



на фоні перинатальної патології, базуючись на статистичному аналізі даних проведеного дослідження та синдромальній діагностиці дисфункції ГБС залежно від тяжкості перебігу перинатальної патології.

Проаналізовані особливості функціонального стану ГБС у доношених новонароджених дітей з різним ступенем тяжкості перинатальної патології, клінічними проявами якої, у тому числі, була жовтяниця. Основну (I групу) спостереження склали 92 дитини, з яких IA підгрупу – новонароджені, які мали середню важкість стану, IB підгрупу – важкий стан після народження. Групу контролю (II групу) склали 72 здорових доношених дітей. Для достовірного аналізу виявлених патофізіологічних змін проводилася оцінка даних з використанням програмного забезпечення Statistica, 2010, програми Excel.

Згідно даних літератури, формування основних клініко-діагностичних ознак патології ГБС включає наступні патофізіологічні ланки: підвищення проникності мембран гепатоцитів, збільшення їх розмірів, здавлення жовчних протоків і порушення відтоку жовчі, зниження процесів синтезу, зв'язування та детоксикації продуктів обміну, активація мезенхімальної тканини з формуванням імунної відповіді та зниженням антиоксидантного захисту. Дані зміни є підґрунтям формування основних клініко-параклінічних синдромів: синдром цитолізу, холестазу, мезенхімально запальної відповіді та білково-синтетичної недостатності. На користь синдрому цитолізу свідчить активація маркерів цитолізу АлАТ, АсАТ, ЛДГ сироватки крові у групах порівняння. У ході дослідження спостерігалось значне підвищення, при наростанні ступеня тяжкості патології, активності ЛДГ. Аналіз показника загального білірубіну сироватки крові показав, що в обох групах підвищення його рівня відбувалось за рахунок непрямої його фракції. Активність ЛФ мала тенденцію до підвищення активності серед дітей IA підгрупи, у той час як серед дітей IB підгрупи її активність була більш низькою порівняно з контролем. У новонароджених груп спостереження вивчення активності ГГТ показало тенденцію до зниження порівняно з контролем, що можливо пояснюється пригніченням глутатіонової системи детоксикації в умовах гіпербілірубінемії. Аналіз білового спектру крові виявив зниження рівня як загального білка, так і альбумінів у підгрупах IA та IB порівняно з контролем, при цьому більш виражені зміни були у новонароджених з важким загальним станом. Зміни кількісного та якісного складу білків можуть бути обумовлені як функціональною недостатністю печінки зі зниженням її білковосинтезуючої функції, так і підвищеним рівнем використання білка, зокрема альбумінової фракції, для зв'язування білірубіну.

Таким чином основними патогенетичними синдромами порушення функціонального стану гепатобіліарної системи у новонароджених дітей з проявами жовтяниці на фоні перинатальної патології є: синдром цитолізу, холестазу та білково-синтетичної недостатності, а поглиблене вивчення патофізіологічних ланок є необхідним для успішної корекції порушень функціонального стану ГБС та попередження розвитку важких форм.

Гінгуляк М.Г.

ВПЛИВ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ НА ПІДВИЩЕНУ РЕАКТИВНІСТЬ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З БРОНХОБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Буковинський державний медичний університет

Поряд з діагностикою підвищеної реактивності бронхів у дітей не менш актуальним є пошук засобів направлених на її зниження. Загальновизнана терапія бронхообструктивного синдрому приводить до зняття нападу, але в більшості випадків не впливає на гіперреактивність бронхів. Виходячи із запальної теорії бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей раннього віку при ГРЗ з активацією вторинних ефекторних клітин запалення - нейтрофільних і еозинофільних лейкоцитів, що сприяють дегрануляції клітин мастоцитів та виходу з них медіаторів алергії, є доцільним використання в комплексі лікування препаратів що знижують активність цих ефекторних клітин запалення. До них можна віднести блокатори кальцієвих каналів та глюкокортикостероїди. Доцільність використання



блокаторів кальцієвих каналів типу ніфедіпіну, верапамілу при лікуванні атопії передбачається так званою "кальцієвою" теорією алергії.

