

**Національна академія медичних наук Укаріни
Міністерство охорони здоров'я Укаріни
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН Укаріни»
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Асоціація педіатрів Укаріни**

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VIII Конгреса педіатрів Укаріни
(9-11 жовтня 2012 року, Київ)

За редакцією Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the VIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 9-11th, 2012, Kiev)

Edited by J.G. Antypkin, V.G. Maidannyk

Київ - 2012

ПОКАЗНИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Шахова О.О., Дмитрук Т.В. 1, Січкач І.Б. 1

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

1Обласна дитяча клінічна лікарня, м.Чернівці

Метою роботи було вивчити діагностичну цінність показників неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів у хворих на бронхіальну астму підлітків, у післянападному періоді та під час клінічної ремісії.

Для досягнення мети роботи в пульмо-алергологічному відділенні ОДКЛ м.Чернівці обстежено 105 дітей підліткового віку, що хворіють на бронхіальну астму. Сформовано дві клінічні групи порівняння, першу (I) утворили – 42 пацієнти, обстежені у післянападному періоді, II – 63 підлітка, у періоді клінічної ремісії. Усім дітям, у динаміці спостереження поряд із загальноклінічними обстеженнями визначали гіперсприйнятливості бронхів, за допомогою інгаляційного бронхопровокаційного спірометричного тесту із серійними розведеннями гістаміну. Враховували концентрацію (ПК20Г) і дозу (ПД20Г), яка могла обумовити зменшення об'єму форсованого видиху (ОФВ1) на 20%. Лабільність бронхів визначали шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження та інгаляцію β_2 -агоніста короткої дії (200 мкг сальбутамолу) з наступним обчисленням показника лабільності бронхів як суми його компонентів – індексів бронхоспазму (ІБС) та бронходилатації (ІБД).

Встановлено, що показники гіперсприйнятливості бронхів до прямих і непрямих стимулів у дітей груп порівняння становили в післянападному періоді (ПК20Г) – $1,26 \pm 0,28$ мг/мл (95%ДІ 0,69-1,83); а ДЗК – $2,09 \pm 0,09$ ум.од (95%ДІ 1,91-2,27). У періоді ремісії (ПК20Г) – $1,66 \pm 0,34$ мг/мл (95%ДІ 0,97-2,35); ДЗК – $2,09 \pm 0,09$ (95%ДІ 1,91-2,28). Показники лабільності бронхів в I групі становили – $19,17 \pm 2,70$ %, в II-й – $13,80 \pm 1,64$ % ($p > 0,05$). Із урахуванням середніх величин показників неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів, а також меж інтервалу, який з 95%-ою вірогідністю відображає наявність істинних величин, як розділові точки для верифікації ремісії були обрані: для ПК20Г – більше 1,5 мг/мл; для ДЗК – менше 2,0 ум.од.; для ПЛБ – менше 15%; для ІБС – менше 5%; для ІБД – менше 10%.

Таким чином, відсутність вірогідних відмінностей дає підстави вважати, що гіперсприйнятливості бронхів визначається не лише запальними змінами, що характерні у післянападному періоді, але й іншими, що стають провідними у періоді ремісії.

ОСТЕОПЕНІЧНИЙ СИНДРОМ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ПЕРШИХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Шевченко Н.С.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м.Харків

Відомо, що стан кісткової тканини людини безпосередньо пов'язаний із наявністю хронічної соматичної патології, запальних процесів, порушень, що не дають можливість сформувати достатню пікову кісткову масу на етапах росту й розвитку в дитячому та підлітковому віці. Дослідження останніх років довели взаємозв'язок остеопенії в молодому віці та ревматичних хвороб, перш за все системних захворювань сполучної тканини та ревматоїдного артриту. Наукові розробки щодо дорослих пацієнтів виявили також потенціуючу дію один на одного остеоартрозу (ОА) та остеопорозу.

Нами доведено (Лебець І.С. із співавт.), що ОА має місце й в молодому віці. Причинами його розвитку в підлітків можуть бути диспластичні зміни, а саме гіпермобільний синдром (ГМС), метаболічні порушення, надвисокі навантаження та перенесений запальний процес у суглобах.

З метою попередження прогресування ОА в даному віковому періоді було досліджено стан кісткової тканини у 45 підлітків 12-18 років із встановленим діагнозом початкової стадії ОА. Серед хворих переважали дівчата (62,2%) та діти 15-18 років (66,7%). Для встановлення діагнозу ОА користувались сучасною міжнародною класифікацією Р3, критеріями діагностики та лікування ОА, що затверджено Асоціацією ревматологів України. До уваги брались фактори ризику розвитку ОА: у 55,5 % виявлявся ГМС, у решти – в анамнезі відмічено перенесений реактивний артрит різної етіології у стадії ремісії. Вивчались клінічна симптоматика суглобового синдрому, наявність синовіту, проводилось рентгенологічне та ультразвукове обстеження (УЗД) суглобів. При дослідженні кісткової тканини методом ультразвукової денситометрії п'яткової кістки на апараті "Sonos-2000" остеопенічний синдром визначався при зменшенні показника Z-score нижче $-1,0$ SD порівняно з номограмами для дітей Харківського регіону (Фролова Т.В. із співавт.).

Встановлено значну частоту розвитку остеопенії у підлітків, хворих на ОА (62,2%), частіше серед осіб жіночої статі (75,5 % проти 40,2 %, $p < 0,01$), у віці до 14 років (77,7 % проти 54,1 %, $p < 0,01$), переважно на тлі перенесеного РеА (80,0 % проти 44,2 % при наявності ГМС, $p < 0,05$). За критеріями ВООЗ остеопенія відповідала першому ступеню у 64,4 %. Однак у 8,8 % хворих (всі при розвитку ОА після РеА в анамнезі) вираженість зниження кісткової маси досягала третього ступеня (остеопорозу). Не встановлено достовірної залежності між рентгенологічними ознаками ОА та наявністю остеопенічного синдрому. Відмічено взаємозв'язок між зниженням кісткової тканини та зменшенням висоти суглобового хряща за даними УЗД ($p < 0,05$), що підкреслює спорідненість порушень мінералізації кістки та суглобових змін диспластичного характеру. У хворих на ОА із виникненням вторинного синовіту за даними УЗД остеопенічний синдром зустрічався у два рази частіше ($p < 0,05$).

Таким чином, зменшення маси кісткової тканини визначається з великою частотою при формуванні дегенеративних змін у суглобах в підлітковому віці. Як сполучнотканинна дисплазія, так і наявність в анамнезі запального процесу в суглобах стають факторами ризику розвитку і прогресування не тільки порушень у суглобових структурах, а й у кістковій тканині в цілому. Це надає підставу для корекції терапевтичних дій щодо таких пацієнтів із включенням антиостеопоротичних препаратів.