

Бойчук А.А.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та медичної генетики

(науковий керівник - к.мед.н. Підвисоцька Н.І.)

Актуальність. Вегетативні дисфункції (ВД) зустрічаються у 20% дітей загальної популяції дитячого населення та складають 22,4% від усіх хвороб нервової системи.

Мета дослідження - виявити клінічні особливості проявів ВД у дітей.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 25 дітей з різними клінічними формами ВД, що знаходились на лікуванні в ОДКЛ м. Чернівці. Хворі були розподілені на дві підгрупи: I підгрупа (n=13) – діти з вегетативними порушеннями симпатотонічного типу, II підгрупа (n=12) - з вегетативними порушеннями ваготонічного типу. Використані ЕКГ, РЕГ, ЕЕГ. Психологічний статус оцінювали за допомогою тестів Спілберґера-Ханіна.

Результати дослідження. В обох групах домінували скарги на приступоподібний головний біль (61,5% та 75%, відповідно), причому 69,2% дітей відмічали головний біль при емоційних навантаженнях, 76,9% – при метеозмінах, 53,8% – при фізичному навантаженні. У 72% випадків головний біль мав лобно-вискову локалізацію та стискаючий характер, у 28% – дифузні головні болі. 88% дітей скаржились на підвищену втомлюваність та зниження настрою, 76% відмічали запаморочення, 72% – болі в ділянці серця, 64% – підвищену пітливість, 52% – болі в ділянці живота, 28% – погіршення апетиту. Третина обстежених відмічала напади оніміння в кінцівках, 44% – напади серцебиття, 16% – перебої в ділянці серця. У переважній більшості хворих діагностували артеріальну гіпотензію, у 12% – артеріальну гіпертензію. Сухожильно-периостальна гіперрефлексія відмічена у 72% обстежених, порушення акомодатії – у 40%, симптом Хвостека – у 64%. В обох підгрупах визначено високий рівень тривоги за шкалою Спілберґера-Ханіна. На ЕКГ діагностовано порушення процесів реполяризації передньоперегородко-верхівкової зони у 72% випадків, схильність до тахікардії – у 64%, до брадикардії – у 28%. Типовими для обстежених дітей були зміни РЕГ у вигляді порушення венозного відтікання (72%), порушення тону мозкових судин зі схильністю до гіпотензії (44%) та гіпертензії (24%). На ЕЕГ у 76% хворих діагностовано дезорганізацію біоритміки головного мозку.

Висновок. Клінічні прояви ВД мають полісистемний характер та представлені функціональними соматовегетативними розладами та порушеннями нервово-емоційного профілю.

Буринюк Х.П.

ЗМІНИ СИРОВАТКОВОГО ВМІСТУ ОКРЕМИХ ГОРМОНІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КОНТРОЛЮ ЗАХВОРЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Актуальність. Наразі актуальним залишається питання про безпеку використання іГКС, адже відомим є стимулювальний вплив системних препаратів (ГКС) на процеси глюконеогенезу та обмін кальцію.

Мета роботи. Для оптимізації результатів базисного лікування бронхіальної астми (БА) у дітей шкільного віку вивчити показники регуляції обміну кальцію та глюкози, а також кортизол-продукувальну функцію наднирників, за різного ступеня контрольованості захворювання, для оптимізації результатів базисного лікування БА у дітей шкільного віку.

Матеріал і методи. Обстежено 65 хворих на БА школярів, які сформували клінічні групи залежно від бальної оцінки контролю захворювання. Визначали стан регуляції обміну глюкози за вмістом антитіл класу IgG до інсуліну, концентрацію кортизолу та паратгормону у сироватці крові.

Результати дослідження та їх обговорення. У роботі показано, що концентрація паратгормону у сироватці крові хворих I групи становила в середньому $3,16 \pm 1,0$ пг/мл, а у II групі – $4,0 \pm 0,8$ пг/мл ($P > 0,05$). Статистично значимими виявилися розбіжності за показниками регуляції вуглеводного обміну та синтезу кортизолу у представників груп порівняння. Так, антитіла до інсуліну у сироватці крові у хворих основної групи виявлялися в концентрації $32,56 \pm 6,02$ Од/мл, у дітей із контрольованою БА – у $20,1 \pm 0,9$ Од/мл, а концентрація кортизолу відповідно становила $107,5 \pm 27,2$ нг/мл та $45,0 \pm 1,3$ нг/мл (в усіх випадках $P < 0,05$). Установлені кореляційні статистично значимі зв'язки вмісту паратгормону в сироватці із тривалістю застосування системних ГКС під час нападів БА ($R = 0,72$), а кортизолу – з дозою швидкодіючих β_2 -агоністів ($R = 0,32$), а також застосованими пролонгованими β_2 -агоністами ($R = -0,54$). Слід зазначити, що високі титри антитіл класу IgG до інсуліну (> 20 Од/мл) у сироватці крові асоціювали з підвищеним ризиком неконтрольованого перебігу БА.

Висновок. У дітей із контрольованим перебігом БА пригнічується глюкостероїд-синтетична функція наднирників, а при неконтрольованому перебігу зростає ризик наявності високих титрів антитіл класу IgG до інсуліну. Кореляція вмісту паратгормону непрямо підкреслює наявність остеопенії та остеопорозу у хворих дітей.