

регуляторні цитокіни, зокрема, туморнекротизуючий фактор-альфа (TNF- α) і фактор росту гепатоцитів (HGF). Порушення кон'югації білірубину і транспорту жовчі супроводжується розладами моторики біліарного тракту.

Виходячи з цього, **метою** роботи стало дослідження особливостей моторної функції гепатобіліарної системи (ГБС) і вивчення цитокінового стану за показниками TNF- α і HGF у немовлят з ПКЖ.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 73 дитини від 15 днів до 3 місяців з ПКЖ та 30 практично здорових дітей. Комплекс досліджень включав дані біохімічного дослідження крові – рівень некон'югованої та кон'югованої фракцій білірубину, трансаміназ, лужної фосфатази. HGF і TNF- α визначали в пг/мл, застосовували імуноферментний аналіз. З метою визначення моторної функції жовчовивідних шляхів була проведена динамічна ультразвукова холецистографія (УЗХГ) з використанням холекінетичного сніданку.

У більшості немовлят з ПКЖ (68,5%) при УЗД були виявлені відхилення у вигляді збільшення передньо-заднього розміру печінки та підвищення ехогенності паренхіми, при біохімічному дослідженні у 20,5% дітей відмічалось незначне підвищення активності АлАТ і АсАТ (при їх співвідношенні ≤ 1), рівня прямого білірубину, що може бути розцінено як субклінічні прояви холестазу. Об'єм ЖМ натщесерце у дітей з ПКЖ був майже вдвічі меншим, ніж у здорових дітей – (0,94 \pm 0,05) см³ проти (1,7 \pm 0,14) см³; $p < 0,01$. У 57,1% дітей із жовтяницею об'єм ЖМ натщесерце становив $\leq 1,0$ см³, а у 17,1% дітей $\leq 0,5$ см³, що вказує на перебування ЖМ в частково скороченому стані. Після прийому холекінетичного сніданку скорочення ЖМ у здорових дітей відбувалось протягом 30 хвилин (в середньому на 62,3 см³ \pm 3,5%), у немовлят з ПКЖ протягом 10-20 хв. (в середньому на 38,6 см³ \pm 4,8%). Відновлення початкового розміру ЖМ на 40-й хвилині дослідження відмічалось у 86,67% здорових дітей і у 35% немовлят з жовтяницею ($p < 0,05$). Отримані результати свідчать про порушення моторної функції ЖМ у дітей з ПКЖ, що підтверджує роль дисфункції жовчовивідних шляхів у патогенезі даної патології.

Дослідження цитокінового статусу виявило, що діти з кон'югаційною жовтяницею мали відмінності від практично здорових дітей: тенденцію до зниження за показником TNF- α ((22,1 \pm 6,21) пг/мл проти (38,4 \pm 3,48) пг/мл), що, на нашу думку, свідчить про компенсований функціональний стан гепатоцитів та, можливо, обумовлює захист клітин печінки при порушеннях її екскреторної функції. Рівень HGF відповідав концентрації у здорових дітей: (430,0 \pm 19,5) пг/мл і (421,0 \pm 21,6) пг/мл відповідно.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження свідчать, що у більшості (70 %) дітей з ПКЖ мають місце субклінічні прояви ураження ГБС в цей період і необхідність її корекції.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕЗОБСТРУКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ЧАСТКОВИМ КОНТРОЛЕМ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ

Шахова О.О., Тарнавська С.І.

Буковинський державний медичний університет, кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб,
м. Чернівці, Україна

Бронхіальна астма (БА) відноситься до числа найбільш розповсюджених варіантів хронічної патології в усіх вікових групах. Неспецифічна гіперсприйнятливості бронхів може розглядатись як центральна характеристика БА, що визначає перебіг і тяжкість захворювання, і, таким чином, тактику лікування.

Мета дослідження. Оцінити ефективність лікування нападу бронхіальної астми з урахуванням показників гіперсприйнятливості бронхів у підлітків із частковим контролем захворювання.

Матеріали і методи. В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці проведено комплексне обстеження 40 дітей підліткового віку, які хворіють на бронхіальну астму. З урахуванням показників лабільності бронхів (ПЛБ) сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу (I) сформували 16 підлітків із показником лабільності бронхів більше 25%, а II – 24 однолітки, в яких лабільність бронхів була менш виразною (менше 25%). За основними клінічними критеріями групи були порівнювані.

