

більше 3500 г відмічалася у 23,5% представників I групи, 27,8% I групи та 37,5% III клінічної групи ($p > 0,05$), хоча відносний ризик розвитку ВСД зі симпатикотонічним типом за вказаної маси тіла дорівнював 2,4, абсолютний ризик 26% при відношенні правдоподібності 2,0.

Ця ж тенденція зберігалася (фактично впродовж життя, оскільки середня маса тіла дітей I групи на момент обстеження становила $50,6 \pm 5,2$ кг, I групи – $59,1 \pm 3,0$ кг та III групи – $76,1 \pm 7,1$ кг ($p < 0,05$ при I, II : III). Середня маса тіла в дітей I групи сягав 19,5, II групи – 20,7 та III групи – 25,0, тобто у пацієнтів III групи відмічалася надлишкова маса тіла ($p < 0,05$ при I, III).

Характер та тривалість вигодовування за нашими даними більше не впливало на розвиток ВСД у обстежених дітей, оскільки у пацієнтів I клінічної групи штучне вигодовування відмічалася у 35,3% дітей, грудне до 6 місяців – у 23,5%, грудне вигодовування до одного року та більше – у 35,3%; у дітей II групи – 5,6%, 27,8% та 33,3% відповідно та у представників III групи – 12,5%, 37,5% та 25% відповідно ($p > 0,05$).

Слід зазначити, що обтяжений анамнез по захворюванню серцево-судинної системи в родині спостерігався у 14,3% дітей I групи, 61,1% пацієнтів II групи та 50% дітей III групи ($p < 0,05$ при I:II). Відносний ризик розвитку ВСД за симпатикотонічним типом при наявності обтяженого сімейного анамнезу по серцево-судинним захворюванням становив 3,0 при абсолютному ризику 40% та відношенні правдоподібності 3,5.

Висновок. У дітей, що страждають на вегетативну дисфункцію зі симпатикотонічним типом порівняно з пацієнтами із парасимпатичним варіантом патології частіше відмічалася більша маса тіла при народженні та зберігалася впродовж життя дитини, що асоціює з високим ризиком розвитку артеріальної гіпертензії.

Література

1. Бережний В.В., Корнева В.В., Козачук В.Г. Шкільна вегетативна недостатність у дітей: Методичні рекомендації. - К., 2010. - 31 с.

2. Ковтюк Н.І. Вегетативні дисфункції в дітей з перинатальним ураженням нервової системи в анамнезі / Н.І. Ковтюк // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. 1, № 2. – С. 110-112.

3. Корнева В.В. Современное течение пароксизмальной вегетативной недостаточности у детей и подростков (клиника, диагностика) / В.В. Корнева, И.Б. Орлюк, В.Г. Козачук // Современная педиатрия. - 2003. - № 1. - С. 53-59.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ У ФОРМУВАННІ ТЯЖКОГО ВАРІАНТУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ

Гарас М.Н.

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб,

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Прогнозування тяжкості бронхіальної астми (БА) дозволить індивідуалізувати лікувальну тактику у відношенні протизапальної базисної терапії. Водночас, несприятливі прогностичні ознаки формування тяжкого варіанту БА у дитячому віці є досить суперечливими, а оцінка їх з позицій доказової медицини практично відсутня. Поряд із наведеним, ряд авторів підкреслює актуальне значення маси тіла у новонароджених у формуванні та функціональному стані бронхіального дерева [1].

Метою роботи було визначення діагностичної цінності та показників ризику у підтвердженні тяжкої БА у дітей шкільного віку відносно середньотяжкого варіанту захворювання.

