



Сорокман Т.В., Васкул Н.М.
ЧАСТОТА ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

Однією з найтяжчих хвороб серед хронічної патології шлунково-кишкового тракту є виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (ВХ). Поширеність ВХ серед дитячого населення становить у різних країнах від 5 до 15% (в середньому 7-10%). До цього часу етіопатогенез ВХ є предметом дискусії. Найбільш поширеним є визнання мультифакторної етіології ВХ. Вважають, що ВХ виникає внаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних, генетичних, соціальних та інфекційних чинників

Мета дослідження – вивчити поширеність виразкової хвороби серед дітей Чернівецької області.

Всього в розробку взято 350 історій хвороб. Детальне клінічне обстеження проведено у 120 дітей віком 7 – 18 років. Діти були розподілені на підгрупи за віком, статтю, місцем проживання, тривалістю захворювання

Аналіз нозологічної структури захворювань органів травлення серед дітей Чернівецької області віком 11-18 років показав, що перше місце посідають хронічні гастрити (ХГ) та гастродуоденіти (ХГД), однак без достовірної різниці з функціональними розладами шлунка, які знаходяться на другому місці в структурі патології дигестивної системи. Третє місце займають хронічні холециститу (ХХЦ), холангіти (ХХЛ), а четверте стабільно ВХ. Поширеність ВХ серед дітей Чернівецької області визначена як 0,33% (по Україні – 0,40%). При оцінці динаміки поширеності ВХ у дітей Чернівецької області за останні 10 років виявлено коливання показників від 0,19 до 0,50 %. При цьому реєструється стабільне підвищення показників поширеності ВХ за стані 5 років.

Аналіз захворюваності на ВХ серед дітей Чернівецької області виявив деякі коливання впродовж останніх 10 років: періодичні зростання захворюваності до максимального значення у 2009 році та зниження у 2012 та 2013 роках з тенденцією до поступового росту показника у 2014 році. Якщо порівняти захворюваність на ВХ за останні 10 років серед дітей Чернівецької області та м.Чернівці, то варто зазначити, що остання в м.Чернівці, як і по області, найвища у 2010 році. Причому коливання захворюваності характерні для Чернівецької області відмічаються і в м.Чернівці, але серед дітей міста вона достовірно вища. Залежно від віку частота ВХ розподілилася наступним чином: від 7 до 12 років – 33,7%, від 13 до 15 років – 46,8%, $p < 0,05$, від 16 до 18 років – 19,5%, $p < 0,05$. За результатами наших досліджень з кожним роком частка дітей молодшого шкільного віку поступово зростала. Серед обстежених дітей, хворих на ВХ, відмічалася статева різниця: 74,0% становили хлопчики та 26,0 - дівчатка, $p < 0,05$.

Середній вік виникнення ВХ у обстежених дітей становив $12,4 \pm 2,1$ років. Аналіз віку виникнення ВХ залежно від генеалогічного анамнезу показав, що в дітей із обтяженою спадковістю середній вік виникнення хвороби становить $10,8 \pm 1,5$ років, в дітей із необтяженою спадковістю – $14,6 \pm 1,3$ років. Варто зазначити, що із обстежених нами дітей віком 5–6 років із ВХ 68,5% осіб належали до сімей із обтяженою спадковістю, по материнській та по батьківській лініях. Встановлено, що в дітей із обтяженою спадковістю, порівняно з їх батьками, ВХ виникає на 5–6 років раніше ніж у їх батьків. У дітей чоловічої статі спостерігали поступове зростання частоти ВХ уже з 7 років, на відміну від дівчаток, в яких спостерігали різке зростання частоти ВХ у 12–14 років.

Локалізація виразки в дванадцятипалій кишці є домінуючою – 90,9% випадків, серед них ВХ ДПК у хлопчиків становила 71,4%, у дівчаток – 28,5%. У 9,1% обстежених дітей (100% хлопчики) виразка локалізувалася в шлунку.

Ускладнений перебіг ВХ зустрівся не часто і становив 14,2%. В основному ВХ ускладнювалася шлунково-кишковою кровотечею (6 хлопчиків). Множинні і хронічні виразки виявлено в 7,7 % осіб, з них 83,3% хлопчики.

Сорокман Т.В., Чечул А.М., Нисторяк Г.Д.
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗОБУ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИХ ГЕОГРАФІЧНИХ ЗОН ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

Одним з основних механізмів адаптації організму людини до зниження продукції тиреоїдних гормонів за умов йодної недостатності є гіперплазія та гіпертрофія щитоподібної залози (ЩЗ), тобто зоб.