Результати та їх обговорення. Практично всі підлітки в першу добу стаціонарного лікування нападу бронхіальної астми відповідно до протоколів лікування отримували β -агоністи короткої дії (сальбутамол, вентолін) у вигляді інгаляцій з використанням небулайзера як засобу доставки препарату.

У 56,3% випадків отримували глюкокортикостероїди (ГКС) у вигляді системних препаратів. Аналогічні результати отримано і стосовно використання препаратів еуфіліну, переважно парентерально в складі інфузійної терапії, та лише 37,5% хворих отримували даний препарат ентерально. Слід підкреслити, що підлітки обох клінічних груп у 37,5% випадків отримували антибактеріальну терапію. Антигістамінні препарати у вигляді дезлоратадину одержували 87,5% хворих першої та 75,0% представників другої групи порівняння ($P > 0,05$). Інгаляційні ГКС використовували у 36,4% – беклометазон, у 27,3% – флютіказон (із сальметеролом), у 18,2% випадків – будесонід (з формотеролом) та у 18,2% спостережень – флютіказон чи будесонід.

Встановлено, що у I групі тривалість застосування β -агоністів короткої дії склала – 8,8 \pm 0,98 [95%ДІ:2,9-6,0] дня, а в II – 8,2 \pm 0,57 [95%ДІ:2,2-3,9] дня, ($p > 0,05$); глюкокортикостероїдів у I групі – 9,3 \pm 1,1 [95%ДІ:3,1-6,6] дня, а в II – 6,4 \pm 0,64 [95%ДІ:2,0-4,1] дня, ($p > 0,05$);

еуфіліну у I групі – $6,5 \pm 0,54$ [95%ДІ:1,2-3,1] дня, а в II – $7,0 \pm 0,62$ [95%ДІ:1,3-3,6] дня, ($p > 0,05$); інфузійної терапії у I групі – $2,7 \pm 0,4$ [95%ДІ:0,7-2,1] дня, а в II – $3,3 \pm 0,4$ [95%ДІ:0,72-2,4] дня, ($p > 0,05$). Слід підкреслити, що всі підлітки, незалежно від виразності лабільності бронхів, отримували системні кортикостероїди лише у перші дні лікування в стаціонарі. Так, середня тривалість лікування системними ГКС становила $3,1 \pm 0,3$ дня (9%ДІ 0,6-1,8).

Висновки. Таким чином, наведені дані дають підстави вважати, що тривалість дезобструктивної терапії в групах порівняння суттєво не відрізнялась. Водночас у підлітків із високою лабільністю бронхів має місце триваліше лікування глюкокортикостероїдами через торпіднішу до терапії клініку загострення.

НЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ТА НЕРВОВО-ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ПОЗБАВЛЕНИХ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ

Шлеєнкова Г.О., Маменко М.Є., Донцова К.М.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Актуальність. Сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, – це найбільш соціально незахищена частка населення та контингент, який характеризується низькими показниками здоров'я, фізичного та нервово-психічного розвитку. Провідне місце в структурі захворюваності вихованців будинків дитини займають ураження центральної нервової системи (ЦНС).

Мета дослідження: оцінити функціональний стан ЦНС та нервово-психічний розвиток дітей раннього віку, які знаходяться на вихованні у будинку дитини.

Матеріали і методи. Обстежено 123 дитини віком від 1 до 12 місяців, які надійшли на виховання до Луганського обласного будинку дитини № 2. Після виключення дітей із вродженими аномаліями розвитку (5/123, $4,1 \pm 1,7\%$) під спостереженням залишилось 118 вихованців. Оцінка функціонального стану ЦНС та нервово-психічного розвитку дітей проводилась за результатами стандартного неврологічного огляду та тестування за методикою "ГНОН" (графік нервово-психічної оцінки новонародженого) (Козловська Г.В., 2007). Для об'єктивізації структурних змін у ЦНС проводилось нейросонографічне (НСГ) дослідження в 10 стандартних січеннях апаратом Aloka-500. Психомоторний розвиток дітей оцінювали згідно з наказом МОЗ України № 149. "ГНОН"- стандартний тест вимірювання коефіцієнта нервово-психічного розвитку (КПР) дітей до 3 років, котрий дозволяє окремо оцінити розвиток п'яти основних нервово-психічних функцій: сенсорних, моторних, емоційно-вольових, пізнавальних та поведінкових.

