



У дослідження було включено 14 дітей основної групи (4 хлопчики і 10 дівчаток; середній вік – $8,8 \pm 2,8$ років) та 8 дітей групи порівняння (середній вік - $8,7 \pm 2,3$ років). Для виключення органічної патології мозку всім дітям проводилась магнітно-резонансна томографія головного мозку. В усіх обстежених дітей спостерігався виражений дефіцит росту, середній показник сигмального відхилення (SDS) росту становив $5,5 \pm 1,5$. Отримані результати обробляли за стандартними методиками.

Таблиця

Стимуляційні тести для оцінки СТГ-функції

Характер секреції СТГ	Препарат: доза, метод введення	Час забору проб крові (хв)	Побічні дії
Спонтанна секреція		0, 30, 60, 90, 120, 150, 180, після засинання	
Стимульована секреція	інсулін 0,1 МО/кг, в/в клонідин 0,15 мг/м ² , р.ос. L-Дофа 25мг — (вага до 30кг) 125 мг — (вага 30 кг) 250 мг — (вага 15-30 кг) 500 мг — (вага >30 кг)	0, 15, 30, 45, 60, 90, 120	Гіпоглікемія
		0, 30, 60, 90, 120, 150	зниження АТ, сонливість
		0, 45, 60, 90, 120, 150	нудота, блювота, головний біль
Диф. діагностика гіпофізарних і гіпоталамічних форм	соматоліберин 1 мкг/кг в/в	0, 15, 30, 45, 60, 90, 120	

У досліджуваній групі дітей коефіцієнт кісткового віку становив $0,64 \pm 0,15$, у той час, як при сімейно-конституційній або соматогенній низькорослості цей показник набагато вищий ($>0,9$). Обстежені діти мали тотальний дефіцит СТГ із піком викиду його викидуна тлі СТГ-стимулюючих проб (клонідинова та інсулінова) $<1,5$ нг/мл, у середньому – $0,35 \pm 0,17$ нг/мл на інсуліновій та $0,95 \pm 0,09$ нг/мл – на клонідиновій пробах. Під час дослідження спонтанної секреції СТГ зареєстровано показник $0,06 \pm 0,01$ нг/мл. Вміст ІФР-1 та ІФРЗБ-3 визначався до лікування СТГ та на тлі лікування гормоном росту через 6 і 12 міс після початку терапії. Базальні рівні ІФР-1 і ІФРЗБ-3 у досліджуваних дітей були значно знижені порівняно з віковою нормою та контрольною групою здорових дітей такого ж віку. Рівень ІФР-1 у групі контролю (n=8) становив 211 ± 54 нг/мл (при нормі 64-419 нг/мл), ІФРЗБ-3 – $2,89 \pm 1,1$ нг/мл (при нормі 2,06-7,29 нг/мл).

Отже, у дітей із гіпофізарним нанізмом на тлі терапії препаратами гормону росту рівні ІФР-1 та ІФРЗБ-3 вірогідно збільшуються.

Тарнавська С.І.

КОМОРБІДНІСТЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ СПІВІСНУВАННЯ ЧИ АДИТИВНІСТЬ?

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Бронхіальна астма (БА) та алергічний риніт (АР) важливі соціально-значимі захворювання як в дітей, так і у дорослих, оскільки призводять до погіршення якості життя хворих, зниження працездатності та інвалідизації населення. Власне, у 70-90% хворих на бронхіальну астму розвивається алергічний риніт, та 40-50% пацієнтів з АР мають астму. АР може сприяти прогресуванню астми; аналогічним чином можна також покращити контроль астми через полегшення тяжкості АР.

Для оптимізації результатів комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно вивчити особливості перебігу захворювання з урахуванням супутніх коморбідних станів (алергічного риніту).

