



Тарнавська С.І.

ОСОБЛИВОСТІ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Враховуючи патогенетичні особливості фенотипів бронхіальної астми (БА) слід визнати, що оцінка особливостей запалення дихальних шляхів за показниками вмісту гранулоцитів у периферичній крові є доступним та малоінвазивним методом. Тому, нами вважалося за доцільне оцінити ступінь неспецифічної реактивності дихальних шляхів у дітей, хворих на бронхіальну астму, за різних запальних патернів крові, що дозволить оптимізувати необхідний комплекс лікувально-профілактичних заходів.

Метою роботи було дослідити показники неспецифічної реактивності бронхів залежно від запальних патернів крові з метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно

Проведено комплексне клініко-імунологічне обстеження I-II рівня 120 дітей, хворих на бронхіальну астму. Залежно від вмісту гранулоцитів крові сформовані чотири клінічні групи. Першу (I) групу становили 34 дитини, які хворіють на БА з гіпогранулоцитарним патерном запалення (вміст еозинофілів крові < 250 клітин/мм³ та нейтрофілів < 5000 клітин/мм³) (середній вік – 13,7±2,6 року, частка хлопчиків – 64,7 %), до II групи увійшли 60 дітей, хворих на БА з переважно еозинофільним патерном периферичної крові (вміст еозинофілів ≥250 клітин/мм³) (середній вік – 12,8±2,9 року, частка хлопчиків – 70,0 %), до III групи увійшли 14 дітей із нейтрофільним патерном (вміст нейтрофілів ≥5000 клітин/мм³) (середній вік – 12,6±2,7 року, частка хлопчиків – 64,3 %), до IV групи увійшли 12 дітей з гіпергранулоцитарним патерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм³ та нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм³) (середній вік – 14,9±1,9 року; частка хлопчиків – 58,3 %). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними. Оцінку реакції бронхів у відповідь на інгаляцію β₂-агоніста короткої дії (сальбутамолу) проводили згідно з рекомендаціями з подальшим підрахунком індексу бронходилатації (ІБД): ІБД = ((ОФВ₁ після інгаляції сальбутамолу - ОФВ₁ вих.) / ОФВ₁ вих.) X100%.

Аналіз отриманих даних показав, що найбільш високі показники лабільності бронхів (переважно за рахунок вираженої дилатації у відповідь на інгаляцію β₂-агоніста) відзначали у дітей з гіпергранулоцитарним запальним патерном крові в порівнянні з іншими фенотипами. Так, позитивну бронхомоторну пробу з β₂-адреноміметиком реєстрували у 18,8%, 28,6%, 26,8% і 72,7% (рФV: I, II, III <0,05) пацієнтів I, II, III, IV груп відповідно. Показники ризику наявності позитивної реакції дихальних шляхів на β₂-адреноміметик у пацієнтів з гіпергранулоцитарним запальним патерном крові в порівнянні з гіпогранулоцитарним запальним фенотипом склали: відносний ризик - 3,9 [95% ДІ: 2,7-5,5], при співвідношенні шансів - 11,6 [95% ДІ: 5,9-22,7].

Таким чином, наявність гіпергранулоцитарного запального патерна крові у дітей, хворих на бронхіальну астму в порівнянні з гіпогранулоцитарним запальним фенотипом підвищувало шанси вираженою дилатаційної реакції бронхів в 11,6 разу.

Шахова О.О.

ЛАБІЛЬНІСТЬ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АСТМУ ПІЗЬКОГО ПОЧАТКУ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Бронхіальна астма (БА) дитячого віку є гетерогенним захворюванням, яке може вирізнятися клінічними розбіжностями залежно від фенотипу захворювання та віку дитини. Наразі астма дитячого віку розглядається як сукупність окремих фенотипів із визначеними механізмами розвитку і прогресування. Фенотип астми пізнього початку – це пізній початок захворювання з клінічними проявами атопії (екземою, алергічним ринітом, кон'юнктивітом, харчовою алергією), еозинофілії та/або підвищеним рівнем загального IgE у крові.

Метою дослідження було оцінити показники лабільності бронхів у дітей, хворих на астму пізнього початку, з урахуванням ацетиляторного статусу хворих.

Обстежено 72 дитини, які страждають на БА пізнього початку (дебют захворювання після шести років). Сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) – 34 дитини із фенотипом БА пізнього початку та повільним характером ацетилювання, друга (II) – 38 дітей, хворих на БА пізнього початку, зі швидким ацетиляторним фенотипом. Лабільність бронхів визначали згідно рекомендацій шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію β₂-агоніста короткої дії.

Оцінка показників лабільності бронхів показала, що позитивна бронхоспастична проба спостерігалася у 44,2% пацієнтів із повільним характером ацетилювання та лише у 26,0% дітей зі швидким ацетиляторним статусом (РФ<0,05). Показники ризику наявності бронхоспазму дихальних шляхів у відповідь на дозоване фізичне навантаження у хворих із повільним ацетиляторним фенотипом порівняно до швидких «ацетиляторів» дорівнювали: відносний ризик – 1,7 [95%ДІ: 1,04-2,6], при співвідношенні шансів – 2,2 [95%ДІ: 0,8-5,9]. Разом із тим повільний ацетиляторний фенотип підвищував відносний ризик вираженої лабільності бронхів у 2,9 раза [95%ДІ: 1,9-4,6] при співвідношенні шансів – 4,7 [95%ДІ:1,6-14,2]. Показник лабільності бронхів є



інтегральним та відображає сумарну відповідь бронхів на дозоване фізичне навантаження та інгаляцію сальбутамолу, виразнішими його значення виявилися в дітей із повільним ацетилаторним статусом. Зокрема, виразна лабільність бронхів (ПЛБ більше 25%) притаманна майже кожному другому пацієнту I групи з повільним ацетилаторним статусом (47,0%) та лише кожному п'ятому хворому (16,0%) з фенотипом швидких ацетилаторів ($P > 0,05$).