Результати. За результатами клінічного неврологічного обстеження, $94,1 \pm 2,2\%$ (111/118) дітей мали симптоми перинатального ураження нервової системи. У структурі неврологічних порушень відновного періоду переважав синдром затримки стато-кінетичного, психічного та передмовленневого розвитку ($49,2 \pm 4,7\%$, 58/118, $p < 0,001$). Синдром рухових порушень мав місце у $26,3 \pm 4,1\%$ (31/118) випадків та клінічно проявлявся м'язовою дистонією ($74,2 \pm 7,8\%$, 23/31), підвищеним м'язовим тонусом ($16,0 \pm 6,6\%$, 5/31), гіпотонією ($6,5 \pm 4,3\%$, 2/31), зниженням рухової активності ($0,3 \pm 0,9\%$, 1/31). Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості було виявлено у $18,6 \pm 3,6\%$ (22/118) випадків: періодичне зригування спостерігалось у $31,8 \pm 9,8\%$ (7/22) дітей, мармуровість шкіряних покривів – у $77,2 \pm 8,8\%$ (17/22). Не виявлені порушення з боку ЦНС лише у $5,9 \pm 2,2\%$ (7/118) вихованців. Під час НСГ встановлено наявність морфологічних змін у головному мозку в $32,2 \pm 4,3\%$ (38/118) дітей: кісти судинних сплетінь ($14,4 \pm 3,1\%$, 17/118), дилатація міжпівкульової борозни ($9,2 \pm 2,7\%$, 11/118), кальцифікати підкоркових структур ($8,6 \pm 2,6\%$ 10/118). Показники психомоторного розвитку відповідали віку лише у $4,1 \pm 1,7\%$ (5/118) випадків. Відставання появи навичок на один місяць спостерігалось у $16,0 \pm 3,4\%$ (19/118) дітей. У більшості випадків домінувало відставання на два місяці ($66,1 \pm 4,4\%$, 78/118, $p < 0,001$). Затримка на три місяці спостерігалась у $13,5 \pm 3,1\%$ (16/118) дітей. Низький КПР (менше 80 балів) мали $17,8 \pm 3,5\%$ (21/118) вихованців; КПР в межах 80-90 балів – $73,6 \pm 4,1\%$ (87/118), лише у $8,6 \pm 2,6\%$ (10/118) випадків КПР перевищував 90 балів.

Висновки. Абсолютна більшість дітей першого року життя, які надходять на виховання до будинку дитини, мають перинатально зумовлену неврологічну патологію з превалюванням синдрому затримки стато-кінетичного розвитку та відставання у нервово-психічному розвитку. У 1/3 дітей під час проведення НСГ спостерігаються структурні зміни ЦНС.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Шутова Е.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Увеличение частоты желчнокаменной болезни в детском возрасте, в том числе в раннем детском возрасте, позволяет предположить, что среди известных причин формирования желчных камней немаловажное значение оказывают неизученные до настоящего времени факторы риска, способствующие нарушению холестеринагенеза.

Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии

Июль/Август 2013
Том 4 № 1

July/August 2013
Volume 4
Number 1

В НОМЕРЕ:

ПЕДИАТРИЯ:

Актуальные проблемы педиатрии. Материалы IX Конгресса педиатров Украины (8-10 октября 2013 г., Киев)

Влияние медико-социальных факторов на физическое развитие детей грудного и раннего возраста

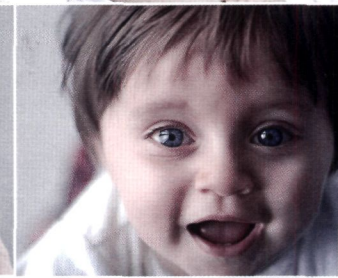
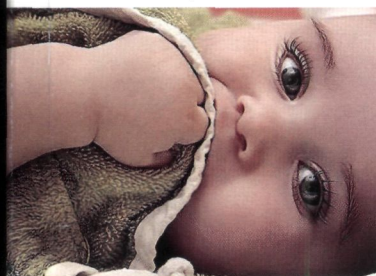
Значение хромосомной нестабильности в развитии остеоартроза в подростковом возрасте

Интерстициальные маркеры неблагоприятного прогноза новой формы бронхолегочной дисплазии в аспекте продолжающегося онтогенеза легких

Антибактериальная терапия инфекций мочевой системы у детей

Функциональное состояние кишечника у детей, больных патологией поджелудочной железы

Система комплемента и комплемент-опосредованные повреждения при заболеваниях почек у детей



International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology