕ з лейкоманяцією – 1. Попереджуваними визнані причини смерті у 2 дітей.

Структура ранньої неонатальної смертності з переведеними в закладі відповідає республіканським і обласним показниками.

Відворотної летальності серед переведених новонароджених не виявлено, бо всі померлі діти мали незворотні поліорганні ураження, що розвинулись до народження.

Показник перинатальної смертності в ЦРЛ нижчий за обласний і дещо знизився за період до регіоналізації перинатальної допомоги з 9,8‰ до 8,2‰, а з переведеними і померлими дітьми до 168 год. – становив 10,2‰ проти 11,8‰. Після регіоналізації основну частку перинатальної смертності (90%) в районі зумовили мертвонароджені і померлі до 168 год життя з масою тіла ≥1500 г і гестаційним віком понад 30 тижнів, що позитивно, але сам показник перевищує рівень в країнах з розвиненою медициною та соціально забезпеченим населенням і відображає наявність незадіяних резервів надання належної соціальної та медичної допомоги матерям і новонародженим.

Експертний аналіз попереджуваності перинатальної смертності вказує, що основним резервом для його подальшого зниження є підвищення ефективності антенатальної охорони, включаючи оздоровлення дівчаток-підлітків і жінок дітородного віку з соматичною патологією, яка несприятливо впливає на гестаційний процес. Показники ранньої неонатальної та перинатальної смертності в парах «мати-дитина» відповідали структурі захворюваності матерів і керовані на антенатальному етапі більш ніж у 2/3 жінок репродуктивного віку. Необхідно поліпшити якість заходів щодо попередження аномалій і вад розвитку, невиношування вагітності, тривалої внутрішньоутробної гіпоксії та інфікування, затримки внутрішньоутробного росту і розвитку плода, а також якість лікування анемії і патології щитовидної залози у вагітних

Висновки Після регіоналізації перинатальної допомоги показники патологічної ураженості та смертності дітей в перинатальному періоді в Харківському районі зберегли негативну динаміку. Відбулась стабілізація на високому рівні захворюваності новонароджених і ПС, зумовлених економічними, соціальними та культурними змінами в суспільстві. Причинами цього є зниження рівня матеріального та соціального забезпечення сімей із дітьми, недостатня якість надання медичної допомоги дівчаткам підліткам,

жінкам репродуктивного віку та вагітним з соматичною патологією і спадковою схильність до ускладнень вагітності і пологів.

Потребує змін система надання соціальної допомоги, яка призначається після народження хворих дітей, а не стимулює планування, виношування та народження здорового потомства.

Список літератури

1. Every newborn: An action plan to end preventable deaths. World Health Organization 2014. WHO | Every Newborn: an action plan to end preventable deaths

2. Здоровье -2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века //ВОЗ, 2013.– 225с.http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-document.

3.Сандуляк Т.В. Вивчення попереджуваності захворювань і відворотності причин смерті новонароджених. //Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина – 2015. – №4.– С.12-18.

РЕЗЕРВИ ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ У ХАРКІВСЬКОМУ РАЙОНІ ПІСЛЯ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Сандуляк Т.В.[1], Асмолова А.В[2]., Лиманська Л.І.[2], Біленька Н.В.[2]

[1] Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра неонатології

[2]Мереф'янська ЦРЛ

Резюме. Розглядаються демографічна ситуація, стан здоров'я вагітних, роділь і новонароджених та їх вплив на смертність немовлят в районі після впровадження регіоналізації перинатальної допомоги. Визначені причини, що сприяють стабілізації показників перинатальної захворюваності та смертності дітей до 1 року, дані рекомендації щодо їх усунення та оптимізації надання медичної та соціальної допомоги матерям і новонародженим в регіоні. Особлива увага звертається на оздоровлення дівчаток-підлітків і жінок репродуктивного віку та підготовку їх до вагітності і пологів на первинному і вторинному рівні надання медичної допомоги.

Ключові слова: стан здоров'я вагітних, роділь і новонароджених; перинатальна захворюваність та смертність; медична та соціальна допомога.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПА

Сенаторова А.В., Шульга Н.В., Іванова В.С.
Харьківскій національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології

Росповсюдженість цукрового діабета І типу (ЦД І) з року в рік серед дитячого населення зростає. Якщо захворювання ЦД І серед дитячого населення Харківського регіону у 1998 склала 34,2 % то у 2018 вона вже становить 65,1% ($p<0,05$). Подальша розробка причин росту ЦД серед дитячого населення є актуальною.

Матеріали та методи досліджень. Обстежено 31 дитина ЦД І із них 27 дітей з ЦД І і глікемичним контролем високого ризику та 4 дитини з перше діагностованим діабетом. При поділенні дітей по статі, котрі мали ЦД І типа із них 53,5% були хлопці та 46,5 % дівчатка. Групу контролю склали 20 здорових дітей. Вивчався анамнез хвороб та життя. Встановлено, що діти з ЦД І частіше народжувалися фізіологічним шляхом. Загроза абортів та/або передчасних пологів достовірно частіше відбувалася у матерів дітей, які мали цукровий діабет (58,9%) порівняно з жінками контрольної групи (41,1%), ($p<0,05$). При вивченні акушерського анамнезу матері дітей з ЦД І типа мали анемію під час вагітності 28,2 % , гостру респіраторну вірусну інфекцію 35,3% та сечостатевої системи у 36,5 % випадку, а у жінок контрольної групи ці захворювання зустрічалися у 30,9 % ($p<0,05$). Важка форма ЦД І типа склала 87,3%. Давність захворювання ЦД І типа в групах спостереження до 5 років зустрічалися у 24,8%, після 5 років у 43,4%, після 10 років було 15,5% та 12,4 дитини у перше виявлений ЦД І типа ($p<0,05$). Ці ускладнення складали: діабетична ретинопатія 36,2 %, серцево-судинні розлади 24,3%, полінейропатія 28,2%, ангіопатія 12,3 %, дітей, які мали діабетичну стопу, синдром Набікура, синдром Маріака не було ($p<0,05$) .

Висновки. 1. За останні 10 років частота захворюванності ЦД І типа у дітей Харківського регіону зріс в тричі. 2. У всіх матерів, дітей, яких мали ЦД І типа встановили ускладнений перебіг вагітності ($p<0,05$) 3. Ускладнення ЦД І тісно корелюють с давністю захворювання.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТЕРАПІЇ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Слєпченко М.Ю. Кузнєцов С.В., Піддубна М.А., Аветісян А.О.
Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Одним з найбільш поширених захворювань серед дітей молодшої вікової групи є гострі кишкові інфекції (ГКІ). Згідно з даними ВООЗ, відсоток вірусних діарей у різних країнах коливається від 48% до 70 %, а найбільш поширеним етіологічним чинником є ротавірус.

Одними з показанням до призначення антибіотикотерапії на ранніх етапах захворювання є тяжкий перебіг ГКІ та ранній вік дитини. Нажаль у наш час , частота призначення антибактеріальних препаратів у дітей з ГКІ, ще до уточнення етіології захворювання, залишається на достатньо високому рівні, особливо у госпіталізованих дітей. Багато дослідників вважає, що така лікувальна тактика сприяє масовому росту антибіотикорезистентності, розвитку імуносупресії та робить актуальним питання раціоналізації антибіотикотерапії (АБТ) при ГКІ, у тому числі викликаних ротавірусом. У зв'язку з цим метою нашого дослідження є визначення доцільності призначення АБТ при тяжких формах ротавірусної інфекції.

Під спостереженням знаходилось 18 дітей віком 1-3 років, хворих на ротавірусну інфекцію гастроентеритичну, тяжку форму, які знаходились на лікуванні у ОДІКЛ м. Харкова. До першої групи увійшло дев'ять пацієнтів, які отримували антибіотикотерапію, а до другої дев'ять хворих, які не отримували антибіотики. Антибіотикотерапія пацієнтам першої групи проводилась цефалоспоринами ІІІ покоління (цефтріаксон). У всіх хворих діагноз встановлювався на підставі виявлення ротавірусного антигену у фекаліях методом ІФА, та зростання рівня IgM до ротаврусного антигену у динаміці. Також було проведено бактеріологічне дослідження фекалій на кишкову групу, хворі з підтвердженою бактеріальною етіологією гастроентериту були виключені з когорти дослідження. Усі пацієнти мали гострий початок захворювання, фебрильну лихоманку, порушення водно-електролітного балансу та ІІ ступінь ексикозу при госпіталізації, у зв'язку з чим потребували проведення оральної та парентеральної регідратації. Пацієнти з обох груп мали фебрильну лихоманку протягом перших 3-х діб, у 5 дітей з першої та 6 дітей з другої групи підіймалась температура тіла до субфебрильних цифр продовж 4-ї та 5-ї доби захворювання.

Катаральні прояви мали місце у 14 хворих. У всіх дітей мала місце блювота 3-4рази на добу, що зберігалась протягом перших двох діб захворювання. Рідкі випорожнення 6-10 разів, на добу відмічались протягом перших трьох діб з подальшою тенденцією до зменшення кратності та нормалізації консистенції випорожнень. Тривалість періоду протягом якого у дітей зберігались прояви кишкової дисфункції в першій групі була у середньому на 4-5 днів довше ніж у другій групі хворих.

Аналіз даних показав, що деякі клінічні показники в обох групах не відрізнялись. Наприклад швидкість нормалізації температурної реакції та поліпшення самопочуття для обох груп становили 3-5 дні. Повторна блювота мала місце протягом перших 2 діб у дітей як з першої, так і з другої групи.

Однак діарейний синдром у дітей з першої групи, тривав до 7-10 днів, що на 4-5 днів довше ніж у дітей з другої групи.

У всіх хворих при першому бактеріологічному дослідженні зразків фекалій, відбір яких проводився у першу добу захворювання до призначення терапії у тому числі і АБТ, ріст мікроорганізмів був відсутній, у тому числі умовно-патогенної флори (УПФ). На п'яту добу захворювання всім пацієнтам було проведено повторне бактеріологічне дослідження фекалій.

При повторному обстеженні у дітей з другої групи лише у двох випадках виявлено надмірне зростання УПФ (Enterobacter aerogenes), а у пацієнтів з першої групи надмірний ріст умовно-патогенної флори мав місце у всіх 9 хворих (K. pneumonia (3 випадки), S. Aureus (3 випадки), Enterobacter aerogenes (2 випадки), гриби роду Candida (1випадок), що свідчило про порушення мікробіоценозу кишківника. На нашу думку причиною розвитку дисбіозу стало призначення антибіотиків на початку лікування.

При оцінці даних короткого катамнестичного анамнезу (протягом 1 місяця після перенесеної РВІ) у 7 хворих з першої групи відмічались епізоди ГРВІ, на відміну від дітей з другої групи де ГРВІ перенесло троє пацієнтів.

Таким чином антибіотикотерапія при ротавірусній інфекції, навіть при тяжкому перебігу захворювання, не тільки не покращує результатів лікування, а й призводить до розвитку порушення мікробіоценозу кишківника, пролонгації кишкової дисфункції, поширенню антибіотикорезистентності мікроорганізмів та призводить до імуносупресії, яка в подальшому імовірно призводить до зростання захворюваності на ГРВІ.

На наш погляд антибіотикотерапію необхідно використовувати лише за строгими показаннями після встановлення бактеріальної етіології захворювання. Одним з механізмів вирішення цього питання є раннє встановлення етіології ГКІ за допомогою сучасної лабораторної діагностики.

АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ І СТРУКТУРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ПІДЛІТКІВ

Сорокман Т.В., Бачу М.І.
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вступ. Підлітковий вік є критичним з медичних і соціальних позицій, в тому числі і для формування патології щитоподібної залози. Своєчасне обстеження та проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів та корекції функціональних порушень у препубертатному періоді дозволило б запобігти формуванню зоба, гіпотироксинемії і цілого ряду зоб-асоційованих станів (затримки статевого і фізичного розвитку, порушень менструального циклу, ментальних розладів) у пубертаті.

Мета. Проаналізувати поширеність та структуру патології щитоподібної залози в підлітків, які мешкають у зоні йододефіциту.

Матеріал та методи. Проаналізовано медичну документацію за 2015-2018 роки 124 підлітків, які проживають в зоні йодного дефіциту.

Результати. У 2015-2018 рр. частота зоба залишалася на рівні, що перевищує 5% (рекомендований ВООЗ критерій ендемічності), а у підлітків мала тенденцію до зростання, що вимагає більш детального аналізу структури тиреоїдної патології і можливих причин її розвитку поряд із йододефіцитом.

Крім того, виявлені негативні тенденції щодо динаміки інших нозологічних форм захворювань щитоподібної залози, етіологія яких не обмежується тільки йододефіцитом. Так, аналіз захворюваності за зверненнями з 2015 по 2018рр. показав, що поширеність вузлового зоба збільшилася у 1,4 рази (середній темп зростання - 119,7%), аутоімунного тиреоїдиту - у 1,3 рази (111,9%), уродженого гіпотиреозу - у 1,2 рази (108,8%), набутого гіпотиреозу - у 3,2 рази (149,3%), гіпоплазії щитоподібної залози - у 9,6 рази (173,4%), всього тиреоїдна патологія зросла 1,2 рази (109,5%).

Аналіз статистичної звітної форми «Відомості про захворювання, пов'язані з мікронутрієнтною недостатністю» дозволив проаналізувати повікову динаміку тиреоїдної патології за основними

нозологічними формамами. Виявлено зростання гіпотиреозу у всіх вікових групах, а також зростання дифузного токсичного зобу і аутоімунного тиреоїдиту в групі підлітків (частково зростання субклінічного гіпотиреозу може бути пов'язано з поліпшенням діагностики і великим обсягом проведених лабораторних досліджень гормонального тиреоїдного профілю). У ході даного етапу також проведено аналіз поширеності ендокринної патології, в тому числі ендемічного зобу, у підлітків, які проживають в районах із різним рівнем йодного забезпечення.

Висновок. Дані аналізу динаміки і структури тиреоїдної патології підлітків свідчили про те, що, незважаючи на проведену профілактику йодної недостатності, триває зростання окремих нозологічних форм і патології щитоподібної залози в цілому, що вимагає поглибленого вивчення ефективності проведеної йодної профілактики, а також впливу інших етіологічних факторів (антропогенного, техногенного, медико-біологічного і соціально-гігієнічного характеру) на формування ендемічного зоба і тиреоїдної патології.

ВПЛИВ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ І СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ ЗОБА У ДІТЕЙ

Сорокман Т.В., Бачу М.І.
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вступ. Чільна роль йодної недостатності в патогенезі ендемічного зобу загальновизнана. Крім того, в даний час доведено вплив факторів навколишнього середовища, як природного, так і антропогенного походження, які можуть викликати зобну трансформацію щитоподібної залози, впливаючи на неї як безпосередньо, так і опосередковано, через механізми регуляції і периферичний метаболізм або екскрецію тиреоїдних гормонів в умовах вже існуючого йодного дефіциту.

Мета. Оцінити вплив медико-біологічних і соціально-гігієнічних факторів на формування зоба у дітей.

Матеріал та методи. Нами проведено анкетування в сім'ях 184 дітей препубертатного віку. Першу групу склали школярі з зобом (n = 84), другу (контрольну) групу - діти з нормальними розмірами щитоподібної залози (n = 100). У першій і другій групах були виділені підгрупи хлопчиків і дівчаток. Для визначення ступеня впливу факторів ризику нами вивчалася їх інформативність (r),

інформативність всіх факторів (R) розраховувалася шляхом їх підсумовування.

Результати. При математичній обробці матеріалів анкетування нами були виявлені фактори ризику, статистично достовірно впливають на розвиток зоба у обстежених дітей, в тому числі хлопчиків і дівчаток.