Отже, дітям, хворим на бронхіальну астму пізнього початку з повільним ацетилаторним статусом, притаманна тенденція до виразнішої лабільності бронхів, різного калібру як за рахунок бронхоспастичної, так і дилатаційної компоненти, що можна використовувати для вирішення клінічного завдання щодо верифікації повної клінічно-інструментальної ремісії захворювання.

Швигар Л.В.

МАЛІ СЕРЦЕВІ АНОМАЛІ ТА СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

За останні роки в структурі серцево-судинної патології значну роль відводять функціональним порушенням і станам, пов'язаних з дисплазією сполучної тканини серця.

Метою даного дослідження стало вивчення частоти і характеру кардіальної патології у дітей з клінічними проявами вегетативної дисфункції.

Було обстежено 87 дітей у віці від 6 до 15 років, госпіталізованих в неврологічне відділення обласної дитячої лікарні з приводу синдрому вегетативної дисфункції (СВД). Серед обстежених були 35 хлопчики і 54 дівчинки. Синдром вегетативної дисфункції за ваготонічним типом був діагностований у 38,4% дітей, по симпатикотонічному – у 22,3%, по змішаному – у 39,3%. Обстеження включало аналіз даних анамнезу і загально клінічні дослідження, у тому числі виміри артеріального тиску, кліноортостатичну пробу, електрокардіографію, ультразвукове дослідження серця.

В усіх обстежених дітей основним діагнозом був СВД, 86,5% дітей одночасно мали функціональні порушення ЦНС у вигляді церебрастенії, синдрому внутрішньочерепної гіпертензії (ВЧГ), у 13,5% дітей порушення ЦНС мали резидуально-органічний генез. Супутні патологічні стани з боку ЦНС з однаковою частотою зустрічалися у хлопчик і відвічаток. Діагноз функціональної кардіопатії мали 27,0% дітей. Інша супутня патологія була представлена хронічними захворюваннями ЛОР-органів (45,9%), нейроортопедичною патологією (40,5%), соматичними захворюваннями (16,2%) такими як хронічний гастродуоденіт, дискінезія жовчовивідних шляхів, дисметаболічні нефропатії, з приводу яких хворі отримували відповідне лікування.

При безпосередньому клінічному обстеженні зміни з боку серця виявлені у 83,8% дітей, серед них аускультативно вислуховувалися клацання відкриття мітрального клапану, 29,7% систолічний шум – у 21,6%, розщеплення тонів серця – у 13,5% порушення ритму – у 5,4% дітей. Аналіз ЕКГ у 56,7% обстежених дітей відмітив однакову частоту дітей з синусовою браді і тахікардією, що відповідає ваготонії і симпатотонії що зустрічаються майже з однаковою частотою. При цьому за даними кліноортостатичної проби нормальну вегетативну реактивність мали 42,2% дітей, гіперсимпатотонічну вегетативну реактивність - 30,9% дітей. При ультразвуковому дослідженні серця патологічні зміни у вигляді різних варіантів малих серцевих аномалій виявлені у 68,9% дітей, з них додаткові хорди шлуночків серця - у 53,3% пролапс мітрального - у 26,4%, трикуспідального клапана - у 10,2%, поєднання пролапсу мітрального клапана (ПМК) і аномальної хорди (АХ) – у 9,1%. Інші прояви ДСТ серця, такі як двостулковий клапан аорти, пролапс аортального клапана, аневризма міжшлуночкової перегородки, аневризми міжпередсердної перегородки, зустрічалися значно рідше і складали менше 6% у загальній структурі малих аномалій розвитку серця.

Таким чином, висока частота малих серцевих аномалій, що зустрічаються при СВД у дітей може свідчити про значення сполучнотканинних дисплазій в генезі розвитку цих станів. Пролабування стулок клапанів і додаткові хорди шлуночків, можливо, є результатом порушення вегетативної іннервації клапанного апарату на тлі загального вегетативного дисбалансу організму. Проведені дослідження показали, що в структурі малих аномалій розвитку серця у обстежених дітей максимальну питому вагу мають аномально розташовані хорди шлуночків і пролапс клапанів серця. Часте поєднання малих серцевих аномалій, що являються стигмами дизембріогенезу, з клінічними проявами нестабільності вегетативної нервової системи віддзеркалює конституційні особливості дитини і дозволяє припускати наявність єдиних механізмів їх розвитку.

Юрків О.І.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ГРУП ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

Порушення функціонального стану шлунково-кишкового тракту у дітей віком до 1-го року, які мали в анамнезі перинатальну патологію, є актуальним питанням сучасної неонатології та педіатрії. Одним із найбільш розповсюджених патологічних станів шлунково-кишкового тракту у новонароджених є порушення складу та функції мікрофлори товстої кишки, які виникають під впливом перинатальних факторів та є передумовою