Природа Буковинського регіону представлена складною системою територіальних одиниць, що створюють гірський та рівнинний райони мешкання. Дані райони виділені відповідно до географічних понять та природно-кліматичних і соціально-економічних особливостей. Приймаючи до уваги те, що обстежувані нами діти проживають в місцевості, ендемічній по зобу, а за даними літератури дефіцит йоду в навколишньому середовищі викликає у дітей йододефіцитні захворювання і може впливати на фізичний, статевий та психічний розвиток дітей, ми поставили завдання вивчити розповсюдженість ендемічного зоба, як прояву йодного дефіциту, в окремих географічних зонах Чернівецької області

Мета дослідження - вивчити розповсюдженість зобу серед дітей шкільного віку залежно від місця проживання.

Об'єктом дослідження були діти шкільного віку (1973 особи), які мешкають у м. Чернівці та різних

районах області. Діти були розподілені на групи щодо районів мешкання, віку та статі. Оцінку морфофункціонального стану ЩЗ проводили за показниками візуально-мануального обстеження. Згідно з класифікацією ВООЗ визначали 5 ступенів збільшення щитоподібної залози /ЩЗ/: 0 - ЩЗ не пальпується або пальпується, але об'єм її долей не перевищує розміру кінцевої фаланги великого пальця пацієнта; Іа - ЩЗ пальпується, об'єм її долей більший за розмір кінцевої фаланги великого пальця пацієнта, але вона не візуалізується; Іб - ЩЗ візуалізується при відхиленні голови назад; 2 - ЩЗ візуалізується при нормальному положенні тіла, 3 - ЩЗ візуалізується на відстані 5 м і більше. Збільшення ЩЗ І-3 ступеня трактували як зоб І-3 ступеня. Ультрасонографічне дослідження ЩЗ проводилось на апараті Scanner - 100 з використанням лінійного датчика з частотою 7,5 мГц.

Результати обстеження показали значну частоту зоба серед дітей Буковини – 53,2%. У різних клімато-географічних зонах частота зоба різна і складає у дітей, які проживають в гірській зоні (65,5%) і значно нижчу частоту зоба серед дітей, які мешкають на рівнинній зоні та в м. Чернівці (40,6 та 35,1% відповідно, $P < 0,05$).

Аналіз одержаних результатів вивчення залежності розповсюдження зоба від статі показав, що у дітей допубертатного періоду, які мешкають у м. Чернівці та рівнинній зоні зоб дещо частіше зустрічається у хлопчиків, тоді як у дітей гірської місцевості статевої різниці не спостерігається. Поряд з цим у дівчаток пубертатного періоду, незалежно від місця проживання, зоб зустрічається частіше, ніж у хлопчиків. За даними розподілу дітей за ступенем збільшення ЩЗ щодо статі та зони мешкання незалежно від місця проживання, як у хлопчиків, так і у дівчаток переважав зоб ІА ступеня. У загальній популяції досліджуваних дітей зоб ІА ступеня зареєстрований у 720 (68,5%), ІБ ступеня у 290 осіб (27,6%), ІІ – у 41 особи (3,9%). У 89,3% випадків визначалась дифузно збільшена, м'яко-еластичної консистенції, не болюча ЩЗ, у 10,7% - ЩЗ була дещо ущільненою. Співставлення даних пальпації ЩЗ та УЗД показало, що не дивлячись на переваги пальпації при скринінгових дослідженнях, цей метод, в певній мірі, є суб'єктивним. За даними О.В. Терпугова чутливість та специфічність пальпації зменшується при невеликих ступенях збільшення ЩЗ. Із 474 обстежених дітей при УЗД у 8,5% мало місце підвищення ехогенності, у 6,5% - порушення структури залози, у 7,3% констатовано зниження ехогенності. У 4 дітей (0,8%) виявлені поодинокі вузли, у 3 (0,6%) – кістоподібні утворення. Кількість хлопчиків з ультрасонографічними змінами у ЩЗ складала 39,1%, дівчаток – 60,9%.

Вартом уваги був розподіл дітей із зобом у гірській зоні мешкання. Так, у цій популяції дітей частіше реєструвалися важкі ступені зоба (зоб І Б та ІІ ступенів становив 43,7% проти 28,8% у дітей м. Чернівці, $P < 0,05$), частка дітей із зобом ІІ ступеня була вірогідно більшою у порівнянні з такою у дітей м. Чернівці та рівнинної зони мешкання.