Згідно з отриманими даними, в блоці медико-біологічних факторів на розвиток зоба у дітей має найбільший вплив наявність хронічних захворювань у батька і матері (r = 31,12 і 12,44), протягом вагітності (r = 17,13), наявність захворювань щитовидної залози у близьких родичів (r = 11,99), супутня соматична патологія дитини: алергічні захворювання (r = 9,95), дисбіоз кишечника (r = 8,44), хронічний тонзиліт (r = 7,12).

У групі соціально-гігієнічних факторів на 1-му місці у дітей обох статей - відсутність у матері йодної профілактики під час вагітності (частка впливу 37,4% і 26,5% у дівчаток і хлопчиків відповідно), у дівчаток висока інформативність таких факторів як куріння близьких родичів (r = 12,63) і наявність профшкідливостей у матері під час вагітності (r = 14,06), у хлопчиків - неповна сім'я (r = 14,37), нерегулярне проходження медичних оглядів з приводу наявних хронічних соматичних захворювань (r = 13,04), неповне лікування ГРВІ (r = 8,89), низький рівень освіти батька (r = 7,43) і низький щомісячний подушного доходу в родині (r = 5,17).

Висновок. Медико-біологічні і соціально-гігієнічні фактори впливають на формування зоба у дітей.

РОЛЬ КИШКОВОГО ЕНТЕРОТИПУ *PREVOTELLA* У РОЗВИТКУ СИНТРОПНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Стоєва Т.В., Джагіашвілі О.В.
Одеський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 2

Згідно сучасних біомедичних досліджень, кишкова мікробіота людини підрозділяється на три основних ентеротипа, що визначають особливості метаболізму і стан здоров'я: перший ентеротип – з переважанням роду *Bacteroides*, другий – *Prevotella*, третій – *Ruminococcus*. Якісні та кількісні зрушення ентеротипу тягнуть за собою розвиток ряду захворювань, зокрема атеросклерозу, цукрового діабету, ожиріння, ревматоїдного артриту, функціональних і запальних захворювань кишечнику, розладів аутистичного спектру та ін. Роль

окремих представників кишкової мікробіоти у виникненні тих чи інших патологічних станів сьогодні активно обговорюється багатьма авторами. Одним з представників мікробіоти кишечника, що належить до роду *Prevotella* (ентеротіп 2) є *Prevotella copri*, зниження чисельності якої в одній з робіт асоціювалося з появою закрепів, а в іншому дослідженні – із неврологічними захворюваннями і розладами аутистичного спектру. Проте на сьогоднішній день, питання, що стосуються ролі *Prevotella* в розвитку функціональних розладів органів травлення, лишаються невирішеними. Не існує даних щодо впливу кишкового ентеротипу на розвиток синтропної патології, яка зазначена у Римських критеріях IV, як "overlap syndrome".

Мета роботи – визначити значущість ентеротипу *Prevotella* при синтропних функціональних розладах органів травлення у дітей.

Матеріали та методи. Нами обстежено 76 дітей у віці від 1 до 18 років (середній вік – 8,8±4,9 року), з яких 57 пацієнтів знаходилися на лікуванні в дитячій міській лікарні ім. академіка Б. Я. Резніка м. Одеси. Хлопчиків було 32, дівчаток – 25. У всіх пацієнтів відповідно до Римських критеріїв IV (2016) були діагностовані функціональні розлади органів травлення (ФРОТ). Для визначення референтних показників відносної кількості представників роду *Prevotella* було проведено дослідження кишкової мікробіоти у практично здорових дітей (n=21), які проходили профілактичний огляд у дитячій міській поліклініці, не мали в анамнезі захворювань травної системи, та за гендерно-віковими показниками не відрізнялися від пацієнтів із ФРОТ. Встановлення відносної кількості бактерій роду *Prevotella* та *P. copri* проводили у фекальному супернатанті за методом полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі. В ході виконання даного методу використовували набір специфічних праймерів *Prevotella* (F: CAC AGT AAA CGA TGG ATG CC; R: GGT CGG GTT GCA GAC C) та *P. copri* (F: CCG GAC TCC TGC CCC TGC AA; R: GTT GCG CCA GGC ACT GCG AT).

Результати. Встановлено, що в групі обстежених дітей випадки синтропних порушень реєструвалися у 31 (54,4±6,6) % пацієнта. Синтропія була представлена поєднанням синдрому подразненого кишечника (СПК) та функціональних розладів біліарного тракту (ФРБТ) – 18 пацієнтів (58,1 %), панкреатопатією – у 9 (29,0 %), функціональною диспепсією – у 4 (12,9 %) дітей.

Представники роду *Prevotella* у дітей з ФРОТ ідентифіковано у 35 (61,4 %) пацієнтів. На відміну від цього у дітей без патології органів травлення *Prevotella* виявлена у переважній більшості зразків (90,5 %). Отже, між виділенням *Prevotella* та наявністю функціональних

порушень встановлено вірогідний зв'язок (χ^2 = 5,0; p = 0,03). Слід зазначити, що загальний рівень *P. copri* у пацієнтів із ФРОТ із статистичною вірогідністю (p<0,05) був у 2 рази нижчим (106,9±8,4), ніж референтні показники (250,4±7,3). У більш ніж половини дітей (17; 54,8 %) із синтропними ФРОТ представників *P. copri* взагалі не вдалося ідентифікувати, мінімальні значення за кількістю встановлено у 19,4 % хворих.

За умов синтропії середнє значення *P. copri* у фекальному супернатанті становило (80,7±11,2) у. о. Порівняння показників відносної кількості *P. copri* у дітей з ізольованими та синтропними ФРОТ встановило вірогідний зв'язок між наявністю синтропії та зниженням чисельності її представників у обстежених пацієнтів (χ^2 = 6,1; p = 0,006). Крім того, встановлено вірогідну різницю за показниками середніх значень відносної кількості *P. copri* між ізольованими ((80,7±11,2) у.о.) та синтропними ((124,3±10,5) у.о.) ФРОТ (p<0,05). Результати аналізу відношення шансів показали, що наявність синтропної патології у дітей з ФРОТ підвищуються майже в 4 рази (OR 3,9; ДІ 1,3–12,0) за відсутності *P. copri* або її мінімальною кількістю. Тим же часом визначення її відносних показників у межах 100–200 більш характерно для ізольованих ФРОТ. Слід зазначити, що у пацієнтів з синтропією відсутність *P. copri* та її мінімальні показники, що визначено у 3/4 дітей (74,2 %), асоціювались із варіантом СПК з переважанням закрепу та наявністю супутніх ФРБТ у 69,6 % хворих, у кожного п'ятого – з панкреатопатією (21,7 %), у 8,7 % – з функціональною диспепсією. Ймовірно, отримані дані віддзеркалюють більш суттєві зміни в кишковій мікробіоті при синтропних ФРОТ, що може бути пов'язаним з одного боку з моторними порушеннями товстого кишечнику, а з іншого – із розладами жовчовиділення при функціональних біліарних розладах.

Висновки. Таким чином у дітей з функціональними розладами травної системи кишкова мікробіота характеризується кількісними змінами складу, зокрема відсутністю представників *Prevotella* у 38,6 % (95 % ДІ 51,4–25,8) та зниженням їх чисельності у 45,6 % (95 % ДІ 58,8–32,4) обстежених. При цьому було показано, що зниження чисельності *P. copri* або взагалі її відсутність у 4 рази підвищує шанс виявлення синтропії (OR 3,9; ДІ 1,3÷12,0). Отримані дані підтверджують значущість кишкового ентеротипу *Prevotella* у розвитку синтропних порушень, що необхідно враховувати при складанні терапевтичних рекомендацій.

СОСТОЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Стоева Т.В., Титкова Е.В., Сытник В.В.
Одесский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №2

Сегодня состоянию энергозависимых механизмов защитных реакций организма отводится важная роль в формировании иммунологической резистентности, что указывает на необходимость их исследования у детей с повышенной частотой инфекционных заболеваний. Показано, что клинически-значимыми признаками энергодефицита являются не только различные варианты нарушения психического или физического развития, признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ), но и частые рекуррентные респираторные заболевания.

Полное понимание данных механизмов требует детального рассмотрения функций иммунокомпетентных клеток с учетом энергетического метаболизма. Так, метаболическое перепрограммирование макрофагов определяет их последующую дифференцировку и общий ответ на микробные стимулы, тем самым влияя на формирование воспалительной иммунной реакции. В условиях энергодефицита недостаточность ферментных митохондриальных систем может препятствовать смене фенотипа макрофагов, приводя к подавлению общей антиинфекционной резистентности.

Универсальным индикатором состояния организма на цитохимическом уровне является ферментный статус лимфоцитов, изучение которого, особенно сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и альфа-глицерофосфатдегидрогеназы (а-ГФДГ) позволяет косвенно оценить резервные возможности, поскольку характеризуют энергетический потенциал клетки, а их активность предопределяет функцию клеточного звена иммунной защиты.

Цель исследования. Изучение энергетического обмена у детей на фоне ОРИ. Материалы и методы. Проведено среди 64 детей с воспалительными заболеваниями респираторного тракта, находившихся на лечении в педиатрическом и пульмонологическом отделениях ОДГБ им Б. Я. Резника. Всем детям было проведен стандартный комплекс клинико-лабораторного обследования. Для оценки энергетического состояния организма определяли активность митохондриальных ферментов (СДГ, ГФДГ, ЛДГ, ГДГ) в лимфоцитах периферической крови.

Средний возраст обследованных детей составил (6,038±3,64) лет, из них - 34 мальчика (53.12 %; 95% ДИ 0.3474–0.7091), 30 девочек (46.88 %; 95% ДИ 0.2909–0.6526). Воспалительные заболевания респираторного тракта были представлены следующими нозологиями: ОРВИ, острый ринофарингит – 53.125% (95% ДИ 0.3645-0.6913), ОРВИ, острый простой бронхит –21.875 % (95% ДИ 0.1073-0.3904), острый стенозирующий ларинготрахеит – 12.5% (95% ДИ 0.0436-0.2868), внебольничная пневмония – 9.375% (95% ДИ 0.0246-0.2500), ОРВИ, острый трахеит – 6.25% (95% ДИ 0.0072-0.2116), ОРВИ, острый обструктивный бронхит – 6.25% (95% ДИ 0.0072-0.2116). Клинико-анамнестичекие признаки энергодефицитного состояния были выявлены у 20 пациентов (31.25%, 95% ДИ 19.89 - 42.61). Чаще встречались: мышечная слабость у 21.88 % (95% ДИ 0.1073 - 0.3904) детей, головная боль у 15.63 % (95% ДИ 0.0639 - 0.3223), заболевания бронхолегочной системы в периоде новорожденности у 6.25 % (95% ДИ 0.0852-0.3568) пациентов, частые ОРЗ в анамнезе - у 31.25% (95% ДИ 0.1784 - 0.4868) детей, симптомы ДСТ (гипермобильность суставов, деформации позвоночника, плоскостопие, венозная сеть на коже, слабость мышц живота, склонность к образованию гематом, астеническое телосложение) - у 18.75 % (95% ДИ 0.0852 - 0.3568) детей. Характерно, что у 70 % (95% ДИ 0.3923-0.8967) пациентов наблюдалось сочетание 3 и более признаков энергодефицита.

Клинические проявления энергетической дисфункции были подтверждены результатами цитохимического анализа, свидетельствовавшие о равномерном снижении активности митохондриальных ферментов: СДГ на 31,25 %, ГФДГ – 41,53%, ЛДГ – 40,42%, ГДГ- 42,94% по сравнению с нормативными показателями.

Таким образом, течение острой респираторной патологии у детей часто сопряжено с изменениями энергетического метаболизма в виде клинико-анамнестических проявлений энергодефицита на фоне снижения активности ключевых митохондриальных ферментов, что, в свою очередь, определяет особенности иммунного реагирования и свидетельствует о целесообразности проведения энерготропной терапии.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ

Суханова Л.А., Сиренко И.А., Мотинова Н.А., Марченко О.Ю., Герасимова Т.Г., Калиновская В.В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра детской фтизиатрии и пульмонологии

Ситуация по туберкулезу (ТБ) в Украине остается сложной, несмотря на снижение общей заболеваемости населения; заболеваемость туберкулезом детей имеет тенденцию к стабилизации. Самый высокий риск заболевания ТБ и основной фактор (эпидемический) – контакт с больным ТБ, который относится к специфическим. Заболеваемость туберкулезом детей при наличии контакта до 40 раз превышает заболеваемость из здорового окружения (в популяции) по многочисленным данным. Течение туберкулезной инфекции во многом определяется степенью эпидемической опасности очага, при этом наибольшую угрозу представляют очаги с больными бактериовыделителями, особенно выделяющие резистентные штаммы микобактерий туберкулеза (МБТ). Однако очаги, где находятся больные ТБ, не выделяющие МБТ по данным бактериологического исследования, также опасны – дети из них инфицируются и заболевают ТБ. К специфическим факторам риска заболевания ТБ также относят медико-биологические факторы – результаты массовой туберкулинодиагностики, позволяющие выявить отношение к туберкулезной инфекции каждого ребенка, при этом определяют эпидемиологические показатели – количество детей с первичным инфицированием, с гиперергической чувствительностью к туберкулину и с нарастанием чувствительности к туберкулину, при этом заболеваемость туберкулезом детей в 10-20 раз превышают показатели в общей детской популяции. Кроме того к специфическим факторам риска относится отсутствие вакцинации BCG; невакцинированные дети беззащитны перед туберкулезной инфекцией. ТБ нередко протекает малосимптомно; кроме того, специфических клинических симптомов при туберкулезе нет и больные в первую очередь обращаются к врачу общей педиатрической сети или к врачу семейной практики.

Поэтому все работающие с детьми должны иметь фтизиатрическую настороженность чему способствует знание основных факторов риска заболевания туберкулезом.

Цель работы – ознакомить врачей общей педиатрической сети и семейной практики с частотой встречаемости специфических факторов

риска заболевания ТБ в общей детской популяции для оптимизации выявления ТБ.

Материалы и методы – проанализированы специфические факторы риска заболевания ТБ у 8239 детей 0-14 лет Изюмского района Харьковской области в каждой возрастной категории**.** Детей города было 6132, села – 2107. Детей с самым высоки риском заболевания ТБ, находящихся в тесном семейном контакте с больными ТБ бактериовыделителями было 39 (0,41%), причем и в городе и в селе их было одинаковое количество – по 17 человек (0,27% в городе и в 0,8% в селе). Самый неблагоприятный контакт был выявлен у 8 (0,97%) детей, у которых зарегистрирован семейный контакт с больными ТБ, выделяющие устойчивые штаммы МБТ к противотуберкулезным препаратам (4 ребенка из города и 4 из села). Семейный контакт с больными ТБ без бактериовыделения отмечался у 13 (0,15%) детей, преимущественно 10 человек (76,9%) – городские. Контакт с больным ТБ воспитателями (производственный) зарегистрирован у 26 (0,32%) детей. Таким образом, всего детей, находящихся в контакте с больными ТБ было 81 (0,98%). Это дети, тщательно обследованные в противотуберкулезном диспансере, которым в зависимости от результатов обследования назначалась адекватная тактика ведения. Анализируя результаты специфического теста – массовой туберкулинодиагностики установлено, что детей с первичным инфицированием было 169 - 2,05%. Это важный эпидемиологический показатель, свидетельствующий о большом резервуаре инфекции в данном регионе. Нарастание чувствительности к туберкулину, свидетельствующее об активности туберкулезной инфекции, установлено у 31 (0,37%) ребенка, а гиперергическая реакция на туберкулин выявлена у 11 (0,13%) детей. Таким образом, по результатам массовой туберкулинодиагностики выявлено 211 (2,55%) детей, входящих в группу риска заболевания туберкулезом. Из всех обследуемых детей не были привиты вакциной BCG 182 (2,21%) ребенка, в основном (144 человека) – дети первого года жизни. Всего при обследовании 8239 детей – 474 (5,74%) имели специфические факторы риска заболевания туберкулезом.

