

грудях, животі, порушення дихання, біль або дискомфорт у лівій половині грудної клітини, нудота або абдомінальний дискомфорт, відчуття запаморочення, нестійкість, почуття легкості в голові або переднепритомний стан. Панічна атака може супроводжуватися відчуттям дереалізації, деперсоналізації, страхом збожеволіти або здійснити неконтрольований вчинок. Дитина або підліток можуть відчувати виразний страх смерті або невизначене занепокоєння і неконтрольовану тривогу. Характерні також відчуття оніміння або поколювання (парестезії) в кінцівках. Найчастіше спостерігаються різноманітні порушення сну. Диференціальна діагностика будується на наявності чітких діагностичних критеріях пароксизмальних тривожних розладів і забезпечує адекватний терапевтичний і реабілітаційний підхід, який гарантує ефективне лікування і сприятливий прогноз.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ЇХ ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ЮРА

**Омельченко Л.І., Муквич О.М., Ніколаєнко В.Б., Ошлянська О.А., Людвік Т.А., Петренко Л.Б.,
Антоненко Л.В., Нікіфорова Т.Н.**

ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

Однією з важливих ланок складного ланцюга системних уражень при ювенільному ревматоїдному артриті (ЮРА) є порушення обміну ліпідів, в патогенезі якого відіграють роль такі фактори як: порушення процесів сорбції, транспорту та ресинтезу ліпідів внаслідок розвитку неспецифічних уражень органів шлунково-кишкового тракту; структурних та функціональних порушень функції печінки; вивільнення фосфоліпідів (ФЛ) і холестерину (ХС) з пошкоджених внаслідок системного запалення клітинних мембран; підвищене витрачання фосфоліпідів на синтез ейкозаноїдів; поява в сироватці хворих аутоантитіл до антигенних детермінант ліпопротеїдів, полігландулярна гормональна дисрегуляція, у тому числі та, що викликана кортикостероїдною терапією, дефіцитом вітаміну D. Дисліпідемія та зміни стану ліпідних компонентів клітинних мембран є чинником індукції атеросклеротичних процесів, метаболічного синдрому, суттєво впливають на активність мембранозв'язаних ферментів, трансмембранний транспорт речовин, утворення високоенергетичних сполук (АТФ), поглиблюють порушення гомеостазу організму, сповільнюють процеси репарації тканин, тому своєчасне виявлення та корекція порушень ліпідного обміну при ЮРА є актуальною дитячої ревматології.

Обстежено 57 пацієнтів з ЮРА віком від 7 до 15 років, серед них 35 - з суглобовою і 22 - з суглобово-вісцеральною формою. Стан ліпідного обміну оцінювали за показниками концентрації в сироватці крові загальних ліпідів, ХС, тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС-ЛПДНЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС-ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС-ЛПВЩ), вмісту в мембранах еритроцитів холестерину, загальних та індивідуальних фосфоліпідів. Концентрацію 25 гідроксівітаміну D [25(OH)D] (BD) в сироватці крові визначали імуноферментним методом.

У більшості хворих (75,44%) виявлено прояви дисліпідемії та зміни ліпідного складу мембран еритроцитів, які корелювали з формою, активністю та тривалістю захворювання. Виявлено атерогенну спрямованість порушень ліпідного обміну, які були найбільш виразними при високій активності суглобово-вісцеральної форми та поліартикулярного варіанту ЮРА, і проявлялись помірною гіперхолестеринемією, тенденцією до гіпофосфоліпідемії, підвищенням рівню тригліцеридів, ХС-ЛПНЩ та коефіцієнту атерогенності. У 54,4% обстежених визначено підвищення співвідношення ХС/ФЛ в ліпідному складі мембран еритроцитів, яке було найбільш суттєвим у пацієнтів з високою активністю захворювання. У всіх пацієнтів виявлено зниження забезпеченості організму вітаміном D, середній рівень 25ОНD в сироватці крові складав 29,8±2,7 нг/мл, проти 49,3±2,1 нг/мл у здорових дітей. Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити взаємозалежність між змінами основних показників ліпідного обміну та показниками активності запального процесу, вираженістю порушень функціонального стану печінки, ступенем дефіциту вітаміну D, тривалістю ГК-терапії. Результати досліджень обґрунтовують доцільність моніторингу стану ліпідного обміну, корекції його порушень у хворих на ЮРА та віднесення дітей, хворих на ЮРА, до групи ризику з раннього розвитку атеросклерозу.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕОФІЛІНІВ ТРИВАЛОЇ ДІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПУ АСТМИ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Ортеменка Є.П., Горенко Н.Б.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Наразі недостатню ефективність базисної терапії бронхіальної астми (БА) пов'язують з її фенотиповою неоднорідністю, а розробка диференційованого, адресного профілактичного лікування з метою досягнення контролю над захворюванням виявляється основним завданням педіатра-клініциста. Слід зазначити, що оприлюднені дані щодо клінічної ефективності теофілінів за різних фенотипів БА досить обмежені, особливо у дитячій популяції.