Таким чином, згідно міжнародної класифікації важкості йододефіцитних захворювань, дані пальпаторного обстеження ЩЗ свідчать про наявність у всіх обстежуваних дітей із зобом, які проживають у м. Чернівці та рівнинній зоні, середнього ступеня йодної ендемії та важкого ступеня у дітей гірської зони (частота зоба у дітей передпубертатного періоду вища за 30%).

Тарнавська С.І.
ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПУ АСТМИ ПІЗЬНОГО ПОЧАТКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ХАРАКТЕРИСТИКИ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

Наразі відомо, що фенотипова неоднорідність бронхіальної астми зумовлює різноманітну відповідь на лікування, прогноз, уразливість щодо впливу навколишнього середовища. Водночас, дослідження щодо фенотипу астми пізнього початку є досить суперечливими, оскільки окремі автори асоціюють пізній дебют астми із клінічними проявами атопії, еозинофілією та/ або підвищеним рівнем загального ІgЕ у крові, а інші науковці астма-фенотип пізнього початку пов'язують із відсутністю атопії (негативні прик-тести, нормальний рівень загального і специфічних ІgЕ), поодинокі супутньою алергічною патологією.

Виходячи з наведеного вище, вивчення клінічно-анемнестичних та параклінічних особливостей фенотипу БА пізнього початку з урахуванням індивідуальних генетичних особливостей дітей дозволить уточнити його діагностичні критерії та прогностичні ризики, що сприятиме вдосконаленню індивідуалізованих лікувально-профілактичних заходів.

З метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно дослідити особливості фенотипу астми пізнього початку (ФАПП) залежно від характеру ацетилювання.

Для досягнення поставленої мети проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження І-ІІ рівня 72 дітей, в яких визначався пізній початок БА. Усім дітям визначали генетичний маркер – тип ацетилювання за методом В.Н. Пребстинг – В.І. Гаврилова в модифікації Тимофєєвої, що характеризував особливості ІІ фази системи біотрансформації ксенобіотиків.

Сформовано 2 клінічні групи: І група – 34 дитини з повільним характером ацетилювання (середній вік – $13,8 \pm 0,4$ роки, частка хлопчиків – 61,7%), ІІ група – 38 пацієнтів зі швидкими темпами ацетилювання (середній вік – $12,7 \pm 0,4$ роки ($p > 0,05$); частка хлопчиків – 65,7% ($p > 0,05$)). За основними клінічними ознаками групи спостереження були зіставлюваними. Аналіз клінічних особливостей астми в когорті обстежених пацієнтів дозволив дійти висновку, що за тяжкістю перебігу захворювання групи спостереження не відрізнялися, водночас, у дітей зі швидким ацетиляторним статусом у 1,8 разів частіше траплявся легший



перебіг БА. Так, в дітей із ознаками «повільних ацетиляторів» легкий, середньотяжкий і тяжкий перебіг бронхіальної астми відзначався у 11,8%, 50,0%, 38,2% випадках відповідно. У хворих зі швидким типом ацетилювання ці показники виявилися наступними: 21% ($p_0 > 0,05$), 42,1% ($p_0 > 0,05$), 36,8% ($p_0 > 0,05$) спостережень відповідно. Детальний аналіз основних клінічних показників контрольованості БА (кількість денних та нічних симптомів захворювання, частота використання швидкодіючих β_2 -агоністів) дозволив припустити, що ФАПП у дітей із повільним типом ацетилювання перебігав тяжче. Так, денні симптоми хвороби турбували пацієнтів I групи > 2 разів на тиждень майже вдвічі частіше, ніж представників II групи (31,8% та 16,0% випадків відповідно; $P_0 < 0,05$). Водночас, щотижневі нічні симптоми (від 1 разу на тиждень, до щоденних), що асоціювало з неконтрольованим перебігом БА, реєструвалися втричі частіше за повільного характеру ацетилювання, ніж у швидких «ацетиляторів» (13,6% та 4,0% спостережень ($P_0 < 0,05$)). На тяжчий перебіг фенотипу БА із пізнім дебютом вказувала і частота загострень хвороби, зокрема, щомісячні погіршення впродовж останнього року відзначали 40,9% представників I клінічної групи і лише кожен четвертий пацієнт (24,0%; $P_0 < 0,05$) II групи порівняння. Таким чином, наявність повільного ацетиляторного статусу асоціює з тяжчим неконтрольованим перебігом астми пізнього початку із розвитком тяжких нападів захворювання. Показники ризику оцінки тяжкості нападу у понад 16,4 балу у 1-й день госпіталізації за повільного типу ацетилювання порівняно зі швидкими «ацетиляторами» дорівнюють: відносний ризик - 1,7 [95% ДІ: 1,1-2,8] при співвідношенні шансів - 3,5 [95% ДІ: 1,9-6,7].