Заключение

При обращении к врачу необходимо уточнять наличие туберкулезного контакта. Принято регистрировать только случаи семейного и производственного контакта, однако необходимо выявлять контакт с больными соседями, знакомыми, не проживающими вместе с родственниками. Обязательно учитывать

данные результатов туберкулинодиагностики и отсутствие вакцинации BCG.

Данные рекомендации повысят фтизиатрическую настороженность и позволят своевременно выявить у ребенка туберкулезную инфекцию.

ГЕРПЕС-ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ,ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ

Татаркіна А.М., Копійченко Т.С., Вовк Т.Г., Білоконова Л.А., ОнопкоН.В.
Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Зростаюча кількість хронічних форм захворювання печінки у дітей раннього шкільного віку і підлітків привертає увагу фахівців різних спеціальностей. Ураження гепатобіліарної зони (ГБЗ) у дітей з народження пов'язують із можливими генетичними змінами внаслідок впливу навколишнього середовища, соціальних факторів на організм матері і плода, зростанням частоти опортуністичних інфекцій. Переважними збудниками вродженої і набутої патології ГБЗ є група герпес-вірусів (ГГВ): ЦМВ, ВЕБ, HHV-6, HHV1-2.

З метою вивчення характеру змін ГБЗ у дітей, хворих на ГВ-інфекції проведено ретроспективний аналіз 178 історій хвороб дітей раннього віку. Діти першого року життя зіставили 31,8%, другого і третього – 39% та 29,2% відповідно. Хлопчиків – 56%, дівчаток – 44%. Діти надходили до стаціонару з різними діагнозами, серед яких переважали вірусний гепатит (28,5%); інфекційний мононуклеоз (23,7%); ГРЗ (19,3%); ГКІ (11,2%), кон'югаційна жовтяниця (8,7%); лихоманка неясного ґенезу (6,1%) та ін. (2,5%). Діагноз встановлено на підставі клініко-анамнестичних даних та додаткових лабораторно-інструментальних методів обстеження (включно серологічні тести та виявлення нуклеїнових кислот збудників -ПЛР). У 38.7% діагностовано ЦМВ, у 31,9% - ВЕБ, у 12,7% - HHV-6, у 2,2% - HHV1-2, у 16, 7% - різні міксти. Гострий початок хвороби зареєстрований у 62% хворих з підвищення температури тіла (субфебрильної – 58%; фебрильної - 42%); збільшення периферичних лімфовузлів – у 81,7%; катаральних проявів ВДШ – у 63,7%, розладів ШКТ – у 43,9%, жовтого кольору шкіри та склер – у 31,4%; ангіни з гнійними нашаруваннями – у 19%; висипки на шкірі – у 12, 4%.

Збільшення розмірів печінки виявлене в усіх дітей, селезінки - у 66,5%. За даними клініко-біохімічних обстежень та УЗД гепатит

діагнозований у 78,5% обстежених, з них – у 19,8% виявлені холангіт та/або холангіохолецистит; у решти - збільшення печінки, (без ознаків цитолізу) розцінено, як паренхіматозна її реакція; мезентеріальний лімфаденіт виявлений у 79,2%, паренхіматозна реакція підшлункової залози - у 32%. Гіпербілірубінемія 120- 180 виявлена у 8,3%; в межах 70-120 – у 4,8%; до 70 ммоль/л. – у 18,3% хворих. Підвищення АЛТ, АСТ, ГГТ виявлялось значно частіше($P<0,05$) – у 61,7 % і не перевищувала 7-10 норм у третини (21%), 3-6 норм –у 26, 7%, до 2-х норм- у 14, 6% хворих; лужна фосфатаза (ЛФ) - до 1,5-2 норм - у 17,2% хворих.

Тривалість лихоманкового періоду зіставила 7,6 ± 4,2днів; катаральних проявів - 5,3 ± 1,4; дисфункції ШКТ - 3,2 ± 1,3; висипки – 4,1 ± 0,9; збільшення розмірів печінки -12,3 ± 3,2; селезінки - 6,7 ± 2,1; периферичних лімфовузлів - 16,4 ± 4,3; гіпербілірубінемії - 7,3 ± 2,3; АЛТ, АСТ, ГГТ – 14,1± 3,1: ЛФ – 10,3 ±3,3. Нормалізація змін паренхіматозних органів та мезентеріальних лімфовузлів за УЗД була значно довшою: печінки - 23 ± 2,4; селезінки - 14± 1,3; панкреас 12 ± 0,85; мезентеріальних лімфовузлів - 25,7±3,1. Зазначені клінічні ознаки та їх динаміку ми проаналізували в залежності від виявлених маркерів ГВ-інфекції та віку хворих.

Встановлено: до патологічного процесу при виявлених інфекціях залучаються паренхиматозні органи, лімфовузли, ГВ-інфекціям притаманний пролонгований лихоманковий період, катаральні прояви, ураження ЦНС та ін. Ураження ГБЗ є характерною, стійкою (що до динаміки) клінічною ознакою для ГВ - інфекцій. Ми не виявили корелятивного звязку між розмірами печінки, синдромом цитолізу та зворотною динамікою патологічного процесу. Більш значні зміни ГБЗ ($P<0,05$) виявлені у дітей 2-3 років життя з ВЕБ, тоді як більш стійкі, зміни ГБЗ, з затяжним перебігом, тенденцією до хронізації, особливо у дітей перших місяців життя пов'язані з ЦМВ-інфекцією. Значно рідше ($P<0,05$) виражені та стійкі ураження ГБЗ діагностовано у дітей з ГВ-інфекцією обумовленою HHV-6 та HHV 1-2. Все це повинно насторожувати не тільки лікарів-педіатрів первинної ланки на ранню і своєчасну діагностику цих захворювань, але й лікарів акушерської практики проводити повне обстеження вагітних на TORCH-інфекції, включно ГГВ в повному обсязі з метою профілактики вроджених ГВ-інфекцій та інфікування цими вірусами немовлят в перинатальному та постнатальному періодах.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ГИПОТЕНЗИВНОГО ТИПА У ДЕТЕЙ

Тогаев Б.А., Баховитдинова З.М., Сахибова М.Ж., Нишанова Д.В.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. Среди сердечно-сосудистой патологии большое значение имеют заболевания, протекающие с нарушением сосудистого тонуса - гипертоническая и гипотоническая болезни. В последние десятилетия получены важные сведения об эпидемиодогии, этиологии, патогенезе и клинических особенностях сосудистых дистоний, а также о терапевтических и профилактических мероприятиях при данной патологии. Основная часть этих сведений касается артериальной гипертонии и лишь единичные исследования посвящены изучению гипотонической болезни. Между тем, гипотонические состояния широко распространены у лиц молодого возраста. По данным авторов, абсолютное число случаев заболевания регистрируется в возрасте 14-18 лет.

Особенности гемодинамики при артериальной гипотензии мало изучены. В доступной нам литературе имеется небольшое количество работ по изучению внутри- и внесердечной гемодинамики при артериальной гипотензии у детей. Изучение особенностей внутри- и внесердечной гемодинамики, вегетативного обеспечения организма у детей с гипотоническими состояниями в зависимости от пола, возраста дает основание к поиску адекватных методов лечения таких больных.

Цель работы. Изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и вегетативного статуса у детей с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) гипотензивного типа и разработать принципы дифференцированного подхода к профилактике и лечению.

В работе представлены результаты комплексного клинико-анамнестического и функционального обследования 80 детей в возрасте 7-14 лет с ВСД. Клиническое обследование больных включало в себя углубленное изучение анамнеза жизни, анамнеза заболевания, клинико-инструментальные и лабораторные исследования, рентгенографию органов грудной клетки и черепа, ЭКГ, а при необходимости - ЭЭГ, ЭХОКГ. Специальная программа обследования детей включала в себя оценку функционального состояния ВНС, изучение внутри- и внесердочной гемодинамики. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы мы

использовали ЭКГ, верхушечную и правожелудочковую кардиографию, эхокардиографию в разработке Н.Н.Савицкого. Для оценки показателей системной гемодинамики в качестве контроля были, использованы индивидуальные величины АД в зависимости от возраста и уровня физического развития детей и подростков, рассчитанные по уравнениям регрессии в гемограммах, разработанные Е.Н.Волчанским. Выводы. Таким образом, в клинической картине нейроциркуляторной дистонии у детей школьного возраста преобладают гипертонический (50,6%) и кардиальный (42.7%) варианты. Отличительные особенности различных клинических форм нейроциркуляторной дистонии у школьников определяются состоянием вегетативного дисбаланса: при кардиальном варианте- снижением парасимпатической активности, а при гипертоническом - активацией симпатического тонуса. Сочетание клинических проявлений вегетативного дисбаланса с психоэмоциональными расстройствами у детей с нейроциркуляторной дистонией свидетельствует об эмоционально-личностных нарушениях и снижении адаптационных способностей. Для раннего выявления вегетативной дисфункции и артериальной гипертензии у призывников с нейроциркуляторной дистонией рекомендуется проведение кардиоинтервалографии и применение клинокоортостатической пробы.

ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ

Турсунбаев С.В., Ефименко О.В., Ганиев А.Г.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. В структуре детской смертности, связанной с пороками развития, врожденные пороки сердца (ВПС) занимают первое место. Естественное течение ВПС сопровождается высокой летальностью, уровень которой зависит от периода жизни больного и адаптационных возможностей организма, а также от тяжести самого порока. Большинство детей с ВПС умирают в грудном возрасте (40-80%), преимущественно в первые месяцы жизни. Это обусловлено периодом адаптации организма к имеющемуся дефекту, который начинается с первого вдоха ребенка. Уровень младенческой смертности безусловно зависит от сложности и тяжести порока, а

также наличия сопутствующей экстракардиальной патологии. Наиболее жизнеугрожающими следует считать цианотические пороки сердца, протекающий с гипоксией, вызванной попаданием неоксигенированной венозной крови в артериальное русло, как за счет веноартериального сброса так и смешивания крови. Среди всех ВПС «синего типа», второе место занимает транспозиция магистральных сосудов (ТМС), составляя 6-10%. Если в нормальных условиях БКК и МКК связываются между собой в последовательной цепи, то при ТМС функционирование сердечно – сосудистой системы возможно только при наличии естественных или патологических коммуникаций.

Целью наших исследований явилось изучение частоты различных вариантов ТМС у детей 1-года жизни и их клинические показатели.

Материал и метод исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни (26) детей 1-го года жизни, получивших лечение в кардиологическом отделении Областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижана.

Результаты. Все дети поступали в стационар в тяжелом состоянии. Наряду с общим цианозом у всех детей имели место одышка и тахикардия. Степень выраженности клинических симптомов и нарушений гемодинамики в значительной мере зависели от количества и размеров компенсирующих коммуникаций. Наиболее тяжелое состояние отмечено у 2 новорожденных (8%), у которых ТМС сочеталась с ООО (4мм), с последующим летальным исходом. Из числа всех обследуемых детей наибольший удельный вес составила ТМС в сочетании с ДМЖП (с размером дефекта от 10-20 мм – 46,1% и 20-24 мм – 15,4%); с ДМЖП и стенозом выходного отверстия выявлена у 2-х детей (8%). Сочетание ТМС с ДМЖП и ДМПП диагностирована у 3 детей (11.5%); ТМС с ДМЖП и ОАП – у двух (8%); ТМС с ДМЖП и ДМПП и ОАП У 1 ребенка (3.8%) .

Из клинических проявлений нами отмечены: кардиомегалия (100%), шумовая акустика соответствовала анатомическому дефекту; у всех детей имело место гепатомегалия.

Таким образом, нами представлена частота вариантов и исход ТМС у детей первого года жизни.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Тухтаназарова Н.С., Мулладжанова К.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра инфекционных болезней
Андижан, Республика Узбекистан

Несмотря на более легкое течение болезни, коклюш и в настоящее время сохраняет свои основные клинические особенности и остается для детей в возрасте до 1 года (и особенно первого полугодия) тяжелым заболеванием.

Невосприимчивость к коклюшу не передается от матери к ребенку; трансплацентарно переносимые антитела сохраняется у ребенка не более 4-6 нед. и даже, несмотря на их наличие, дети в первые дни жизни могут заболеть коклюшем.

После активной иммунизации во всех странах и в Узбекистане отмечается значительное снижение заболеваемости коклюшем. Однако снижение заболеваемости коклюшем в разных возрастных группах происходит неравномерно. В последние десятилетия многие авторы обращают внимание на то обстоятельство, что наиболее высокий показатель заболеваемости наблюдения среди детей в возрасте до 1 года. Такое положение, по-видимому, можно объяснить тем, что детей в возрасте до 1 года удается иммунизировать против коклюша лишь в 40% случаев.

Цель исследования. Были обследованы 26 ребенка первого года жизни больных коклюшем (основная группа), контрольную группу составили 12 детей старше 1 года с таким же диагнозом.

Материалы и методы исследования. Больные наблюдались и обследовались в воздушно- капельном отделении Андижанской областной клинической инфекционной больницы.

Изучение клинической картины показали, что коклюш у детей самого раннего возраста имели ряд особенностей, которые тем отчетливее выражены, чем моложе ребенок. Это касается спазматического кашля, который у детей в первые месяцы после рождения (9 детей) не имели характерных черт (реприз) и состояли из приступов коротких, но навязчивых кашлевых толчков, сопровождающихся цианозом и задержками, а иногда и настоящими остановками дыхания, различной длительности. Вслед за наступающей асфиксией возникали судороги с последующим развитием энцефалопатии. В одних случаях (у 11) дыхательные движения восстанавливались самостоятельно, в других (у 5), более тяжелых,

ребенку потребовалось немедленная помощь (искусственное дыхание, кислород). Частота апноэ в это возраста составляло 68,2%.

Результаты и обсуждение. У детей в первые месяцы после рождения (у 9 - 40, 9 ± 1,2%), инкубационный и катаральный периоды коклюша были редуцированы до 3-5 дней, а спазматический период удлинялся до 50-60 дней. Течение болезни у детей этого возраста отличалось длительностью и волнообразностью и чаще осложнялось поражением легких и центральной нервной системы. Частота пневмонии в этом возрасте составило 63,6±1,1% случаев. В этом возрасте чаще (P<0,001) наблюдались тяжелые (36,4±1,2%) и среднетяжелые (63,6±1,8%) формы болезни, чем у детей более старшего возраста (соотв. 10,0±1,3 и 40,0 ± 1,2%).

Судороги возникали у 10 детей (4,5±1,1%), потеря сознания у 6 (27,2±1,3%).

Типичные для коклюша гематологические сдвиги у детей раннего возраста наблюдались нередко: лейкоцитоз, а в начале спазматического периода отметили у 50,5±1,4% больных, а лимфоцитоз – у 81,1±1,4%.

Выводы.Таким образом, коклюш у детей 1 года жизни несмотря на снижение летальности, остается чрезвычайно актуальным из-за тяжести течения. Это объясняется особой чувствительностью этого возраста к кислородному голоданию, особенно мозга, что и проявляется признаками энцефалопатии.

ТОКСОПЛАЗМОЗ, КЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Тухтаназарова Н.С., Мулладжанова К.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра инфекционных болезней
Андижан, Республика Узбекистан

Токсоплазмоз-длительно текущее хроническое заболевание. К сожалению, проводимая этиотропная терапия не способствует быстрому и полному излечению. В результате, у больного формируется состояние глубокого физического и психологического стресса, который испытывают как сами пациенты, так и люди, жирующие рядом с больными токсоплазмозом. Так, например, для женщин, во время болезни и проведения лечения, создается стрессовая ситуация, которая не позволяет ей быть матерью на данном этапе.

