

7. Dietert R.R. Early—life environment, developmental immunotoxicology, and the risk of pediatric allergic disease including asthma / R.R. Dietert, I.B. Zelikoff // Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol. — 2008. — Dec. — Vol. 83 (6). — P. 547—60.

8. Functional modulation of human intestinal epithelial cell responses by Bifidobacterium infantis and Lactobacillus salivarius / O'Hara A.M., O'Regan P., Fanning A. [et al.] // Immunology. — 2006. — Vol. 118 (2). — P. 209—10.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОГО СТАТУСУ В ДІТЕЙ ІІ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Білоус Т.М., Калуцька Н.І.<sup>1</sup>, Сімак І.З.<sup>2</sup>, Дідух Г.П.<sup>1</sup>

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

<sup>1</sup> *Міський пологовий будинок №1 м. Чернівці*

<sup>2</sup> *Обласна дитяча клінічна лікарня м. Чернівці*

**Вступ.** Вегетативна дисфункція в дітей є одним з поширених захворювань [1, 3], причому прояви та початок патології можливі навіть у періоді новонародженості. У дітей з вегетативної дисфункції мають значення багато чинників, одним з яких є перинатальна патологія [2]. Водночас, вплив перинатального статусу на особливості перебігу вегетативної дисфункції мало досліджено, особливо щодо верифікації типу вегетативного тону.

**Мета дослідження.** Вивчити дані перинатального статусу у дітей з вегетативною дисфункцією.

**Матеріал та методи.** Із дотриманням основних положень Гельсінської декларації з біомедичних досліджень, методом випадкової вибірки сформована когорта з 34 дітей шкільного віку, які отримували стаціонарне лікування в Обласній дитячій клінічній лікарні Чернівці з приводу вегетативної дисфункції (ВД). Діагностику дисфункції проводили згідно з робочою класифікацією вегетативної дисфункцій у дітей, запропонованою В.Г. Майданником і ін.

(2005), Наказу МОЗ України №436 від 03.07.2006 р. «Протокол надання медичної допомоги хворим із нейроциркуляторною дистонією». Групи формували за типом вихідного вегетативного тону: I групу сформували 17 дітей з ваготонічним типом ВСД, II групу – 17 дітей зі змішаним типом ВСД та III групу - 8 дітей із симпатикотонічним її варіантом. Середній вік пацієнтів I групи становив  $14,6 \pm 0,56$  років (хлопчиків 47,1%), II групи –  $15,5 \pm 0,31$  років (хлопчиків 83,4%) та III групи -  $15,5 \pm 0,43$  років (хлопчиків 87,5%). мешканців сільської місцевості серед пацієнтів I групи було 23,5%, у II групі – 35,3% та в III групі – 42,9%. Отримані результати дослідження аналізували за допомогою пакета програм “STATISTICA 7.0” StatSoft Inc. з використанням непараметричних методів обчислення, а також методів біостатистики та клінічної епідеміології.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Виявлено, що середній вік матері в дітей I групи становив  $40,5 \pm 1,5$  років, II групи –  $41,9 \pm 1,5$  років, III групи –  $37,5 \pm 1,5$  років ( $p < 0,05$  при II:III). Вік батька практично не відрізнявся і сягав 41,6–42,2 років.

При аналізі соціального статусу відмічено, що у пацієнтів III групи дещо частіше спостерігається неповна родина (37,5%) порівняно з дітьми I клінічної групи (23,5%),  $p > 0,05$ . Також виявлено частішу відсутність постійного місця роботи у обох батьків (немає жодної родини з повною шлюбністю батьків у III групі проти 23,5% батьків з постійним місцем роботи у I групі),  $p < 0,05$ .

Слід відмітити, що практично половина (47,1–50%) усіх обстежених дітей була від I вагітності. Середня маса тіла при народженні у дітей частіше спостерігалася у проміжку 3200–3300 г. Однак у I клінічній групі частка пацієнтів з масою тіла при народженні становила 35,3%, II групі – 47,8%, а в III групі – 12,5% ( $p > 0,05$ ), при цьому відносний ризик розвитку ВСД за ваготонічним типом відносно симпатикотонічного при масі тіла при народженні менше 2900 г досягав 1,2, абсолютний ризик при відношенні правдоподібності 1,7. Водночас, маса тіла при народженні

більше 3500 г відмічалася у 23,5% представників I групи, 27,8% I групи та 37,5% III клінічної групи ( $p > 0,05$ ), хоча відносний ризик розвитку ВСД зі симпатикотонічним типом за вказаної маси тіла дорівнював 2,4, абсолютний ризик 26% при відношенні правдоподібності 2,0.