Таким чином, наявність повільного типу ацетилювання в дітей з пізнім дебютом бронхіальної астми підвищує шанси розвитку тяжкої обструкції бронхів у 3,5 рази.

Шахова О.О.

ПОКАЗНИКИ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З ФЕНОТИПОМ ФІЗИЧНОГО ЗУСИЛЛЯ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Бронхіальна астма фізичного зусилля (БАФЗ) розглядається як фенотип астми, що викликається фізичним навантаженням, для якого характерна бронхоспастична реакція через 10-15 хвилин після завершення фізичного навантаження, тому часто спірографічні проби з дозованим фізичним навантаженням можуть не виявляти даний фенотип, тому доцільним вважалось проаналізувати з позицій доказової медицини показники, що відображають характерний феномен захворювання, а саме гіперсприйнятливості бронхів в залежності від даного фенотипу.

Метою дослідження було оцінити показники гіперсприйнятливості дихальних шляхів у дітей, хворих на астму фізичного зусилля.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м.Чернівці обстежено 60 дітей шкільного віку з діагнозом персистувальної БА. Сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) – 30 дітей із фенотипом БА фізичного зусилля (індекс бронхоспазму (ІБС) >12%), друга (II) – 30 хворих на БА без наявності фенотипу астми фізичного зусилля (індекс бронхоспазму (ІБС) <12%). Дослідження гіперсприйнятливості бронхів проводили за допомогою стандартизованого інгаляційного спірометричного тесту з гістаміном з урахуванням рекомендацій щодо стандартизації дослідження. Інгаляційна провокаційна проба з гістаміном проводилася шляхом підвищення кількості препарату до досягнення 20% зниження показника ОФV₁ при максимальній концентрації провокуючої речовини.

При аналізі гіперсприйнятливості бронхів встановлена тенденція до більшої виразності даного феномена у дітей із фенотипом астми фізичного зусилля. Зокрема, ПК20Г сягала $1,2 \pm 0,4$ мг/мл у пацієнтів I групи проти $2,3 \pm 0,8$ мг/мл у представників групи порівняння ($p > 0,05$). Відмічено, що виразна гіперсприйнятливості бронхів (ПК20Г < 0,4 мг/мл) спостерігалася більше ніж у половини хворих I клінічної групи (56%) і лише у 22% представників групи порівняння ($p > 0,05$) та вказувала на відносний ризик астми фізичного зусилля 1,9 (95% ДІ 0,8-4,4) при співвідношенні шансів 4,3 (95% ДІ 1,2-15,4). Посттестова ймовірність виявлення фенотипу фізичного зусилля БА при виразній гіперсприйнятливості дихальних шляхів дорівнювала 71%.

Таким чином, показники гіперчутливості бронхів до інгаляцій гістаміну в концентрації менше 0,4 мг/мл свідчать про наявність у дітей фенотипу астми фізичної напруги, ризик якої зростає при зазначених показниках бронхопровокаційної проби з гістаміном у 4,3 рази.

Швиґар Л.В.

ВПЛИВ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА ІНДЕКС РУФ'Є

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Впродовж останніх років, після збільшення частоти трагічних випадків – смертей школярів на фізкультурі було запроваджено методику відбору дітей в групи щодо фізичних навантажень використовуючи пробу Руф'є.



Проба започаткована на основі визначення адаптації серця на дозоване навантаження (присідання) та змін ЧСС після його припинення. При оцінці збільшення частоти серцевого ритму, як правило, фокусують увагу на частоті серцевих скорочень. Для дітей, особливо молодших вікових груп, характерна значно більш висока, ніж у дорослих і дітей старшого віку, ЧСС. На цьому тлі додаткове почастищення - тахікардія добре розпізнається і практично не викликає сумнівів при інтерпретації проби. Навпаки, брадикардія рідше звертає на себе увагу оскільки значення ЧСС не завжди зіставляються з нижньою віковою межею частоти серцевого ритму. Так ритм 75-80 уд. / хв. у спокої, що однозначно свідчить про брадикардію у дітей 7-8 річного віку, відповідає нормальним значенням ЧСС у дітей більш старших (14-16 років) вікових груп.