Було обстежено 75 дітей шкільного віку з повторними епізодами бронхіальної обструкції, з яких у 49 діагностовано атопічну форму бронхіальної астми. Середній вік дітей становив 11,9 року. В лікуванні було використані: фіноптин в інгаляціях, верапаміл та корінфар в таблетках. Вихідний показник лабільності бронхів (ПЛБ) у обстежених пацієнтів становив $10,03 \pm 1,8\%$, після інгаляції фіноптину він склав $7,8 \pm 1,92$ ($P > 0,05$), після прийому верапамілу - $6,01 \pm 1,29\%$ ($P > 0,05$), в той же час у відповідь на приймання коринфару - індекс знизився до $3,1 \pm 1,08\%$ ($P < 0,01$).

Таким чином, у відповідь на приймання блокаторів кальцієвих каналів відмічено достовірне зменшення ПЛБ за рахунок значного зменшення бронхоспазму, та/або помірної бронходилатції у відповідь на фізичне навантаження. Це можна розцінити як прояв їх позитивної дії на підвищену реактивність бронхів. Найкраще цей ефект проявлявся при використанні коринфару. Вважається, що блокатори кальцієвих каналів діють на бронхи за механізмами, які аналогічні механізмам периферичної вазодилатації, перешкоджаючи в ряді випадків розвитку гіперреактивності бронхів. Блокуючи проникнення іонів кальцію через мембрану в клітину гладкої мускулатури бронхів та в мастоцити, препарати цієї групи обумовлюють релаксацію гладких м'язів бронхів та зменшення вивільнення медіаторів.

Годованець О.С.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ СЕРЕД НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Порушення функціонального стану шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей віком до 1-го року, які мали в анамнезі перинатальну патологію, є одним із найбільш актуальних питань сучасної неонатології та педіатрії (Шендеров Б.А., 2007; Суржик А.В., 2011). Період новонародженості, особливо ранній неонатальний період, вважається визначальним з точки зору формування здоров'я та якості життя людини. У цьому віковому періоді спостерігаються як транзиторні стани, зумовлені характером імунобіологічної адаптації організму до нових умов існування, так і суто патологічні стани, які є наслідком дії несприятливих факторів ризику в анте-/перинатальному періоді.

Провідне місце в патогенезі перинатальної патології належить гіпоксії. Тривала внутрішньоутробна гіпоксія викликає глибокі дисметаболічні зміни в організмі плода, знижує резерви адаптації новонародженого (Шунько Є.Є., 2010; Шевченко Л.І., 2011; Merenstein G.B., 2006). Наслідком цього є розвиток функціональної та хронічної патології у подальші роки життя (Penders J., 2006; Singhal A., 2008).

Нами були оцінені чинники ризику виникнення патології шлунково-кишкового тракту у новонароджених та дітей грудного віку за умов перинатальної патології шляхом вивчення анамнезу та особливостей перебігу вагітності й пологів у матерів. Вивчені особливості клінічного перебігу порушень функціонального стану кишечника в новонароджених за умов перинатальної патології, а також показники, які характеризують функціональний стан кишечника у новонароджених, які мають порушення адаптації в ранньому неонатальному періоді: вміст жирів та крохмалю, рівень альбуміну в калі, рівні секреторного імуноглобуліну А (sIgA) та альфа-1-антитрипсину (А1-АТ). Для виконання поставлених завдань було проведено комплексне клінічно-лабораторне дослідження 105 дітей. Діти були розподілені на групи за віком: 55 новонароджених (І група), серед яких 50 дітей мали клінічні ознаки перинатальної патології з порушеннями функціонального стану ШКТ; ІІ групу спостереження склали 50 дітей грудного віку, з яких у 25 осіб у віці 5-6 місяців відмічалися клінічні ознаки порушень функціонального стану ШКТ (ІІА група) та 25 здорових дітей, які знаходилися на виключно грудному вигодовуванні до 5 місяців (ІІВ група). Оцінку загального стану новонароджених проводили за загальноприйнятим методом клінічного