

Тонзилотрен має доведену ефективність та безпеку і з успіхом може застосовуватись при запальних захворюваннях лімфоглоткового апарату на будь-якому етапі лікування та реабілітації.

Колоскова О.К., Буринюк-Глов'як Х.П. (Чернівці, Україна)

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З УРАХУВАННЯМ РЕГУЛЯЦІЇ ОБМІНУ КАЛЬЦІЮ У ДІТЕЙ, ЯКІ ХВОРИТЬ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Вступ. Виходячи з провідної ролі алергічного запалення дихальних шляхів у патогенезі бронхіальної астми (БА), базисне лікування дітей за будь-якого ступеня її тяжкості та рівня контролю передбачає використання протизапальних засобів, найбільш ефективними з яких є глюкокортикостероїди (ГКС). Останніми роками недостатність рівня контролю БА, що трапляється до 60% випадків, призвело, зокрема, до ліберального відношення до призначення системних ГКС на тлі непоодиноких загострень захворювання. Відомою є властивість системних ГКС сприяти від'ємному балансові кальцію шляхом зменшення його всмоктування у шлунково-кишковому тракті та підвищення екскреції з сечею, що негативним чином відбивається на процесах осифікації у періоди інтенсивного росту, сприяє розвитку остеопенії та раннього остеопорозу. Щодо впливу інгаляційних ГКС на формування остеопенії та остеопорозу у пацієнтів дитячого віку, то дане питання залишається невизначеним і дискусійним.

Мета роботи. Дослідити особливості вмісту паратгормону, як основного регулятора кальцієвого метаболізму, у периферичній крові дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від ступеня контролю захворювання.

Матеріали і методи. Обстежено 65 хворих на БА школярів за різного ступеня контролю недуги. Останній вивчали за допомогою бальної оціночної шкали (КІО), згідно якої сума бальної оцінки у 10 і менше балів свідчила про досягнення контролю над перебігом БА, сума у межах 11-16 балів – про частково контрольоване захворювання, а вище 17 балів – про неконтрольований варіант астми. Першу (I) групу сформували 50 дітей з неконтрольованою БА (НБА), а до складу II групи увійшло 15 хворих із контрольованим перебігом захворювання (КБА). За основними клінічними характеристиками групи порівняння були зіставлювані. Уміст у периферичній крові паратгормону визначали за допомогою імуноферментного аналізу, проведеного імунологічною

лабораторією ОДКЛ м.Чернівці (реактиви Diameb, Україна). Статистичний аналіз одержаних результатів здійснювали за допомогою пакету програм Statistica-v.6.0 (StatSoft, USA).

Результати та обговорення. Показано, що тривалість захворювання на БА була вірогідно більшою у хворих I групи ($5,96 \pm 0,5$ проти $4,32 \pm 0,7$ року, $P=0,05$), що свідчило про втрату оптимального менеджменту захворювання по мірі збільшення стажу патології. Виходячи з цього, можна було припустити, що такі пацієнти потребують тривалішого та більш високодозового базисного лікування з використанням інгаляційних ГКС, а також частішого призначення системних ГКС, а отже можна очікувати виразнішого впливу даних препаратів на показники обміну кальцію. Так, у роботі показано, що концентрація паратгормону у сироватці крові хворих на НБА становила в середньому $3,16 \pm 1,0$ пг/мл, а у хворих із КБА – $4,0 \pm 0,8$ пг/мл ($P > 0,05$), що відображувало тенденцію до зменшення стимуляції прищитових залоз при неконтрольованому перебігу БА. Оскільки синтез паратгормону стимулюється рівнем іонізованого кальцію сироватки, наші результати непрямо підкреслювали наявність нормокальціємії на тлі базисного застосування інгаляційними ГКС, проте не виключали наявність зрушень у системі фосфорно-кальцієвого обміну. Так, орієнтуючись на нормативи виробника ($10,4-66,5$ пг/мл), можна стверджувати, що у хворих на БА, які отримують базисну терапію іГКС та короткі курси системних ГКС під час загострень захворювання, мало місце щонайменше триразове зниження секреції паратгормону, що було виразнішим по мірі збільшення стажу хвороби (у хворих I групи). При цьому, нами встановлені кореляційні статистично значимі зв'язки вмісту паратгормону в сироватці із тривалістю застосування системних ГКС під час нападів БА ($R=0,72$, $P < 0,05$), що в цілому, мабуть, підкреслювало виснаження регуляторної функції прищитових залоз, зумовлене гіперрезорбцією кісткової тканини. Останню, як правило, пов'язують із дефіцитом вітаміну D, недостатньою руховою та фізичною активністю хворих на БА та хронічною гіпоксемією, особливо за недостатнього контролю захворювання.

Висновки. Таким чином, попри відсутність однозначних свідчень щодо здатності тривалих та/або високодозових курсів інгаляційної глюкокортикостероїдної терапії спричинити остеопенію та остеопороз, дане питання залишається особливо актуальним. Вирішального значення воно набуває для популяції хворих дитячого віку, яка характеризується тривалим

стажем хвороби, підвищеною потребою у мінералах у періоді інтенсивного росту і розвитку, супутніми фоновими станами (у т.ч. гіповітамінозом D), частими епізодами госпіталізації з приводу загострень і призначенням системних глюкокортикостероїдних препаратів під час загострень недуги. Зокрема, встановлена статистично значуща середньої сили кореляція вмісту паратгормону в сироватці із тривалістю застосування системних глюкокортикостероїдних препаратів під час нападів БА ($R=0,72$) непрямо підтверджує наявність остеопенії та остеопорозу у хворих дітей.

О.К. Колоскова, Н.М. Крецу (Чернівці, Україна)

АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ВРОДЖЕНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Актуальність. Питання профілактики та діагностики внутрішньоутробних захворювань, зокрема, вродженої пневмонії, у новонароджених залишаються до кінця не вирішеними. Частота даної патології зростає, а рівень летальності, незважаючи на значні досягнення в діагностиці та лікуванні, залишається високим. Для визначення прогнозу і здійснення можливих превентивних заходів важливим є вивчення факторів ризику виникнення вродженої пневмонії у новонароджених.

Тому, **метою** нашого дослідження став аналіз чинників ризику розвитку вродженої пневмонії з урахуванням оцінки перинатальних факторів, зокрема стану здоров'я матерів, репродуктивного анамнезу, особливостей перебігу вагітності та ускладнення під час пологів.

Методи і матеріали. Для реалізації поставленої мети ретроспективно проведений аналіз 26 медичних карт новонароджених на етапі пологодопоміжних закладів, серед яких у 12 випадках була діагностована вроджена пневмонія і які в подальшому були переведенні для лікування в ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці. Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали за допомогою методів варіаційної статистики з обчисленням середньої арифметичної величини (M) та стандартної похибки середньої (m). Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася за допомогою пакету статистичного аналізу Statistica 8.0 (StatSoft, США) при відомому числі спостережень (n). Критичний рівень значущості « P » при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні вважали при $p < 0,05$.