Частота серцевих скорочень залежить не тільки від віку дитини але і балансу взаємодій власне пейсмекерного автоматизму і ряду «зовнішніх» факторів: гуморального, вегетативної іннервації і кровопостачання синусового вузла чи запальних процесів в серці.

Тож постає питання, чи відіграє роль тону вегетативної нервової системи на результати проби Руф'є.

Мета цього дослідження – визначити рівень достовірності даної проби у дітей з різним вегетативним тонусом. Для цього відібрано 75 дітей 7-14 років і поділені на 2 групи в залежності від домінування симпатичної -35 і парасимпатичної – 30 нервової системи. В якості контролю взято 25 учнів без проявів дистонії. Всім дітям, для виключення серцевої патології проведено ультразвукове обстеження серця і ЕКГ.

У результаті аналізу було відмічено, що відсоток дітей з негативною пробою прямо пропорційний віку: чим молодша дитина тим більший індекс.

У дітей з переважанням парасимпатичної нервової системи (тенденцією до брадикардії) ЧСС суттєво збільшується після присідання і повільніше відновлюється після відпочинку ніж у симпатотоніків.

Отже, без урахування вікових відмінностей і визначення висхідного тону ЦНС адекватно оцінити пробу Руф'є не представляється можливим.

Юрків О.І.

ВИЯВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КИШЕЧНИКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Визначення “здоров’я” для дитини будь-якого віку включає відповідність розвитку віковим нормам та можливість адекватно переборювати граничні та патологічні стани, характерні для організму впродовж росту та розвитку [Лук’янова О.М. 2005]. Концепція “здоров’я новонародженого” повинна включати поняття його оптимальної адаптації до зміни умов зовнішнього середовища та оцінку резервів адаптаційних механізмів на найближчу (перший місяць) та віддалену перспективу.

Стан динамічної рівноваги між організмом хазяїна, мікроорганізмами, що його заселяють і навколишнім середовищем прийнято називати «еубіозом», при якому здоров’я людини знаходиться на оптимальному рівні. “Дисбіоз” - це стан кишечника, який потребує своєчасної діагностики та корекції. За відсутності відповідної профілактики та своєчасного лікування клінічні прояви дисбіозу у новонароджених у ранньому неонатальному періоді можуть набувати важких клінічних форм патології в майбутньому.

Основними фізіологічними процесами, які відбуваються у шлунково-кишковому тракті є секреція, переварювання, всмоктування, моторика, активність мікрофлори та активність імунної системи. Відповідно, порушеннями вказаних функцій є порушення секреції, переварювання (мальдигестія), всмоктування (мальабсорбція), порушення моторики (дискінезія), порушення стану мікрофлори (дисбіоз, дисбактеріоз) та порушення активності імунної системи. Всі перераховані дисфункції зв’язані між собою через зміну складу внутрішнього середовища і якщо на початку захворювання може мати місце порушення тільки однієї функції, то по мірі прогресування порушуються і інші.

Групи дослідження склали 60 новонароджених (співставлювані за антропометричними та морфофункціональними ознаками): I групу (основну) - склали 30 новонароджених, які мали перинатальну патологію різного ступеня тяжкості; а II групу (групу порівняння) склали 30 новонароджених, у яких був фізіологічний перебіг раннього неонатального періоду.

При аналізі обмінних карт вагітних виявлено супутню патологію матерів, яка склала групу антенатальних чинників ризику плода. Це хронічні захворювання матері (анемія, гіпертонічна хвороба, хронічний гломерулонефрит, вади серця, цукровий діабет, токсоплазмоз, ревматизм та ін.); гострі інфекційні захворювання матері під час вагітності та прийом медичних препаратів; внутрішньоутробне інфікування (ВУІ) плода; генетичні дефекти (у розумово відсталих батьків народження аналогічно неповноцінних дітей у 2-3 рази вища, ніж у здорової популяції); вживання алкоголю, паління батьків; професійні шкідливості та екзогенні тератогенні чинники; ознаки обтяженого акушерського анамнезу (перша дитина у 16-18 років або після 30 років; інтервал між пологами менше 2 років; загроза переривання вагітності; стресові стани); несумісність по Rh-фактору та системи АВ(О); переносна вагітність, багатоплідність, гіпотрофія новонародженого.

Особливостями мікроекології товстого кишечника у новонароджених дітей в ранньому неонатальному періоді було переважання біфідо-, лактобактерій та пептококів у контрольній групі та поява у основній групі стафілококу, протею та грибів роду Candida.