Ця ж тенденція зберігалася (фактично впродовж життя, оскільки середня маса тіла дітей I групи на момент обстеження становила  $50,6 \pm 5,2$  кг, I групи –  $59,1 \pm 3,0$  кг та III групи –  $76,1 \pm 7,1$  кг ( $p < 0,05$  при I, II : III). Середній показник маси тіла в дітей I групи сягав 19,5, II групи – 20,7 та III групи – 25,0, тобто у пацієнтів III групи відмічалася надлишкова маса тіла ( $p < 0,05$  при I:III).

Характер та тривалість вигодовування за нашими даними майже не впливало на розвиток ВСД у обстежених дітей, оскільки у пацієнтів I клінічної групи штучне вигодовування відмічалася у 35,3% дітей, грудне до 6 місяців – у 23,5%, грудне вигодовування до одного року та більше – у 35,3%; у дітей II групи – 5,6%, 27,8% та 33,3% відповідно та у представників III групи – 12,5%, 37,5% та 25% відповідно ( $p > 0,05$ ).

Слід зазначити, що обтяжений анамнез по захворюванням серцево-судинної системи в родині спостерігався у 14,3% дітей I групи, 61,1% пацієнтів II групи та 50% дітей III групи ( $p < 0,05$  при I:II). Відносний ризик розвитку ВСД за симпатикотонічним типом при наявності обтяженого сімейного анамнезу по серцево-судинним захворюванням становив 3,0 при абсолютному ризику 40% та відношенні правдоподібності 3,5.

**Висновок.** У дітей, що страждають на вегетативну дисфункцію зі симпатикотонічним типом порівняно з пацієнтами із шкільним варіантом патології частіше відмічалася більша маса тіла при народженні та зберігалася впродовж життя дитини, що асоціює з високим ризиком розвитку артеріальної гіпертензії.

#### Література

1. Бережний В.В., Корнева В.В., Козачук В.Г. Паровий вплив вегетативна недостатність у дітей: Методичні рекомендації. - К., 2010. - 110 с.

2. Ковтюк Н.І. Вегетативні дисфункції в дітей з перинатальним ураженням нервової системи в анамнезі / Н.І. Ковтюк // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. 1, № 2. – С. 110-112.

3. Корнева В.В. Современное течение пароксизмальной вегетативной недостаточности у детей и подростков (клиника, диагностика) / В.В. Корнева, И.Б. Орлюк, В.Г. Козачук // Современная педиатрия. - 2003. - № 1. - С. 53-59.

### ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ У ФОРМУВАННІ ТЯЖКОГО ВАРІАНТУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ

Гарас М.Н.

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб,*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

**Вступ.** Прогнозування тяжкості бронхіальної астми (БА) дозволить індивідуалізувати лікувальну тактику у відношенні протизапальної базисної терапії. Водночас, несприятливі прогностичні ознаки формування тяжкого варіанту БА у дитячому віці є досить суперечливими, а оцінка їх з позицій доказової медицини практично відсутня. Поряд із наведеним, ряд авторів підкреслює актуальне значення маси тіла у новонароджених у формуванні та функціональному стані бронхіального дерева [1].

**Метою** роботи було визначення діагностичної цінності та показників ризику у підтвердженні тяжкої БА у дітей шкільного віку відносно середньотяжкого варіанту захворювання.

**Матеріал та методи.** В пульмонологічному відділенні ОДКЛ м.Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 122 школярі, зокрема, 57 дітей із тяжкою персистуючою БА (I клінічна група) та 65 пацієнтів із середньотяжким персистуючим перебігом захворювання (II клінічна група). Верифікація тяжкості захворювання здійснювалася згідно протоколу діагностики та лікування БА в дітей, затвердженого МОЗ України (№ 767 від 27.12.2005р.) [2], а також відповідно до міжнародної глобальної