Цель исследования. По вопросу постановки диагноза токсоплазмоза, подходов к проведению этиотропной терапии, а так же

профилактики токсоплазмоза, значительную психологическую поддержку пациенту является нашей целью.

Материалы и методы исследования. В результате проведенного клинико- лабораторного обследования диагноз токсоплазмоз выставлен, или подтвержден 52 больным. Из них у 10 пациентов был диагностирован острый токсоплазмоз, у 17- подострый, у 13 больных – иннаппарантный, у 12 – хронический токсоплазмоз. Возраст обследованных составил от 16 до 40 лет. Из них было 48 женщин и 4 мужчин. Длительность заболевания на момент обращения составляла от 3 недель до 1 года.

У больных острым токсоплазмозом заболевание начиналось с интоксикации: общая слабость, недомогание, мышечные боли, озноб или познабливание, снижался аппетит, работоспособность (у 6 больных), а у 2 пациентов инфекционный процесс начинался с повышения температуры тела до 38^0 С, которая сохранялась в течение 4-6 дней; двое больных сразу же без продромального периода обратили внимание на увеличение лимфатических узлов. У всех 10 пациентов в последующем заболевание протекало типично: субфебрилитет, лимфаденопатия и данная клиническая картина оставалась у 4 больных до 3 месяцев, у 6- до 7 месяцев. Необходимо отметить, что у 3 больных пальпировался только 1 лимфоузел в области шеи величиной 1х1,5 см, а у 6 пациентов генерализованная лимфааденопатия (пальпировались лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые и на УЗИ определялись увеличенные мезентериальные), один больной имел увеличение лимфоузлов по ходу трахеобронхиального дерева (по данным рентгенограммы). У 8 больных с токсоплазмозом пальпировалась увеличенная печень и селезенка что подтверждалось данными УЗИ.

Результаты и обсуждение. Подострый токсоплазмоз клинически характеризовался невыраженной интоксикацией, субфебрилитетом, лимфаденопатией. Хронический токсоплазмоз- длительно текущий процесс с сохраняющейся субфебрильной температурой тела (12 пациентов). Со стороны лимфатических узлов отмечалась тенденция к увеличению до диаметра 1,5х 0,3 см. Поражение ЦНС наблюдалось у 2 пациентов. Заболевание протекало с повышением температуры тела до 38 в течение 10 дней, с последующим субфебрилитетом, сильнейшими головными болями. Клинически диагностирован менингеальный синдром с лимфоцитарным плеоцитозом и наличием кист в головном мозге. У 5 больных отмечалось поражение глаз по типу заднего увеита (очагового хориоретинита). Инаппарантный токсоплазмоз в основном выявлялся у беременных (10 обследуемых), которые были присланы

врачами – гинекологами женских консультаций, а у 3 пациентов при подготовке к беременности. Каких либо клинических проявлений со стороны внутренних органов у этой группы наблюдаемых не было.

Для лабораторной диагностики токсоплазмоза использовали реакцию непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) с определением специфических антител класса IgG и IgM.

Обследуемым пациентам назначалась классическая схема комплексного лечения этиотропным препаратом фансидар с фолиевой кислотой и при необходимости дезинтоксикационная патогенетическая терапия. Абсолютнқми показателями к назначению этиотропных препаратов являются острая, подострая и иннаппарантная формы токсоплазмоза. Лечение хронического токсоплазмоза проводится в зависимости от выраженности клинической симптоматики, характера преобладающих поражений.

Длительное наблюдение за больными токсоплазмозом позволяет отметить, что этот диагноз влияет на личность пациента, изменяет самосознание, снижает эффективность трудовой деятельности (пациент «уходит в себя», в «болезнь»), ограничивает жизненные перспективы. Консультирование обратившихся к специалисту по токсоплазмозу пациентов позволяет: обучать население профилактике токсоплазмоза, оказывать психологическую поддержку, правильно подбирать курсы лечения заболевания. Врач должен быть готов к обсуждению вопросов, связанных с внутриутробным заражением плода и рождению ребенка с клиническими проявлениями врожденного токсоплазмоза (манифестные формы) и латентных форм.

Выводы. Профилактику врожденного токсоплазмоза необходимо проводить с учетом того факта, что только первичное заражение женщины во время беременности может привести к инфицированию плода. Не иммунные беременные женщины, должны быть обязательно взяты на диспансерное наблюдение и обследоваться на токсоплазмоз во время беременности. Профилактика приобретенного токсоплазмоза включает: употребление в пищу только хорошо термически обработанных мясных продуктов; отказ от дегустации мясного фарша или сырого мяса; употребление в пищу только хорошо мытых овощей, зелени, фруктов; тщательное мытье рук после работы на огороде и при контакте с сырыми мясными продуктами. Необходимо проводить борьбу с беспризорными домашними животными, лечение больных токсоплазмозом домашних кошек.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Урумбаева З.А., Зайнабитдинова С.Н., Ганиев А.Г., Усманова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей бронхиальной астмой (БА) и их более тяжелому течению. Широкое использование достижений биохимии, генетики и иммунологии в решении узловых вопросов аллергических заболеваниями внесло много нового в представление о формировании болезни. Однако, несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным. Так, например, почти каждый третий больной БА как минимум 1 раз в месяц просыпается ночью в связи с симптомами астмы. Более половины больных имеют ограничения физической активности, более трети вынуждены пропускать занятия в школе.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей и совершенствовать методы ее противорецидивной терапии. Совершенствовать методы первичной и вторичной профилактики атопической бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. В ходе работы нами обследовано 58 детей школьного возраста (от 7 до 15 лет) с различными степенями тяжести БА. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей аналогичного возраста, не имеющих перенесенной патологии в последние 5 недель наблюдения. У наблюдаемых детей с БА изучались данные анамнеза и общеклинические показатели, проводились клинико-лабораторные, инструментальные, аллергологические и иммунологические исследования.

Результаты исследований. Изучение аллергологического анамнеза показали, что у большинства детей (68,4%) в детстве имел место аллергический диатез по типу экссудативно-катарального, у 47,4% больных – уртикарная сыпь на лице, спине, 15,8% страдали эпизодической и сезонной крапивницей, у 10,5% больных отмечалась непереносимость к антибиотикам. У многих детей отмечалось сочетание бронхиальной астмы с атопическим дерматитом.

У наблюдаемых нами детей с атопической бронхиальной астмой сопутствующий атопический дерматит отмечался в 58,3% случаев. Основу заболевания у таких детей часто составляет поливалентная сенсибилизация к аллергенам домашней пыли, эпидермальным, пищевым и лекаартвенным аллергенам. Течение бронхиальной астмы у таких детей часто тяжелое, сопровождалось выраженной эозинофилией и гипервентиляционными нарушениями. Важное место при бронхиальной астме у детей занимают *гипервентиляционные нарушения,* которые включают неадекватную гипервентиляционную реакцию на различные воздействия. Исследования показали, что у больных БА патологические отклонения в показателях красной крови отсутствуют. За исключением относительного и абсолютного количества эозинофилов. Количество последних оказалось достоверно высоким у больных БА, что подтверждает о длительно сохраняющимся аллергическим процессом в организме. А еще эозинофилию считают одним из постоянных признаков аллергических заболеваний при этом, преобладание сегментоядерных нейтрофилов указывает на инфекционный генез заболевания.

Выводы. БА у детей сопровождается яркими клиническими проявлениями. Изучение аллергологического анамнеза с достоверной точностью помогает диагностировать это заболевание, которое подтверждается или дополняется при генеологическом исследовании. У детей, страдающих бронхиальной астмой, отмечаются в анамнезе наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, выявляются признаки пищевой и лекарственной аллергии, поливалентной сенсибилизации организма к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам. В периоде обострения заболевания у детей с бронхиальной астмой констатируются изменения гемограммы, свойственные аллергическому воспалению и изменения функциональных показателей респираторного тракта.

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Усманова М.А., Ганиев А.Г., Мирзаева З.У., Садикхужаева М.У.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. На распространённость бронхиальной астмы существенно влияют критерии её диагностики и методика изучения.

Большинство статистических данных базируется на показателях, полученных при обращении пациентов в лечебные учреждения. Однако, эти результаты не соответствуют истинной распространённости заболевания в связи с поздней диагностикой заболевания, особенно на ранних стадиях и в лёгких случаях болезни, ибо в официальной статистике фигурируют преимущественно среднетяжёлые и тяжёлые формы бронхиальной астмы с частыми приступами. В настоящее время выделяют ещё одну группу признаков, наследование которых приводит к развитию бронхиальной астмы - предрасположенность к повышенному синтезу определённых цитокинов. В частности картированы гены, контролирующие продукцию цитокинов: 5q 31.1 - ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-9, ИЛ-13, ГМ-КСФ (стимулируют продукцию иммуноглобулина Е, функции тучных клеток, базофилов, эозинофилов); 6q 21.3 - ФИО -а (плейотропный воспалительный цитокин); 12q 14, 24-33 - ИФН-γ (ингибитор Th2-лимфоцитов). При этом ИЛ-4 играет существенную роль в атопическим иммунном ответе как за счёт переключения клеточного ответа в сторону Th2-подобных клеток, так и путём влияния на индукцию выработки иммуноглобулина Е В-лимфоцитами. Это позволяет отнести ген ИЛ-4 или гены факторов, регулирующих его экспрессию, к числу генов - «кандидатов», ответственных за развитие предрасположенности к атопии и бронхиальной астме.

Цель: Изучение основных показателей гуморального и клеточного иммунитета, уровня цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-2, ФНО-а) в сыворотке крови и полиморфизма генов цитокинов (C-590T IL-4, C - 597A IL10 и T-330G IL2,G-308A TNFA) у детей с атопической бронхиальной астмой (АБА) с различным уровнем контроля над заболеванием.

Материалы и методы исследования: Обследовано 29 детей с контролируемой АБА (КАБА) и 21 с неконтролируемой АБА (НАБА). Контрольная группа - условно здоровые дети (п = 25). Все обследованные – по национальности узбеки в трех поколениях. Диагноз, тяжесть и уровень контроля заболевания были определены в соответствии с GINA. Субпопуляции клеток иммунной системы в крови определяли с помощью проточной цитометрии. Уровень цитокинов в сыворотке крови измеряли с помощью ELISA-2014. Генотипирование однонуклеотидных полиморфизмов проводили с помощью ПЦР и анализа длины рестриктных фрагментов с последующей детекцией в агарозном геле. Частота генотипов были протестированы на отклонение от Харди - Вайнберга (HWE) по точному критерию Фишера.

Результаты. Выявлены достоверные различия сывороточного уровня ФНО-а, ИЛ-4, IgE и относительного количества CD8+ (повышены), в то время как уровень CD3+ клеток и относительное количество CD4+ снижены у больных детей с НАБА по сравнению с КАБА (p <0,05). В группе КАБА наблюдалась более низкая концентрация ИЛ-10 в сыворотке, которая ассоциирована с наличием аллельного варианта IL10 A-597. Показана ассоциация аллельного варианта IL-4 T-590 с НАБА.

Вывод: уровень ФНО-а, ИЛ-4, IgE и CD3+, CD4+, CD8+ клеток идентифицированы в качестве маркеров неконтролируемого течения АБА у детей. Полиморфизм промоторных регионов генов IL-4, IL10, IL2, TNFa ассоциирован с аллергическим воспалением и могут рассматриваться в качестве кандидатных маркеров неконтролируемого течения АБА.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ

Фазилов С.А., Баховитдинова З.М., Сахибова М.Ж., Нишанова Д.В., Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р., Хужамбердиева Ш.Х.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра поликлинической и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. Оценка функционального состояния сердечно - сосудистой системы у детей и подростков представляет одно из важнейших направлений в биологии и медицине, поскольку его критерии являются базовыми в плане определения и прогнозирования соматического здоровья, физического статуса, а также возможных ограничений тех или иных видов двигательной активности. Выявление их отклонений от нормы у здоровых детей является важной профилактической задачей физиологии и медицины. В то же время изолированная регистрация параметров функционального состояния сердечно-сосудистой системы снижает их информационную ценность. Более перспективным является комплексный подход, предполагающий установление взаимосвязей с антропометрическими показателями, результатами нагрузочных тестов, вегетативных проб и т.п. Это и послужило основанием для проведения настоящих исследований.

Цель исследования. Основной целью явилось изучение особенностей функционального состояния сердечно-сосудистой системы и вегетативного статуса у детей и подростков мужского пола

в возрасте от 7 до 15 лет, а также внутри- и межсистемных взаимосвязей регистрируемых параметров.

Результаты и обсуждение. Согласно результатам проведенных исследований, реакция сердечнососудистой системы на физические нагрузки в возрастном диапазоне от 7 до 15 лет в основном определяется увеличением частоты сердечных сокращений, которая, в свою очередь, зависит от исходных значений пульса в состоянии покоя. В этом плане особо неблагоприятным является возраст 13-14 лет. Наиболее высокая потребность миокарда в кислороде регистрируется в 7-мь, а так же в 13-15 лет. Учитывая это, организация занятий физической культурой и спортом у мальчиков в возрасте 7-ми лет и подростков 13-15-ти лет требует особой регламентации как в плане объема выполняемых нагрузок, так и их интенсивности. Установлено также, что оценка систолического артериального давления в возрасте 7, 9, 11 и 13 лет должна осуществляться с учетом массы тела на основании соответствующих двухмерных центильных шкал. В тоже время существующие на сегодняшний день двухмерные центильные шкалы для оценки артериального давления базируются на различиях в длине тела. При анализе электрокардиограмм у современных детей и подростков особое внимание следует уделять продолжительности интервала QT, а также отношению амплитуды зубца R к амплитуде зубца T в левых грудных отведениях. Подобные изменения характеризуют метаболические изменения в миокарде, что обуславливает необходимость углубленного обследования на предмет выявления очагов хронической инфекции, нарушений вегетативного статуса, дефицита определенных витаминов, минеральных веществ, микроэлементов, передозировки физических нагрузок и т. п. Применительно к детям, имеющим феномен укороченного интервала PQ, обязательно исключение функционирования дополнительных проводящих путей, повышения тонуса симпатического отдела, гиповитаминоза, артериальной гипертонии и ряда других факторов. Отдельного внимания заслуживают дети и подростки с высоким зубцом R в отведении VI. Интерпретация подобных изменений нередко вызывает серьезные трудности. Опираясь на последние данные литературы, высокий зубец R в отведении VI нередко регистрируется при наличии патологии папиллярных мышц. В связи с этим, такие дети должны быть целенаправленно обследованы путем использования метода эхокардиографии. Вегетативный статус в возрасте от 7 до 15 лет значимых изменений не претерпевает. Исключение составляет возраст 12 лет, когда, согласно полученным данным, которые не совпадают с традиционными представлениями,

имеет место повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. При этом установлено, что между различными методами оценки функционального состояния вегетативной нервной системы в данном возрастном диапазоне корреляционные взаимосвязи носят неоднозначный характер. В частности, исходя из полученных результатов, для оценки вегетативного статуса могут быть использованы: в возрасте 7 лет – показатель частоты сердечных сокращений в состоянии покоя, индекс Кердо и колебания длительности интервала RR; в возрасте 8 лет - частота сердечных сокращений и колебания длительности интервала RR; в 9 лет - индекс Кердо, результаты активной одноминутной ортостатической пробы и колебания длительности интервала RR; в 13 и 14 лет - частота сердечных сокращений и колебания длительности интервала RR. Наиболее высокие значения общей физической работоспособности наблюдаются у детей 9-12 лет. В 13 лет происходит резкое падение относительных значений общей физической работоспособности, которые и к 15-летнему возрасту не достигают уровня 12 лет.