Проведено комплексне клініко-імунологічне та алергологічне обстеження 69 дітей, хворих на бронхіальну астму. Сформовано 2 групи: I група – 24 дітей хворих на бронхіальну



астму (середній вік - $11,6 \pm 0,4$ року, частка хлопчиків - 70,0%), II група - 45 дітей хворих на бронхіальну астму з супутнім алергічним ринітом (середній вік - $12,4 \pm 0,8$ року, частка хлопчиків - 80,0%), з них – у 16 дітей (35,6%) реєстрували інтермітуючий алергічний риніт (АР), а в 29 пацієнтів (64,4%) – персистувальний перебіг алергічного риніту. За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставимі.

Аналіз отриманих даних показав, що у представників II клінічної групи вдвічі частіше відзначався пізній старт захворювання (після 6 років) (42,3% випадків) порівняно із пацієнтами I клінічної групи (20,0%, $p < 0,05$). Наявність вказівок на прояви atopічних хвороб в родині з майже однаковою частотою відмічали пацієнти обох груп спостереження, зокрема 50,0% хворих I групи та 41,4% ($p > 0,05$) дітей II групи.

Аналіз тяжкості перебігу бронхіальної астми в дітей клінічних груп спостереження показав, що персистувальний легкий, середньотяжкий і тяжкий перебіг астми у представників I групи реєстрували у 20,0%, 70,0%, 10,0% випадків відповідно, а у пацієнтів II групи – у 12,0% ($p > 0,05$), 52,0% ($p > 0,05$), 36,0% ($p < 0,05$) відповідно. Детальна оцінка контролю перебігу БА за даними АСТ-опитувальника (Asthma Control Test) дозволила встановити, що середній показник АСТ-тесту у I групі дорівнював $18,2 \pm 1,2$ бали, а у пацієнтів II групи - $16,8 \pm 0,9$ бали, що свідчить про переважання частково контрольованого або неконтрольованого перебігу хвороби у пацієнтів II групи. Так, показники ризику втрати контролю (АСТ-тест < 19 балів) у дітей II групи порівняно до пацієнтів I групи дорівнювали: відносний ризик -1,2 [95% ДІ: 0,8-2,6] при співвідношенні шансів - 4,1 [95% ДІ: 2,0-9,6].

Оцінка цитологічного складу носового слизу показала переважання виразного еозинофіл-опосередованого запалення слизової оболонки носа в дітей за наявності коморбідності БА та персистувального АР порівняно до пацієнтів з інтермітуючим перебігом АР: відносний ризик зростав у 2,1 рази (95%ДІ: 1,1 – 4,3), а співвідношенні шансів – у 3,4 раза (95%ДІ: 1,8- 5,4).

Таким чином, за наявності супутніх коморбідних станів (алергічного риніту) шанси неконтрольованого перебігу захворювання зростають у 4,1 рази, захворювання має тенденцію до переважання фенотипу пізнього початку, а тяжкий перебіг трапляється у кожного третього хворого.

Фоміна Т.П.

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШКІВНИКА

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Суттєве місце серед гастроентерологічних захворювань у дітей займає патологія кишківника, зокрема хронічні запальні захворювання. Однією із специфічних особливостей патології дітей є значна поширеність і функціональних захворювань, зумовлених фізіологічною та метаболічною незрілістю організму дитини, зокрема дітям раннього віку властива низька активність травних ферментів, підвищена проникність епітеліоцитів, знижена моторна функція кишківника, незрілість і дискоординація роботи сфінктерів. Слизова оболонка кишківника є важливим компонентом імунної системи, яка відіграє значну роль у розвитку харчової толерантності та захисті проти патогенних організмів.

Мета дослідження – оцінити фізичний розвиток у дітей із захворюваннями кишківника.

Обстежено 70 пацієнтів віком від 3 до 17 років. Дітей розділено на 2 групи: 1-ша (35 дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці в яких було діагностовано захворювання кишківника) і 2-га група (35 дітей) – клінічно здорові діти. Серед обстежених I-ї групи 2 дітей було із хворобою Крона, 2 дітей із діагнозом неспецифічний виразковий коліт, 12 дітей