Метою дослідження було вивчення ефективності теофілінів пролонгованої дії в комплексі базисної терапії БА фізичної напруги (БАФН) у дітей шкільного віку за еозинофільного характеру запалення дихальних шляхів (ДШ) для оптимізації індивідуалізованого диференційованого лікування захворювання.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 11 дітей шкільного віку, хворих на персистуючу БАФН, в котрих за результатами цитологічного дослідження індукованого мокротиння верифіковано еозинофільний характер запалення ДШ. Даній когорті дітей, в котрих попередньо встановлено недостатній контроль БА під дією тривалого застосування протизапальної монотерапії інгальційними глюкокортикостероїдами (ІГКС), до базисного протирецидивного лікування додавалися пероральні препарати теофілінів пролонгованої дії у середній терапевтичній дозі. Ефективність лікування оцінювалася за кількістю балів самооцінки хворими їх клінічного стану. Констеляція балів свідчила про рівень контролю БА (чим гірший контроль, тим вища сума балів), а також про ефективність терапії (чим ефективніше лікування, тим нижча кількість балів після проведеної терапії). Ефективність лікування оцінювали методами біостатистики та клінічної епідеміології з урахуванням зниження абсолютного ризику (ЗнАР) та відносного ризику (ЗнВР) збереження симптомів захворювання з урахуванням мінімальної кількості хворих (МКХ), котрих слід пролікувати для отримання хоча б одного позитивного результату.

Відмічено, що доповнення основної схеми протирецидивної терапії ІГКС пролонгованими теофілінами зменшувало частку пацієнтів зі значним обмеженням фізичної активності. Так, частка пацієнтів з виразним обмеженням фізичної активності (>2 балів) внаслідок виникнення бронхоконстрикції фізичної напруги становила 63,6% на тлі монотерапії ІГКС та лише 27,3% після курсу комбінованого лікування ($P < 0,05$). Зареєстровано зниження відносного ризику (ЗнВР) недостатнього контролю симптомів астми фізичної напруги на 57%, абсолютного ризику (ЗнАР) – на 36,3%, а МКХ, яких необхідно пролікувати таким методом для запобігання хоча б одного випадку поганої якості контролю (обмеженість фізичної активності >2 балів), становила 3 дитини.

Застосування комбінованої із теофілінами сповільненого вивільнення базисної протирецидивної терапії бронхіальної астми фізичної напруги, асоційованої з еозинофільним характером запалення дихальних шляхів, виявилось ефективнішим відносно монотерапії інгальційними кортикостероїдами, що відобразилося у значному покращенні контрольованості захворювання та фізичної активності пацієнтів.

ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Осичнюк Л.М.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Для визначення лікувальної тактики основна увага в практиці лікаря приділяється постановці діагнозу. Але багато дослідників вважають, що навіть, якщо захворювання є результатом дії фізичних факторів, воно в свою чергу є джерелом емоційного стресу, який може оказувати вплив на перебіг захворювання.

Був вивчений психоемоційний стан 82 дітей віком 12-17 років, що проходили обстеження і лікування в гастроентерологічному стаціонарі з приводу хронічного гастриту/гастродуоденіту (48 дітей, 58,5%), виразкової хвороби шлунку/дванадцятипалої кишки (11, 13,4%), функціональної диспепсії (14, 17,1%), синдрому подразненого кишечника (5, 6,1%), гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (4, 4,9%).

Ми використовували: опитувальники Спілбергера (оцінка особистісної і ситуативної тривожності) і Айзенка (визначення темпераменту, емоційного стану), дитячий опитувальник неврозів Седнева В.В., Збарського З.Г., Бурцева А.К. (оцінка депресії, астенії, поведінки, сну, вегетативних розладів, тривоги), самооцінку психічного стану за Айзенком (оцінка тривожності, стійкості до невдач, агресії і ригідності), пробу Шульте (оцінка переключення уваги), коректурну пробу Іванова-Смоленського (оцінка продуктивності), вегетативний тонус оцінювали клінічно.

Найбільш високий рівень особистісної і ситуативної тривожності виявлений у дітей з виразковою хворобою та синдромом подразненого кишечника, найнижчий – з функціональною диспепсією.

За результатами дитячого опитувальника неврозів в жодної дитини не відмічалась депресія. Середній рівень астенії був у 2/3 дітей з хронічним гастритом/гастродуоденітом і виразковою хворобою, вегетативні розлади - майже у всіх хворих (89%-75% в залежності від захворювання). Порушення сну та поведінки були лише у 18% пацієнтів з виразковою хворобою і 20% - з синдромом подразненого кишечника, високий рівень тривожності не виявлений в жодної дитини, середній – у ¼ хворих з виразковою хворобою та одного хворого з синдромом подразненого кишечника.

За результатами опитувальника Айзенка найбільш висока тривожність у дітей з виразковою хворобою, зовсім не було ознак тривожності у дітей з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою. Стійкість до невдач більше виражена у дітей з функціональними розладами, менше - з виразковою хворобою. У всіх дітей агресивність майже не проявлялась, найбільш висока ригідність – у дітей з виразковою хворобою, при функціональних розладах вона була відсутня.