Выводы. В возрасте 13-15 лет необходимо снижение уровня физических нагрузок, направленных на развитие выносливости. Использование индекса Руффье в целях оценки общей физической работоспособности в возрастном диапазоне от 7 до 15 лет неправомерно. Специалисты, работающие с детьми и подростками, должны учитывать полученные данные в плане организации их двигательной активности и оценки функционального состояния ведущих систем организма.

СИНДРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОДРОСТКОВ

Фазилов С.А., Халматов Д.Н., Ганиев А.Г., Ахрарханов Р.А., Тагаев Б.А., Хужамбердиева Ш.Х.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы. Артериальная гипертензия (АГ) является самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием и одной из наиболее актуальных медицинских проблем во всем мире. Это обусловлено значительной распространенностью данной патологии, недостаточным контролем артериального давления (АД) в масштабе популяции, что ведет к высокому уровню

инвалидизации и преждевременной смертности. Остроту проблемы дополняет широкая распространенность АГ у детей, подростков и лиц молодого возраста и отчетливая тенденция в последние годы к дальнейшему росту частоты данного заболевания. Имеются данные о том, что роль пускового механизма в развитии артериальной гипертензии у детей играют многократные отрицательные психоэмоциональные воздействия, которые на фоне таких личностных особенностей, таких как - тревожность, мнительность и др. Они вызывают постоянное перенапряжение симпатоадреналовой системы, сопровождающееся спазмом гладкой мускулатуры артериол.

Цель. Изучить особенности клинико-неврологических и нейропсихологических нарушений у подростков с артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Исследованы 60 подростков в возрасте 15-18 лет, из них 30 с неврологической симптоматикой в сочетании с артериальной гипертензией (основная группа) и 30 - с диагнозом артериальная гипертония (АГ) без неврологических нарушений (группа для сравнения). Всем больным проводился общий клинический осмотр, исследование неврологического статуса, выполнялись общеклинические лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, тест толерантности к глюкозе, определение в крови уровня общего белка, мочевины, креатинина, показателей липидного спектра - общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности). Инструментальные методы диагностики включали электрокардиограмму, ЭХО-кардиографию, ультразвуковое исследование почек и надпочечников.

Результаты. При анализе результатов исследования выяснилось: вегетативная дисфункция выявлена у 88% лиц с АГ и неврологическими нарушениями, у больных АГ без неврологических нарушений в 35%, а у практически здоровых пациентов – в 2,7% случаев. Отмечалась достаточно тесная связь этих патологических состояний с неблагоприятным психоэмоциональным фоном. Наиболее распространенным симптомокомплексом жалоб у больных в обеих группах были головная боль, быстрая утомляемость, головокружение, снижение памяти, раздражительность или вялость, шум в голове, которые ухудшали работоспособность и качество их жизни. Цефалгии встречались в 89,3% случаев, что в 1,1 раза чаще, чем в группе сравнения (у 53,9% больных). Периодические приступы головокружения отмечались у 67,5% больных с основной группы, что 1,2 раза чаще, чем у пациентов группы сравнения.

Выводы. Неврологические синдромы сочетанные с артериальной гипертонией проявляются в виде цефальгии давящего и распирающего характера, преимущественно в затылочной области, также вегетативными кризами, диссомнией. Цефалгии обычно наблюдаются более трех раз в неделю, являются приступообразными. Они сочетаются также с повышением диастолического артериального давления в дневные и ночные часы до 95 мм.рт.ст. и выше и скорости его утреннего повышения выше 6 мм рт.ст./час. Выраженную венозную недостаточность помогает диагностировать наличие у пациентов астенического синдрома и цефалгий, спровоцированных у них повышением артериального давления.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Филонова Т.А., Елоева З.В., Савво В.М.
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра педиатрии

Одной из важных проблем современной медицины является рост числа хронических неинфекционных заболеваний и ассоциированная с этим полиморбидность. Возможным фактором, способствующим формированию указанных состояний, является дисплазия соединительной ткани, в связи с ее широкой распространенностью в организме.

Учитывая вышеизложенное, целью работы явилось изучение структуры висцеральных диспластических маркеров у детей с фенотипическими признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и пролапсом митрального клапана (ПМК). Обследовано 220 детей с ПМК в возрасте от 4 до 17 лет. Применялись унифицированные клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты: В наблюдаемой группе детей преобладал ПМК I степени (69,1%). Клинически значимый пролапс с митральной регургитацией установлен у 12,7% детей, преимущественно препубертатного и пубертатного возраста. Признаки миксоматозной дегенерации выявлены у 70,5% детей, что коррелировало с максимальной степенью соединительнотканной дисплазии. Достаточно часто ПМК (85,5%) сочетался с эктопическими хордами левого желудочка, аномалиями подклапанных структур. По данным ЭКГ практически у всех детей зарегистрированы нарушения реполяризации, желудочковая экстрасистолия – у 12,7 %, укорочение

предсердно-желудочковой проводимости – у 15,9 %. Синдром вегетативной дисфункции отмечался у 56,4 % детей (цефалгии, метеозависимость, нарушения сна, неустойчивый сосудистый тонус по данным РЭГ). Как проявления висцеральных маркеров у половины обследованных выявлены аномалии желчного пузыря (перегиб пузыря, S – образная и шаровидная деформации), что часто сочеталось с нарушением моторики желчевыводящих путей, преимущественно по гипотоническому типу. Примерно у трети детей наблюдались диспластические и дизметаболические изменения в почках в виде оксалурии и фосфатурии, умеренной солевой инкрустации, гидроколикоза, различных вариантов изменений формы коллекторной системы почек. У 78,2 % детей зарегистрированы изменения нескольких органов и систем, среди которых у практически половины обследованных наблюдались проявления признаков ДСТ в 3-х системах.

Таким образом, совокупность отмеченных выше висцеральных проявлений подтверждает полиорганность изменений при дисплазии соединительной ткани и определяет необходимость проведения диагностического поиска для клинической оценки состояния внутренних органов и определения оптимальной лечебно-профилактической тактики.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ МАЮТЬ КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ

Фролова Т.В.[1]*, Атаманова О.В.*[1]*,Осман Н.С.*[1]*, Ємець Т.В.*[1]*, Берус А.В.*[2]
[1]Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №1
[2]Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня №17

Дефіцит вітаміну D (ДВД) та його недостатність (НВД) у дітей розглядається як глобальна проблема сьогодення. Доведено, що 80% населення в світі страждають на дефіцит вітаміну D **(**MichealF. Holick, 2016**)**, який має зв'язок і обумовлює ризик розвитку цілої низки захворювань: інфекційних, алергічних, автоімунних, серцево-судинної, травної, ендокринної та кістково-м'язової систем, тощо (Поворознюк В.В., 2014). Незважаючи на безумовну актуальність питання, ще й досі не має єдиної думки щодо профілактичних та терапевтичних доз вітаміну D у дітей різних вікових груп і дітей з хронічною соматичною патологією, що наводяться в рекомендаціях дитячих асоціацій різних країн світу.

Усе вищезазначене й обумовило виконання даного дослідження.

Мета дослідження: встановити взаємозв'язок між рівнем вітаміну D та коморбідною патологією у дітей шкільного віку.

Матеріали та методи дослідження. Шляхом експедиційних виїздів до організованих дитячих колективів, комплексно обстежено 142 дитини віком 10-17 років (46,5 % дівчат і 53,5 % хлопчиків), які постійно мешкають у м. Харкові. Дослідження забезпеченості вітаміном D проводилося шляхом визначення концентрації 25-гідроксівітаміну D 25(OH)D у сироватці крові з подальшим аналізом результатів з урахуванням міжнародних рекомендацій: діагностичним критерієм дефіциту вітаміну D вважався рівень 25(OH)D менш ніж 20 нг/мл (50 нмоль/л), виражений дефіцит - менш ніж 10 нг/мл (25 нмоль/л); недостатність - 21–29 нг/мл (50,1–74,9 нмоль/л); нормальний рівень 30–50 нг/мл (75,0–125,0 нмоль/л) (Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline / M.F. Holick, N.C. Binkley, H.A. Bischoff-Ferrarietal., 2011).

Результати та їх обговорення. Аналіз результатів показав, що у дітей шкільного віку в структурі хронічної захворюваності перше місце посідає патологія кістково-м'язової системи (68,9%), шлунково-кишкового тракту (45,3%), нервової системи (39,8%), захворювання ока та його придатків (23,5%), органів дихання (19,8%), серцево-судинної системи (13,5%), ендокринна патологія (13,4%), функціональні психоемоційні розлади та логоневрози (7,6%). При цьому, у (87,9±3,1)% дітей має місце поєднана хронічна соматична патологія (ХСП), кількість якої збільшується з віком дитини. Так, у віці 10-12 років (10,2±1,0)% дітей мають 2 діагнози, у віці 13-15 років(13,8±1,2)% школярів мають 3 діагнози, а у віці 16-17 років (22,8±1,6)% підлітків – до 4-х діагнозів.

Комплексне обстеження з'ясувало, що тільки 16,2% дітей шкільного віку практично здорові.

Встановлено, що середній рівень 25 (OH)D у дітей, які мають ХСП (n= 118) складає(18,2±8,4 нг/мл),при цьому достовірні відмінності між дітьми різних вікових груп відсутні. Виражений ДВД встановлено у 5,0% дітей, тоді як ДВД мають 59,5% обстежених дітей, НВД – у 20.1% школярів;нормальний рівень вітаміну D спостерігався тільки у 15,4% дітей з ХСП.

Аналіз результатів дослідження показав, що ДВД достовірно асоційований з бронхіальною астмою і коморбідними їй станами (алергічний риніт, атопічний дерматит),порушеннями обміну речовин (ожиріння, цукровий діабет 1 типу) та синдромом дисплазії сполучної тканини, який, у свою чергу,характеризувався більш високим числом коморбідних станів.

Аналіз результатів дослідження показав, що ДВД достовірно асоційований з синдромом дисплазії сполучної тканини, який, у свою чергу, характеризувався більш високим числом коморбідних станів; бронхіальною астмою,порушеннями обміну речовин (ожиріння, цукровий діабет 1 типу).

Висновки. Таким чином, серед дітей шкільного віку, які мешкають у м. Харків, тільки 15,4% забезпечені вітаміном D. Дефіцит вітаміну D та його недостатність асоційована з великою кількістю хронічних захворювань,що вказує на необхідність визначення рівня вітаміну D у школярів із соматичною патологією, а також регулярного застосування препаратів вітаміну D з профілактичною та лікувальною метою.

ЧАСТІ ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ: ПОВСЯКДЕННІСТЬ АБО ПРОБЛЕМА?

Фролова Т.В., Барська Л.Я., Стенкова Н.Ф.
Харківський національний медичний університет
кафедра пропедевтики педіатрії №1

Практикуючі педіатри в щоденній роботі, стикаючись з гострою респіраторною інфекцією (ГРІ) у дітей, змушені відповідати на запитання батьків, чому ж так часто хворіє дитина, чи правомочний взагалі термін: дитина, яка часто хворіє? За даними up-to-date і Американської академії педіатрії (ААП), 2019 р., ГРІ є найпоширенішою хворобою серед загальної захворюваності в Сполучених Штатах Америки, на яку припадає приблизно 22 мільйони пропущених шкільних днів і близько 20 мільйонів пропущених днів по роботі, в тому числі, час, проведений по догляду за хворими дітьми. Опираючись на те, що кількість вірусів, що найчастіше викликають ГРІ в північній півкулі, становить близько 10 (Lancet 2003 р), а їх серотипів налічують більш ніж 500, у людини може зустрічатися по кілька ГРІ на рік і десятки - протягом життя. За даними ААП, 2019 р. діти до шести років в середньому мають від шести до восьми ГРІ на рік, а симптоми захворювання тривають в середньому до 14 днів.

ААП наполягає, що використання імуномодулюючих та противірусних безрецептурних препаратів з профілактичною метою не є доцільним у зв'язку з недоведеною їх ефективністю (2019 р).

Метою даного дослідження було вивчити частоту і тривалість ГРІ у дітей до 6-ти річного віку на підставі даних їх анамнезу, а також оцінити доцільність профілактичного прийому безрецептурних препаратів з метою профілактики ГРІ.

Обстежено 250 дітей віком від 1 до 6-ти років, які перебували на лікуванні в дитячому відділенні міської клінічної лікарні з приводу ГРІ, переважно гострого бронхіту (85,4±3,1)%. Тривалість захворювання в середньому складала (14,8±2,1) днів. За даними анамнезу (75,8±2,2)% дітей до 2-х річного віку мали в середньому до (2,1±1,1) ГРІ на рік, (81,3±3,3)% дітей з 2-х до 6-ті років, які відвідували дитячий колектив хворіли на ГРІ до (9,4±2,1) разів протягом року, (78,6±2,4)% дітей, які не відвідували дитячий колектив хворіли (5,1±2,1) разів на рік. У весняно-літній період всі діти хворіли приблизно з однаковою частотою в середньому (2,0±1,5) разів протягом сезону. Треба відзначити, що (47,7±3,2)% дітей обох груп: діти, які хворіють більше 8 разів на рік та діти, які хворіють до 6 разів на рік, за бажанням батьків або за призначенням дільничного педіатра з профілактичною метою приймали безрецептурні "противірусні та імуномодулювальні" препарати. Проте, незалежно від їх прийому, ГРІ у дітей обстежених груп зустрічалася з однаковою частотою.

Проведене дослідження підтверджує дані літератури про те, що в середньому до 8 ГРІ на рік для дитини є звичайним становищем, особливо якщо дитина відвідує дитячий колектив. Використання у дітей з метою профілактики ГРІ безрецептурних препаратів які, за даними фірми-виробника, мають противірусну та імуномодулювальну дію є недоцільним.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ТІМ'ЯНИХ КІСТОК

Фролова Т.В., Осман Н.С., Стенкова Н.Ф.
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №1

Аномалії розвитку - збірне поняття, яке включає в себе відхилення від звичайної будови організму і супроводжується стійкими структурними змінами в органах і тканинах. За даними ВООЗ вони зустрічаються у 0,3-2 % дітей.

Великі тім'яні отвори (Foramina parietalia permagna) належать до рідкісної аномалії розвитку кісткової системи, а саме - тім'яних кісток. В популяції тім'яні отвори зустрічаються в 60% випадків, частіше мають розмір до 2 мм; за розміром правий отвір домінує над лівим. Ці отвори формуються внаслідок порушення інтрамембранозної осифікації тім'яних кісток, тому їх розмір може дуже варіювати; вони можуть містити сосуди. М'які тканини над ними звичайно не змінені; іноді вони поєднуються з внутрішньочерепними судинними

аномаліями. Якщо розглядати великі тім'яні отвори як аномалію розвитку, то цей стан зустрічається дуже рідко - 1:25000 випадків. Тип наслідування аутосомно-домінантний, мутація відбувається в гені гомеобокса ALX4, можливі різні варіанти пенетрантності гена. Він може асоціюватися з іншими вадами розвитку кісткової тканини, метаболічним синдромом, а також може бути варіантом черепно-мозкової грижі. Після народження великі тім'яні отвори починають зменшуватися у розмірах на протязі 3 років, подальше їх зменшення незначне.

Метою дослідження є вивчення діагностики та перебігу випадкуоднієї з аномалій розвитку тім'яних кісток- великих тім'яних отворів.

Задача дослідження - опис клінічного випадку великих тім'яних отворів.

За консультацією звернулись батьки 2-місячної дівчинки зі скаргами на збільшення розміру малого джерельця. Дівчинка від 2 вагітності, 2 пологів. Перебіг вагітності гладкий, за даними планових УЗ-скринінгів патології у плода виявлено не було. При народжені відмічалось незначне округле м'яке пухлиноподібне утворення в області тім'ячка, що виступало над рівнем шкіри на 1-1,5 см. Воно було розцінене лікарем-педіатром як кефалогематома, однак, за даними нейросонографії у віці 3 тижнів, цей діагноз не був підтвердженим. Протягом кількох тижнів припухлість зменшилась, а на цьому місці чітко пальпувався отвір розміром 3,5 см на 3,5 см. На момент звернення розмір отвору складав 3 см на 3 см. Для виключення порушень мінерального обміну, відхилень у гормональному статусі, інших вад розвитку та хромосомної патології було призначене обстеження. За даними біохімічного дослідження крові (рівні кальцію, фосфору, лужної фосфатази), імуноферментного аналізу (рівні вітаміну $Д_3$, тіроксину, тіреотропного гормону в сироватці крові); ультрасонографії серця, органів черевної порожнини та нейросонографії; генетичного дослідження (каріотипування) патологічних змін виявлено не було. Дитина консультована нейрохірургом; проведено МРТ головного мозку (судині аномалії не виявлені). Дівчинці виставлено діагноз: вроджена вада розвитку кісток черепа, кістковий дефект тім'яних кісток. Дівчинка отримувала профілактичні дози вітаміну $Д_3$. При повторному звернені через рік, у дівчинки пальпуються два отвори по обидва боки від сагітального шву в ділянці тім'яних кісток розміром 0,5 см на 1 см, симетрично розташовані; нервово-психічний та фізичний розвиток за віком. У батьків даної патології не відмічається.

Таким чином, приведений клінічний випадок повністю співпадає з даними літератури, не супроводжується іншими патологічними відхиленнями та не впливає на якість життя дитини.

ОСОБЛИВОСТІ ВВЕДЕННЯ ПЕРШОЇ СТРАВИ ПРИКОРМУ ДІТЯМ ГРУДНОГО ВІКУ

Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Кононенко О.В., Амаш А.Г.
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії № 1

Після 6-місячного віку грудним дітям стає все важче задовольняти свої потреби в поживних речовинах та енергії тільки за рахунок грудного молока або сумішей, тому у віці 6 місяців повинні бути введені додаткові, більш енергоємні продукти харчування, тобто прикорм. До цього віку травна система дитини вже достатньо зріла, щоб переварити крохмаль, білок і жир немолочних продуктів, а більшість дітей готові спробувати їжу, що відрізняється від грудного молока чи сумішей. В якості першого прикорму в різних країнах світу частіше рекомендуються каші, рідше - овочі чи фрукти, тому що останні мають недостатню харчову та енергетичну цінність, вживаючи які діти піддаються підвищеному ризику недоїдання.

Мета дослідження полягала у визначенні страв першого прикорму, які найчастіше отримували діти першого року життя.

Матеріали і методи: за допомогою спеціально розробленої анкети проведено опитування 255 матерів доношених здорових дітей до 1 року, які отримують один чи декілька прикормів.

Результати: встановлено, що 64% матерів не віддавали пріоритет будь якому конкретному продукту в якості страви першого прикорму. Стравою вибору були різноманітні каші (42%), овочі (48%), кисло-молочні продукти (10%). Рекомендації щодо будь-якої послідовності страв прикорму частіше надавали лікарі приватних клінік - 61%, частина матерів джерелом саме такої рекомендації вказували освітні медичні сайти та батьківські форуми - 24%, особисті уподобання родини - 15%. При цьому 36% матерів у якості першого прикорму надавали перевагу тільки кабачковому пюре, вказуючи на його низьку алергенність, місцеве культивування та нейтральні смакові властивості. Аналізуючи набір маси тіла дітей встановлено, що в малюків, яким у якості першої страви прикорму введена каша, прибавка маси тіла склала від 300 до 550 грамів за місяць. У дітей, які отримували в якості першої страви пюре кабачка, набір маси тіла коливався від 220 до 400 грамів за місяць.

Висновки: не існує науково доведеної "правильної" черговості введення страв прикорму. Головне, щоб продукти прикорму забезпечували достатню кількість енергії, білка та мікроелементів для покриття енергетичних та поживних потреб дитини. Черговість введення прикорму може бути змінена в залежності від гастрономічних уподобань дитини та доступності якісних продуктів харчування. Занепокоєння щодо потенційних алергічних ефектів є поширеною причиною обмеження певних продуктів харчування в раціонах немовлят і дітей раннього віку. Однак немає контрольованих досліджень, які вказують, що обмежувальні дієти мають ефект. Тому слід підвищувати рівень обізнаності лікарів, в першу чергу, педіатрів первинної ланки щодо харчування дітей першого року життя.

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Хайдаров Б.М., Мухитдинова З.А., Курбанов Н.М., Каримов Р.А., Хайдарова Х.Б.
Таджикский государственній медицинский университет
имени Абуали ибни Сино
Кафедра детских болезней №2
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: разработать эхокардиографические (ЭхоКГ) критерии диагностики гипертрофической и дилатационной кардиомиопатии (ГКМП и ДКМП соответственно) у детей и провести сравнительный их анализ.

Материал и методы исследования. Анализированы показатели эхокардиограммы 30 детей с ГКМП (мальчиков - 19, девочек – 11) и 30 детей с ДКМП (мальчиков – 12, девочек – 18) в возрасте от 2 до 15 лет. Наряду с общеклиническими методами исследования проводились ЭхоКГ, ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ показал наличие значительных отличий морфофункциональных параметров сердца при ГКМП и ДКМП у детей.

Наиболее характерным ЭхоКГ признаком всех форм кардиомиопатии явилась гипертрофия миокарда левого желудочка. У всех больных с ГКМП выявлена асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки, у 18 из них также и в меньшей степени – задней стенки левого желудочка. Отношение толщины межжелудочковой перегородки к толщине миокарда задней стенки левого желудочка колебалось от 1,5 до 3,8 см и составило в среднем

2,2 (при норме 1,3 и <). При ДКМП асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки отсутствовала, однако отмечалась преимущественная гипертрофия задней стенки левого желудочка, иногда с незначительным утолщением межжелудочковой перегородки.

Другим признаком кардиомиопатии было изменение размеров и объёмов ЛЖ, а также левого предсердия и правого желудочка. При ГКМП наблюдалось уменьшение диастолического (у 16) и систолического размеров левого желудочка (у 21), диастолического (у 16) и систолического объёмов левого желудочка (у 20 больных). Дилатация левого предсердия выявлена у 12, правого желудочка – у 20 детей. При ДКМП эти показатели достоверно отличались от таковых у больных с ГКМП. Так, у всех больных отмечалось значительное увеличение систолического и диастолического размеров и объёмов левого желудочка, а также и с ещё большей частотой диаметра левого предсердия (у 26) и правого желудочка (у 28 детей).

Нарушение функционирования створок клапанов сердца также явилось признаком всех форм кардиомиопатии. Для ГКМП типичным было переднесистолическое движение передней створки митрального клапана (у 23), нередко её касание с межжелудочковой перегородки в систоле и в диастоле. Систолическое прикрытие аортального клапана выявлено у 13, систолическое дрожание аортального клапана – у 4 детей. При ДКМП изменения функционирования створок клапанов были незначительными: пролапс створок митрального и трикуспидального клапанов, относительная их недостаточность и синдром «рыбьей пасти». При этом иногда выявлялись тромбы в полостях сердца и незначительный экссудат в перикарде, видимо, как признак сердечной недостаточности.

Значительно отличались показатели сократительной способности миокарда левого желудочка, его диастолического расслабления и насосной функции сердца при кардиомиопатии. Так, при ГКМП наряду с повышением сократительной способности миокарда (увеличение скорости циркулярного укорочения волокон миокарда у 27, фракции изгнания - у 22 и процента систолического укорочения волокон миокарда – у 24 больных) наблюдалось резкое снижение его релаксации (увеличение времени изоволюмического расслабления у 26 и уменьшение скорости аутоволюмического расслабления - у 22 больных). Показателями снижения насосной функции сердца явилось уменьшение ударного объёма у 13 и минутного объёма – у 14 больных. В то время при ДКМП отмечалось значительное снижение сократительной способности миокарда у всех детей (резкое уменьшение скорости циркулярного укорочения волокон

миокарда) и насосной функции сердца (уменьшение ударного и минутного объёмов, фракции изгнания и процента систолического укорочения волокон миокарда) при сохранении параметров диастолического расслабления миокарда.

Кардиомиопатии нередко приводили к нарушению движения межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желдочка. Для ГКМП типичным были гипокинетичность (у 18), реже акинетичность межжелудочковой перегородки (у 1 ребёнка) и гиперкинезия задней стенки левого желудочка. При ДКМП отмечался диффузный гипокинез миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки.

Таким образом, разработанные эхокардиографические критерии ГКМП и ДКМП у детей свидетельствуют о наличии значительных отличий морфо-функциональных параметров сердца при них, что необходимо учитывать при обосновании диагноза и проведении лечебных мероприятий.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КАРДИАЛЬНОЙ ФОРМЫ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Халматов Д.Н., Ганиев А.Г., Ахрарханов Р.А., Фазилов С.А., Тогаев Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра госпитальной и неотложной педиатрии
Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. Вегето-сосудистая дистония (ВСД) — комплекс симптомов, который проявляется расстройствами деятельности различных систем организма. ВСД считается спорным диагнозом, он не включен в Международную классификацию болезней. На сегодняшний день наиболее часто используется термин «нейроциркуляторная дистония» – совокупность нарушений функционирования сердечно-сосудистой и нервной системы. Она возникает из-за патологий нейроэндокринной регуляции. В целом заболевание характеризуется доброкачественным течением, то есть не представляет опасности для жизни больного. Вегето-сосудистая дистония сопровождается целым рядом различных симптомов, которые проявляются или усиливаются на фоне стресса или в результате неблагоприятного влияния окружающей среды.

Однако вопросам ранней диагностики изменений ССС и их взаимосвязи с формой и течением заболеваний уделялось недостаточно внимания. Требует более глубокого изучения

характеристика состояния сердечно - сосудистой системы, особенности деятельности вегетативной нервной систем в зависимости от формы заболевания и степени активности патологического процесса. Выявление зависимости клинико-параклинических признаков от формы и тяжести заболевания позволило бы уточнить некоторые механизмы нарушений и наметить пути их коррекции для предупреждения развития жизнеугрожающих состояний. Общие аспекты здоровья детей за последние годы сопряжены с возрастанием частоты и распространенности различных пограничных соматических или вегето-висцеральных дисфункций. Проявления пограничных состояний особенно значительно реализуются в критические возрастные периоды при переходе метаболических функций с количественных аспектов на качественно новый уровень.

Цель исследования - охарактеризовать пограничные состояния в зависимости от возрастных периодов у детей.

Материалы и методы исследования. На базе ОДММЦ и школ семейных поликлиник №№1,3,5 г. Андижан Республики Узбекистан, были обследованы 88 детей в возрасте от 7 до 18 лет с кардиальной формой вегето-сосудистой дистонии (ВСД). Диагноз устанавливался после подробного изучения анамнестических сведений, среди которых особое внимание уделялось течению беременности, родов, постнатальному периоду и, кроме того, фоновой патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. Обобщая клинические проявления кардиальной формы ВСД у детей, отмечено наличие симптомов, указывающих на церебральные дисфункции, а также кардиальные симптомы. Помимо этого выявлены соматогенные проявления, связанные с параллельным внедрением в основной процесс дисфункции других морфофункциональных систем на уровне органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, органов мочевыделения. Состояние церебральных, кардиальных и соматогенных симптомов в общей клинической характеристике наблюдаемых детей составила соответственно - 39,1, 48,7 и 12,2%%. При этом можно констатировать, что у целого ряда детей имело место сочетание этих симптомов, прежде всего, кардиальных и церебральных, а также в комплексе с различными соматогенными дисфункциями.

Выводы. Обобщив в целом клинические проявления у детей с кардиальной формой ВСД можно предполагать, что наиболее значимым синдромом в общей семиотике проявлений данных пограничных состояний является кардиальный синдром, который включает в себе следующие положения:

- Боль различного характера (колющая, давящая, сжимающая, пронизывающая, ноющая), локализующаяся под соском, у левого края грудины, под левой ключицей доминирует у детей школьного возраста.

- Боль обычно не носит характера пароксизмов, длится от десятков минут до нескольких дней и даже недель, периодически нарастая и ослабевая.

- Факторы, провоцирующие боль- это ненастная погода, нервные потрясения, перенесенные инфекционные заболевания, физические перегрузки.

- На фоне постоянных болей или при их отсутствии могут появиться приступообразные боли, которые в отличие от стенокардитических значительно варьируют по длительности и оставляют после себя чувство дискомфорта (тяжесть, давление, ноющая боль).

- Боль нередко сопровождается признаками возбуждения симпатоадреналовой системы: повышение артериального давления, тремор, тахикардия, возбуждение, страх, доминирующие у детей школьного возраста.

- присутствие «Т»- кардиопатии – наличие отрицательного зубца Т в сочетании с кардиологическим синдромом при исключении органических поражений коронарных сосудов, эндокарда, миокарда и перикарда.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДРУЖЕСТВЕННОЙ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Цуркану Т.Г.[1], Андриеш Л.П.[1], Леско Г.Д.[2], Цуркану Д.Г.[3]
[1]Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану
[2]Национальный центр дружественной молодёжи «Neovita»
[3]Центр семейных врачей нр.2

Введение. По данным ВОЗ,70% ранних случаев смерти среди взрослого населения обусловлено поведением, инициированным в подростковом возрасте.

Разработанные ВОЗ и ЮНЭЙДС *Глобальные стандарты качества медико-санитарных услуг для подростков* рекомендуют сделать такие услуги более ориентированными на подростков, обеспечивая им точную с медицинской точки зрения и соответствующую возрасту информацию о здоровье.

Подростки и молодые люди в возрасте от 10 до 24 лет составляют около одной пятой населения Молдовы. Они подвержены разных опасностях: незащищенный секс, подростковая беременность, злоупотребление наркотиками (ВИЧ / СПИД) и насилие. Их уязвимость обусловлена нестабильным экономическим уровнем, отсутствием родительского надзора (высокий уровень миграции), бытовым насилием, отсутствием доступа к качественным услугам. В 2002–2005 годах при поддержке ЮНИСЕФ, Международной ассоциации развития, Всемирного банка и Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству в Молдове было создано 11 медицинских центров дружественных молодежи. С 2007 года эти центры стали функциональными подразделениями общественного здравоохранения. В 2011 году были запущены проекты расширения этих услуг.

Материалы и методы: анализ официальной статистики по здоровью и развитию молодежи, ежегодные отчеты о работе центров здоровья, адаптированных для молодежи. Мы использовали данные исследований уровня доступа к качественной медицинской помощи, дружественной молодежи, проведенного Ассоциацией здоровья молодежи, которая действует во всех районах и городах страны.

Результаты и дискуссии:

1.Доступ к медицинской помощи, ориентированной на молодежь, увеличился более чем в три раза (12 центров в 2011 году и 37 в 2018 году), что расширило доступ к медицинским услугам.

2.Разработан компонент «Сексуальное и репродуктивное здоровье подростков» в репродуктивном здоровье (Закон № 138 от 15.06.2012).

3. Разработка функциональных правил, включая формы мониторинга и отчетности.

4 Разработка правил деятельности службы дружественной молодежи (Постановление М.З.№ 868 от 31.07.2013)

5. Введение в программу обучения модуль –медицинская помощь дружественная молодежи, для врачей-резидентов, с целью повышения квалификации врачей по оказанию медицинской помощи, предназначена подростков и молодежи.

6. Разработка, адаптация Руководства ВОЗ: Комплексная медицинская помощь для подростков и, молодёжи для поставщиков медицинских услуг, адаптированная и переведенная на румынский и русский языки.

7. Воздействие на здоровье подростков и молодых людей может быть усилено путем информирования, общения с родителями и

другими членами гражданского общества, применения функциональных механизмов, меж секторального сотрудничества.

ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ОЖИРІННЯ ЗА УЯВЛЕННЯМИ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.

Чайченко Т.В., Самсонова Т.В., Гончарь М.О., Чумаченко Т.О., Кліменко В.А., Рибка О.С., Бужинська Н.Р.
Харківський національний медичний університет
кафедра педіатрії № 1 та неонатології

В Україні на ожиріння страждає 17,77% дітей і це захворювання посідає друге місце поміж ендокринопатій у дитячому віці, а кількість осіб з надлишком ваги навіть не фіксується.

З метою оцінки уявлення дітей різного шкільного віку про загальну проблему ожиріння та шляхи її попередження опитано 392 школярів, що мешкають в місті та сільських районах області, серед яких 115 підлітків старшого шкільного віку (15-17 років), 202 - середнього шкільного віку (10-14 років), та 75 - молодшого шкільного віку (6-9 років).

Результати: шляхом попередження надлишкової ваги на думку школярів, є зменшення кількості споживаної їжі, що, незалежно віку, для половини дітей не є важким($P>0,05$). Втім але з віком виникає залежність від обставин у питаннях контролю кількості їжі, що вони споживають (від 33 до 46% у середньому та старшому віці).

Зменшення розміру порції для контролю вагине є актуальним для 10-15% дітей незалежно від вікової групи. Усвідомлення правильності цих дій зростає з віком ($P<0,0001$), з достовірною різницею між середньою та старшою віковими групами ($P<0,0001$). Причому, кількість дітей, які не знають відповіді на це запитання достовірно зменшується з віком ($P<0,0001$): від 44% до 15% опитаних.

Висновки: з віком збільшується розуміння необхідності контролю за розміром порції та зменшення кількості споживаної їжі, проте зростає вплив соціальних факторів на дотриманням цих положень.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ДИТИНИ, ХВОРОЇ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ З ХРОНІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ САМОКОНТРОЛЮ

Чайченко Т.В.[1], Шульга Н.В.[2], Коляда О.В.[2], Харькова М.О.[1], Рибка О.С.[1]

[1]Харківський національний медичий університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології
[2]КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня»

Актуальність: Цукровий діабет І типу у дітей є однією з найактуальних проблем сучасної педіатрії. Щоденні обов'язкові медичні процедури, гострі та хронічні ускладнення, необхідність дотримуватися постійної дієтотерапії та режиму фізичної активності чинять певний вплив на психіку, поведінку і систему взаємовідносин хворих дітей із суспільством. За даними літератури рівень тривоги та депресії у дітей та підлітків з цукровим діабетом це основні чинники, що перешкоджають досягненню адекватного глікемічного контролю. Тому розуміння психологічного стану дитини хворої на цукровий діабет грає велику роль у її лікуванні.

Клінічний випадок: Дівчинка К., 15 років, хворіє цукровим діабетом 8 років. Самоконтроль не виконує. За 2018 рік була госпіталізована 7 разів, в тяжкому стані, до відділення реанімації, після, зі слів дитини, аліментарної похибки або на фоні стресу. Ускладнення цукрового діабету: діабетичний гепатоз, діабетична кардіоміопатія, діабетична енцефалопатія. Дитина з багатодітної родини, виховується відчимом. У ході бесіди було з'ясовано, що дитина дуже хвилюється за здоров'я матері, має проблеми з однолітками, переймається низькою успішністю. З батьками та дитиною багато разів проводилися бесіди на тему важливості дотримання дієтотерапії та режиму інсулінотерапії. За даними психологічного тестування у дитини виявлено значне зниження самооцінки, з помірно підвищеним рівнем тривоги, депресії та гнівності. У дівчини виявлено значно підвищений рівень схильності до девіантної поведінки, що може бути результатом високого рівня алекситимності, а саме невміння розуміти та контролювати власні емоції. При цьому рівень мотивації до діяльності є помірним, що свідчить про спроможність пацієнта виконувати вимоги самоконтролю за умови наявності бажання. Таким чином, даний клінічний випадок демонструє той факт, що у пацієнта з неконтрольованим перебігом цукрового діабету наявні суттєві психологічні розлади, що за виразністю сягають психотичного рівня.

Висновок: Пацієнтам підліткового віку із складностями самоконтролю необхідна психологічна допомога з метою розробки індивідуальних програм, спрямованих на підвищення самооцінки та мотивації.

ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗПОДІЛУ ПОЛІМОРФІЗМУ C / T ГЕНА FADS2 (rs174583) У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ, ЩО БУЛИ НАРОДЖЕНІ З МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА З ДАНИМИ СВІТОВИХ ПОПУЛЯЦІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Шумна Т.Є., Левчук Т.О., Камишний О.М.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра дитячих хвороб

Мета. Визначення поліморфізму C / T гена FADS2 (rs174583) и закономірність розподілу алельних генів у дітей з малою масою тіла при народжені.

Матеріали та методи дослідження Для вивчення поліморфізму C / T гена FADS2 (rs174583) було обстежено 170 дітей. Діти були поділені на 3 групи в залежності від ваги при народжені: I група 53 дітей (вага при народжені склала 1500-1999 строк гестації 33,0 [32,0;35,0]), II група 77 дітей (вага при народжені 2000-2499, строк гестації 35,0 [34,0;36,0]), III група – 40 дітей, що склали групу контролю (вага при народжені більше 2500г строк гестації 38,0 [36,0;39,0]). Генотипування проводилося методом полімеразної ланцюгової реакції.

Результати. Частота виявлення алеля C поліморфізму C / T гена FADS2 (rs174583) склала 63,59%, алеля T – 36,47 %. ($p<0,05$). Гомозиготний генотип TT був виявлений у 16,47% обстежених дітей, зустрічався достовірно рідше, нуж генотип CC ($p<0,05$) та гетерозиготний генотип CT ($p<0,05$). Домінантний генотип CC та гетерозиготний генотип CT зустрічалися серед обстежених дітей з приблизно з однаковою частотою, 43,53% та 40% відповідно, достовірних відмінностей між частотою виявлення генотипів не виявлено. Серед дітей I групи гомозиготний генотип TT було виявлено у 15,09%, генотип CC - у 37,47%, гетерозиготний генотип у 47,17%. Серед дітей II групи генотип TT -18,18%, генотип CC та CT було виявлено у 38,96% та 42,86%. Серед дітей III групи генотип CC знайдено у 52, 50% дітей, CT- 32,50% , TT-15,00 %. Виходячи літературних даних, алель C частіше зустрічалась серед мешканців Південної Азії (84,7%) та Африки (75,8%), рідше в Америці та Східної

Азії. Алель Т найчастіше був виявлений серед мешканців Америки та Східної Азії. Генотип (СС) найчастіше зустрічався серед мешканців Південної Азії (76,6%) та Африки (57,8%). Найменша частота зустрічаємості генотипа ТТ була виявлена серед мешканців Африки и склала 6,2%. У обстежених серед мешканців Південної Азії генотипи ТТ та СТ зустрічався з приблизно однаковою частотою, 25% та 26% відповідно. При порівняні розподілу генотипів у Європейській популяції, ми зробили висновки, що діти запорізького регіону наближаються за показниками до мешканців північно-західної Європи.

Висновки.1. Отримані результати розподілу поліморфізму С / Т гена FADS2 (rs174583) відповідали та наближалися до показників північно-західної Європи. 2. Розподіл генотипів та алелів поліморфізму rs174583 гену FADS2 у різних частинах світу неоднорідний. Проте прямопропорційно генотипи СС та СТ переважали у мешканців тих країн, де спостерігався дуже високий відсоток передчасних пологів та народження дітей з малою масою (Південна Азія -84,7%, Африка - 75,8%).

ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ. ЕНДОГЕННІ ТА ЕКЗОГЕННІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ

Шутова О.В., Волошина Л.Г., Бабаджанян О.М.
Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра педіатричної гастроентеології та нутриціології

Вступ. Однією з важливих проблем дитячої гастроентерології є вивчення механізмів формування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ).

Мета дослідження – визначити екзогенні та ендогенні чинники формування жовчнокам'яної хвороби в дитячому віці.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 80 дітей у віці від 2-х до 17 років, хворих на ЖКХ. Було виділено 2 групи дітей: 43 дитини з ЖКХ (основна група – ОГ) та 37 хворих з функціональними та запальними захворюваннями біліарного тракту з «біліарним сладжем» (група порівняння – ГП). Виявлення чинників середовища проводилося на підставі анкетування членів сімей дітей, хворих на ЖКХ.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед обстежених сімей виявлено шкідливі звички, зокрема паління, у батьків дітей ОГ до настання вагітності у матерів, причому в 1,6 разів частіше у батьків дітей із ЖКХ, ніж у батьків дітей ГП (39,53% проти 24,32%, $p > 0,05$). Матері дітей ОГ в 1,2 рази частіше мали хронічні захворювання, ніж

матері дітей із ЖКХ (54,06% проти 46,51% ОГ, $p > 0,05$). Під час вагітності матері хворих дітей обох груп приймали лікарські засоби, причому матері дітей з ЖКХ у 2 рази частіше, ніж матері хворих з функціональними та запальними хворобами гепатобіліарного тракту (у 79,07% матерів ОГ проти 37,84% матерів ГП, $p < 0,001$). Фізіологічний перебіг вагітності в 2,3 рази частіше спостерігався у матерів дітей з ГП порівняно з перебігом вагітності у матерів дітей, хворих на ЖКХ (89,19% проти 39,53% відповідно, $p < 0,001$). Неонатальний період без ускладнень визначався вірогідно частіше у дітей ГП (97,29% проти 69,77%, $p < 0,001$) і, навпроти, затяжна жовтяниця вірогідно частіше реєструвалася у дітей із ОГ (30,23% проти 2,70%, $p < 0,001$). У дітей із ЖКХ вірогідно частіше діагностували гостру респіраторну вірусну інфекцію, ніж у дітей ГП (44,19% проти 16,22%, $p < 0,05$). На підставі проведених досліджень нами було проведено визначення прогностичної значущості досліджених ознак щодо несприятливого перебігу патології гепатобіліарної системи у дітей. Використано методику послідовної (секвенціальної) процедури Вальда з визначенням інформативності ознак (Інф.) за допомогою критерію Кульбака.

Висновки. Встановлено, що найбільшою інформативною значущістю володіли наступні показники: патологічний перебіг вагітності (ПК=+7,5; Інф. = 2,73) та лікування матері під час вагітності (прийом лікарських препаратів) (ПК=+3,2; Інф. = 1,63), грудне вигодування дитини до 3-х місяців (ПК=+8,9; Інф. = 2,00), наявність затяжної жовтяниці у новонародженої дитини (ПК=+10,5; Інф. = 1,64) у неонатальний період, спадкова обтяженість щодо ЖКХ (ПК=+2,5; Інф. = 1,26).

ЗМІСТ

Abdurashidov A.A., Ganiev A.G. 3
THE ANALYSIS OF SOCIAL AND HYGIENIC CONDITION OF STUDENTS OF THE 1ST COURSE OF ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
Ciuntu A., Bernic J., Gudumac V. 4
CLINICAL CHARACTERISTICS OF URINARY CD40 AND SDF-1 IN CHILDREN WITH ACUTE GLOMERULONEPHRITIS
Ciuntu A., Bernic J., Gudumac E. 5
TNF-α LEVEL IN URINE OF CHILDREN WITH GLOMERULONEPHRITIS
Ciuntu A., Bernic V., Gavriluţa V., Postolachi S., Gruzinschi A., Beneş S. 6
CLINICAL CHARACTERISTICS OF HEMOLYTIC UREMIC SYNDROME IN CHILDREN
Ciuntu A., Gavriluţa V., Bernic J., Gruzinschi A., Beneş S. 8
ACUTE POSTSTREPTOCOCCAL GLOMERULONEPHRITIS IN A PATIENT WITH CONGENITAL ANOMALIES OF THE KIDNEY AND URINARY TRACT
Makieieva N., Biriukova M., Alekseeva N., Vasylchenko Y., Malakhova V., Tsymbal V. 9
PATIENT WITH CHRONIC LUNG PATHOLOGY
Mullajanova K.A., Tuhtanazarova N.S., Aripova J.N., Bayhanova N.T., Solomonnik O.N. 11
PECULIAR PROPERTIES OF SALMONELLOSIS INFECTION IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES
Rotaru Liliana 13
MARKERS OF OXIDATIVE STRESS IN LABORATORY MONITORING OF PATIENTS WITH CORALLIFORM LITHIASIS AND CALCULAR PYELONEPHRITIS
Turcanu Tamara, Andries Lucia, Panu Valentina, Turcanu Ana 14
RISK FACTORS-MARKER TO INFANTS WITH MATERNAL-FETAL HERPES INFECTION