Матеріал та методи. В пульмонологічному відділенні ОДКЛ м.Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 122 школярі, зокрема, 57 дітей із тяжкою персистоючою БА (I клінічна група) та 65 пацієнтів із середньотяжким персистоючим перебігом захворювання (II клінічна група). Верифікація тяжкості захворювання здійснювалася згідно протоколу діагностики та лікування БА в дітей, затвердженого МОЗ України (№ 767 від 27.12.2005р.) [2], а також відповідно до міжнародної глобальної

ініціативи з діагностики та лікування БА (GINA, версії 2006, 2008 та 2009) [3,4,5]. Визначення маси тіла при народженні проводилася шляхом аналізу медичної документації. Результати роботи аналізували з позицій доказової медицини з використанням принципів клінічної епідеміології [6,7].

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що у 58,9% хворих на тяжку БА маса тіла при народженні перевищувала 3400г, а в групі порівняння це відмічалось у 47,5% випадків ($P < 0,05$). Дещо частіше у дітей II групи (18,0%) маса тіла при народженні не перевищувала 2800г, у групі порівняння таких виявилось лише 3,6% осіб ($P > 0,05$).

Маса тіла при народженні більше 3400 г свідчила про наявність відносного ризику тяжкої БА, що становив 1,3 (95% ДІ 0,9-1,8) при співвідношенні шансів 1,6 (95% ДІ 0,8-3,3) та абсолютному ризику АР 0,11. Слід відмітити, що даному показнику у верифікації тяжкого варіанту захворювання також притаманна недостатня діагностична значимість (чутливість 59%, специфічність 52%, прогностична цінність не перевищувала 58%) та низький рівень відношення правдоподібності до позитивного (1,24), так і негативного (0,78) результатів.

Незважаючи на високу специфічність показників маси тіла при народженні дітей, що не перевищували 2800 г, у підтвердженні тяжкої БА (82%), вказаний показник характеризується значною кількістю хибнонегативних результатів (96%) та недостатнім рівнем відношення правдоподібності позитивного результату (0,19).

Висновки. Таким чином, використання даних показників у підтвердженні тяжкої БА у дітей шкільного віку відносно середньотяжкого варіанту захворювання можна вважати обґрунтованим лише в комплексі з анамнестично-клінічними та параклінічними показниками.

Література

1. Lawlor D. A. Association of birth weight with adult lung function: findings from the British Women's Heart and Health Study and a meta-analysis / D. A. Lawlor, S. Ebrahim, G. D. Smith // *Thorax*. – 2005. – Vol.60. – P. 851-858.

2. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Алергологія» [Електронний ресурс]: наказ МОЗ України №767 від 27.12.2005 // Режим доступу: www.moz.gov.ua.
3. Bateman E.D. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary / E.D. Bateman, S.S. Hurd, P.J. Barnes // *Eur. Respir. J.* – 2008. – Vol. 31. – P.143–178.
4. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2009 [Електронний ресурс] / NHLBI/WHO work-shop report // National institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. – Date last updated: July 2009. – Режим доступу: www.ginasthma.org.
5. Global strategy for asthma management and prevention, Revised 2006 [Електронний ресурс] / P. O'Byrne, E. D. Bateman, J. Bousquet [et al.] // Режим доступу: www.ginasthma.org.
6. Medical Epidemiology / [R.S. Greenberg, S.R. Daniels, W.D. Flanders et al.]. – [4th Edition]. – Norwalk, CT: Appleton & Lange, 2004. – 196 p.
7. Біостатистика: [за ред. проф. В.Ф. Москаленка]. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.

РОЛЬ ПАТОЛОГІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ У ФОРМУВАННІ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ДО КОМПОНЕНТІВ ЇЖИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ

Колоскова О.К.

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб,

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Однозайною є думка провідних вітчизняних алергологів, що більшість алергічних захворювань починається вже з перших днів життя дитини [1], дебютуючи з ознак харчової алергії, яка реєструється у ранньому віці з частотою від 0,3 до 40,0% випадків, і виступає пусковим механізмом так званого «алергічного маршу» [6]. Найбільш ефективними вважаються заходи по первинній профілактиці алергічних захворювань (у