Voloshyn K., Pavlenko N., Slobodianiuk O., Augustine Borbor Conteh 15
USING OF A TEST OF INTESTINAL INFLAMMATION MARKERS FOR SCREENING CHILDREN WITH BOWEL PATHOLOGY
Zharkova T.S., Kusnezov S.V., Gubar S.O., Kolesnyk Y.V. 16
PROSTAGLANDINS AS PROGNOSTIC CRITERIA FOR THE FORMATION OF COURSE OF BACTERIAL INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN
Абдулалиев А., Икромов Т.Ш., Сафархонов Х.М., Ахмедов О.Ш., Боджалолов Дж.Ф. 18
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БРОНХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Абдулхакова Р.А., Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р., Рахманов Г.Б. 21
ПРОБИОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ
Абдурашидов А.А., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р. 24
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Аленіна І.С., Меламед О.В., Спасьонова Н.І., Колибаєва Т.Ф., Петренко Є.К., Підвальна Н.А. 26
ДИНАМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ ОРГАНІВ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ
Аллахвєрдієва З.С., Бадогіна Л.П. 27
ЧАСТОТА ТА ХАРАКТЕР УРАЖЕННЯ НИРОК У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ДІТЕЙ
Амаш А.Г. 28
ЗАЛЕЖНІСТЬ МІНЕРАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ДІТЕЙ ВІД ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ МАТЕРІВ ТА ВИДУ ВИГОДОВУВАННЯ
Бадогина Л.П., Ширикина М.В., Аллахвердиева З.С., Заболотная Л.Д. 30
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Багацька Н.В., Нефідова В.Є. 31
ОЦІНКА СТАНУ ХРОМОСОМНОГО АПАРАТУ У ДІВЧАТ З ПОРУШЕННЯМИ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ
Баховитдинова З.М., Сахибова М.Ж., Нишанова Д.В., Ганиев А.Г. 33
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ДИСФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ
Белькевич А.Г., Козыро И.А., Мельникова И.А. 35
РЕТИНОЛ-СВЯЗЫВАЮЩИЙ БЕЛОК В ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ
Боброва В.І., Кошова А.О., Загородня Я.М. 37
ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ
Богмат Л.Ф., Шевченко Н.С., Бессонова І.М. 38
ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНИХ УРАЖЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ
Богмат Л.Ф., Шевченко Н.С., Ніконова В.В., Демьяненко М.В., Бугаєвская М.О. 39
УМОВИ ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ
Бочарова Л.И., Бурянова В.А, Ротару Т.В. 41
ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Букій С.М., Ольховська О.М., Онопко Н.В., Букій Л.А., Білоконова Л.А. 43
ВПЛИВ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСУ НА НОРМАЛІЗАЦІЮ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ХВОРИХ НА ШИГЕЛЬОЗ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ
Булак Г.В., Козак Я.Р. 44
ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ТА ЇХ ПРАКТИЧНОЇ АПЛІКАЦІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ
Вакуленко Л.І., Савченко А.В., Андрейченко І.І., Кунак О.В. 49
ОСОБЛИВОСТІ ЕХОМОРФОЛОГІЇ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Водолажський М.Л., Сидоренко Т.П., Фоміна Т.В., Кошман Т.В. 51
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НАУКОВО-ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЗА НАПРЯМКОМ «ДИТЯЧА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ»
Ганиев А.Г., Мирзаева З.У., Садикхужаева М.У., Каримова Н.Р. 52
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Ганиев А.Г., Урумбаева З.А., Зайнабитдинова С.Н., Усманова М.А. 54
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
Ганиев А.Г., Усманова М.А., Батиров А.Р., Хайдарова Л.Р. 55
ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)
Гончарь М.О., Бойченко А.Д., Кондратова І.Ю., Комова В.О., Левинська О.О. 57
РОЛЬ ГЕНЕТИЧНОЇ ДЕТЕРМІНАНТИ У РЕАЛІЗАЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ
Гончарь М.О., Іванова Є.В., Кондратова І.Ю., Комова В.О. 58
НЕОНАТАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ
Горячко А.Н., Сукало А.В., Уварова Е.В., Улезко Е.А., Свирская О.Я., Самойлович С.В., Станкевич О.Б. 59
ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
Губарь С.О., Одинец Ю.В., Саратов В.Н., Жаркова Т.С. 61
ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Губар С.О., Юркіна І.С., Юнцова К.О. 63
ВПЛИВ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Гурагата А.М., Марталог П.Н., Ченуша Ф.В., Ротару Д.И. 65
РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС - КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Данилова В.В., Данильченко А.В., Данильченко Д.В., Голуб К.И. 69
ДО ПИТАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКОПОТОКОВОЇ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ АНЕСТЕЗІЇ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ
Данилова В.В., Овчаренко С.С., Сайко В.М., Шевченко Я.А. 70
ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ
Донос А.А., Трипадуш Н.М., Илиев А-М.И., Токарчук Л.В., Доника-Симко В.И., Галупа Л.Н., Ганущак Н.Г., Кобзарь И.В. 71
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ
Дробова Н.М. 73
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ
Елоева З.В., Киселева Л.П., Мамалуй Н.И. 74
БЛОКАТОРЫ ОПУХОЛЬ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ФАКТОРА И ЛАТЕНТНАЯ ИНФЕКЦИЯ. РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ДЕТЕЙ
Ефименко О.В., Жалолов Б.Б. 81
СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
Ефименко О.В., Маматалиев Б.А. 82
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА
Ефименко О.В., Умаров З.М. 84
РОЛЬ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Зайнабитдинова С.Н., Ганиев А.Г., Урумбаева З.А., Усманова М.А. 85
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ
Ибодов Х., Сорбон М., Икромов Т.Ш. 86
ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ЖЕНШИНЫ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Саломов А.К., Иброхимзода А.И. 90
ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Сафархонов Х.М., Рахимов А.А. 95
ВОССТАНОВЛЕНИЕ СПОНТАНТНОГО ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Икромов Т.Ш., Абдулалиев А.А., Юсупов Б.Х., Рахимов А.А. 98
ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Кашіна-Ярмак В.Л. 100
ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА В СИСТЕМІ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ
Кашкалда Д.А., Косовцова А.В., Сухова Л.Л., Юдченко О.И., Ярмак Е.В., Шарун Е.В. 102
ПОКАЗАТЕЛИ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С ГИПОАНДРОГЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА
Клименко В.А., Ащеулов О.М., Плахотна О.М., Дмитрова Г.В. 104
НАУКОВО-ОБҐРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЕЛІМІНАЦІЙНОЇ ДІЄТИ ДИТИНИ РАННЬОГО ВІКУ

Ковальова О.М., Похилько В.І., Артьомова Н.С., Цвіренко С.М., Чернявська Ю.І. 111
ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИМИ КРОВОВИЛИВАМИ III–IV СТУПЕНЯ
Кожокарь С.В., Мэтрэгунэ Н.Г., Бикир-Тхоряк Л.И. 113
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ
Козакевич В.К., Зюзіна Л.С., Фесенко М.Є, Козакевич О.Б., Мелащенко О.І. 115
ПРОГНОЗУВАННЯ ЗАТРИМКИ СТАТО-КІНЕТИЧНОГО РОЗВИТКУ ВКРАЙ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ В РАННЬОМУ ВІЦІ
Козыро И.А., Сукало А.В. 116
К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ IGA НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ: ОЦЕНКА ВКЛАДА ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ
Копійченко Т.С., Кузнєцов С.В., Татаркіна А.М., Бурма Я.І., Белоконова Л.А., Сушко Л.М., Онопко Н.В. 118
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ ХРОНІЧНОЇ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ
Куликова Д.А., Крылова А.С.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С «НЕМОЙ» ФОРМОЙ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА 119
Макєєва Н.І., Алєксєєва Н.П., Малахова В.М., Бірюкова М.К., Семеренко А.І., Мірошніченко І.І. 121
АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ І РИЗИК ФОРМУВАННЯ АСТМИ У ДІТЕЙ
Макєєва Н.І., Казанов В.Я., Саратов В.М., Осьмачко І.Є., Бойко О.М. 122
ЛІКУВАННЯ ДИЗБАКТЕРІОЗА ПРИ ХРОНІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ УДІТЕЙ
Макєєва Н.І., Мішина М.М., Прийма Ю.С., Головачова В.О., Ярова К.К., Макаренко Р.І., Сівих О.М., Фуртас О.М., Осолодченко Т.П. 124
УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПІЄЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ВИВЧЕННЯ БІОПЛІВОК ІЗОЛЯТІВ

Макєєва Н.І., Морозова О.О., Харченко Т.В., Кучеренко М.В. 125
СТАН РЕНАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ ТА ВЕЗИКОУРЕТЕРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ
Макеева Н.И., Одинец Ю.В., Поддубная И.Н., Афанасьева О.А., Белоусова Л.С., Койда М.Л. 128
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ
Макеева Н.И., Одинец Ю.В., Саратов В.Н., Казанов В.Я., Губарь С.О., Маренич Л.П., Болдырева Е.С. 129
ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНГИБИТОРОМ, У ДЕТЕЙ
Макєєва Н.І., Одинець Ю.В., Яворович М.В., Чайка Х. 131
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН У ДІТЕЙ З ГЕМОРАГІЧНИМ ВАСКУЛІТОМ, ЯК ПОКАЗНИК ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ
Макеева Н.И., Сергиенко Е.В., Чайка К.А., Чумак Т.А., Должко Н.В., Осьмачко И.Е., Бойко О.Н. 133
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ АДАПТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ К ПРОЦЕССУ ОБУЧЕНИЯ
Макєєва Н.І., Чайка Х., Яворович М.В., Афанасьєва О.О., Маренич Л.П., Вейнгольд Т.А. 135
ГІПОКОМПЛІМЕНТЕМІЯ ПРИ ГЕМОРАГІЧНОМУ ВАСКУЛІТІ У ДІТЕЙ
Марталог П.Н., Гурагата А.М., Ченуша Ф.В., Романчук Л.В., Ротарь А.В., Пырцу Л.Я. 137
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ
Мельник О.В. 139
ДОСВІД МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ ІЗ СКЛАДНИХ СОЦІАЛЬНИХ УМОВ ЖИТТЯ
Мирзаева З.У., Ганиев А.Г., Садикхужаева М.У., Каримова Н.Р. 141
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мирзаева З.У., Ганиев А.Г., Усманова М.А., Садикхужаева М.У. 143
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Мулладжанова К.А., Тухтаназарова Н.С. 145
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНВАЗИВНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ
Муратова К.Г., Аленіна І.С., Колібаєва Т.Ф. 147
ДОСВІД УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ
Мэтрэгунэ Н.Г., Бикир-Тхоряк Л.И., Кожокарь С.В. 148
ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ
Никитенко О.П., Стоєва Т.В., Ємельянова О.Ю. 151
ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБНОГО СПЕКТРУ СЕЧІ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ НИРОК
Оболонська О.Ю., Оболонський О.І. 152
ПРОГНОЗУВАННЯ ПОРУШЕНЬ НИРКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ШЛЯХОМ ОЦІНКИ ПЕРФУЗІЙНОГО ІНДЕКСУ
Одинец Ю.В., Головачева В.А., Одинец П.И., Козлова Я.В., Костина М.Ю. 154
ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ
Одинець Ю.В., Кондратюк Т.О., Горбач Т.В., Соломахин А.В. 156
ПРОГНОЗУВАННЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ БІЛКІВ ТЕПЛОВОГО ШОКУ ТА КРИТЕРІЙ ШКАЛИ СЕПСИСУ У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ
Павленко Н.В., Солодовниченко И.Г., Волошин К.В., Ганзий Е.Б., Савицкая Е.В., Слободянюк А.Л. 158
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ «НАХОДКИ» У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Павлишин Г.А., Шульгай А.-М.А. 159
АСОЦІАЦІЯ МІЖ РІВНЕМ ВІТАМІНУ D І КАРДІОМЕТАБОЛІЧНИМИ РИЗИКАМИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ
Пархоменко Л.К., Страшок Л.А., Турчіна С.І., Косовцова Г.В., Завеля Е.М., Ісакова М.Ю., Єщенко А.В. 160
ГІПОАНДРОГЕНІЯ У ЮНАКІВ ЯК ПРЕДИКТОР МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ
Песковая Н.А., Солнцева А.В., Окулевич Н.М. 163
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНА РОСТА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА
Порохня Н.Г., Різник А.В. 165
ПОРУШЕННЯ КЛАПАННОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ЕНДОКАРДИТАХ У ДІТЕЙ
Прилуцкая В.А., Павловец М.В. 167
ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ МАКРОСОМИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА
Прилуцкая В.А., Сукало А.В., Дашкевич Е.И. 169
КРУПНОВЕСНЫЕ НОВОРОЖДЕННЫЕ: ПРОГНОЗ И МОНИТОРИНГ РАЗВИТИЯ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И РАННЕМ ДЕТСТВЕ
Рак Л.І., Штрах К.В. 171
АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ
Ріга О.О., Орлова Н.В. 172
ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ БІЛКОВО-ЕНЕРГЕТИЧНОЇ НЕДОСТНОСТІ У ДІТЕЙ З ПАРАЛІТИЧНИМИ СИНДРОМАМИ
Різник А.В., Порохня Н.Г. 173
СВОЕЧАСНЄ ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФИЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Садикхужаева М.У., Ганиев А.Г., Каримова Н.Р., Мирзаева З.У. 175
ОЦЕНКА КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ АНДИЖАН РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
Самсоненко С.В., Абатурова Н.І. 176
КОМОРБІДНЕ УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ У ДІТЕЙ
Сандуляк Т.В. 177
ПОПЕРЕДЖУВАНІСТЬ ЗАХВОРЮВАННЬ І ВІДВОРОТНІСТЬ ПРИЧИН СМЕРТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ
Сандуляк Т.В., Асмолова А.В., Лиманська Л.І., Біленька Н.В. 193
РЕЗЕРВИ ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ У ХАРКІВСЬКОМУ РАЙОНІ ПІСЛЯ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ
Сенаторова А.В., Шульга Н.В., Іванова В.С. 208
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПА
Слєпченко М.Ю., Кузнєцов С.В., Піддубна М.А., Аветісян А.О. 209
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТЕРАПІЇ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ
Сорокман Т.В., Бачу М.І. 211
АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ І СТРУКТУРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ПІДЛІТКІВ
Сорокман Т.В., Бачу М.І. 212
ВПЛИВ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ І СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ ЗОБА У ДІТЕЙ
Стоєва Т.В., Джагіашвілі О.В. 213
РОЛЬ КИШКОВОГО ЕНТЕРОТИПУ *PREVOTELLA* У РОЗВИТКУ СИНТРОПНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ
Стоева Т.В., Титкова Е.В., Сытник В.В. 216
СОСТОЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Суханова Л.А., Сиренко И.А., Мотинова Н.А., Марченко О.Ю., Герасимова Т.Г., Калиновская В.В. 218
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ
Татаркіна А.М., Копійченко Т.С., Вовк Т.Г., Білоконова Л.А., Онопко Н.В. 220
ГЕРПЕС-ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ, ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ
Тогаев Б.А., Баховитдинова З.М., Сахибова М.Ж., Нишанова Д.В. 222
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ГИПОТЕНЗИВНОГО ТИПА У ДЕТЕЙ
Турсунбаев С.В., Ефименко О.В., Ганиев А.Г. 223
ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ
Тухтаназарова Н.С., Мулладжанова К.А. 225
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
Тухтаназарова Н.С., Мулладжанова К.А. 226
ТОКСОПЛАЗМОЗ, КЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ
Урумбаева З.А., Зайнабитдинова С.Н., Ганиев А.Г., Усманова М.А. 229
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Усманова М.А., Ганиев А.Г., Мирзаева З.У., Садикхужаева М.У. 230
ИММУНОПАТОГЕНЕЗ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Фазилов С.А., Баховитдинова З.М., Сахибова М.Ж., Нишанова Д.В., Ганиев А.Г., Хайдарова Л.Р., Хужамбердиева Ш.Х. 232
ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ

Фазилов С.А., Халматов Д.Н., Ганиев А.Г., Ахрарханов Р.А., Тагаев Б.А., Хужамбердиева Ш.Х. 234
СИНДРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОДРОСТКОВ
Филонова Т.А., Елоева З.В., Савво В.М. 236
ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ ПАТОЛОГИИ
Фролова Т.В., Атаманова О.В., Осман Н.С., Ємець Т.В., Берус А.В. 237
ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ МАЮТЬ КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ
Фролова Т.В., Барська Л.Я., Стенкова Н.Ф. 239
ЧАСТІ ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ: ПОВСЯКДЕННІСТЬ АБО ПРОБЛЕМА?
Фролова Т.В., Осман Н.С., Стенкова Н.Ф. 240
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ТІМ'ЯНИХ КІСТОК
Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Кононенко О.В., Амаш А.Г. 242
ОСОБЛИВОСТІ ВВЕДЕННЯ ПЕРШОЇ СТРАВИ ПРИКОРМУ ДІТЯМ ГРУДНОГО ВІКУ
Хайдаров Б.М., Мухитдинова З.А., Курбанов Н.М., Каримов Р.А., Хайдарова Х.Б. 243
ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ
Халматов Д.Н., Ганиев А.Г., Ахрарханов Р.А., Фазилов С.А., Тогаев Б.А. 245
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КАРДИАЛЬНОЙ ФОРМЫ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
Цуркану Т.Г., Андриеш Л.П., Леско Г.Д., Цуркану Д.Г. 247
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДРУЖЕСТВЕННОЙ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Чайченко Т.В., Самсонова Т.В., Гончарь М.О., Чумаченко Т.О., Кліменко В.А., Рибка О.С., Бужинська Н.Р. 249
ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ОЖИРІННЯ ЗА УЯВЛЕННЯМИ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ
Чайченко Т.В., Шульга Н.В., Коляда О.В., Харькова М.О., Рибка О.С. 250
ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ДИТИНИ, ХВОРОЇ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ З ХРОНІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ САМОКОНТРОЛЮ
Шумна Т.Є., Левчук Т.О., Камишний О.М. 251
ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗПОДІЛУ ПОЛІМОРФІЗМУ С / Т ГЕНА FADS2 (rs174583) У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ, ЩО БУЛИ НАРОДЖЕНІ З МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА З ДАНИМИ СВІТОВИХ ПОПУЛЯЦІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
Шутова О.В., Волошина Л.Г., Бабаджанян О.М. 252
ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ. ЕНДОГЕННІ ТА ЕКЗОГЕННІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