

Шарова О.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ОСТЕОПАТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Медичний інститут Сумського державного університету, Суми, Україна

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики педіатрії та дитячих інфекцій

(науковий керівник - д.мед.н. Попов С.В.)

Актуальність. Вегетативна дисфункція – одне з найбільш поширених захворювань, що діагностують у 20-29% дітей. У 33% дітей дана патологія зберігається у наступні періоди життя. Ушкодження шийного відділу хребта сприяють виникненню захворювання та призводять до ішемії хребцевих артерій, і як наслідок ішемії мозку. Osteopaticna корекція – це один із методів нетрадиційної терапії, що найбільш часто використовується для лікування проблем ший в багатьох країнах.

Метою дослідження було вивчити вплив корекції постави на вегетативну реактивність хворих з вегетативною дисфункцією, а саме вегето-судинною дисфункцією (ВСД) за змішаним типом.

Усього було досліджено 60 дітей віком з 9 до 17 років з діагнозом ВСД за змішаним типом. Вони були розподілені на 2 групи. У контрольну групу (29) увійшли діти, що отримували стандартну терапію. В основну групу (31) увійшли діти, котрим на фоні стандартної терапії проводили остеопатичну корекцію постави (функціональні техніки, стимуляція точок Чапмана). Основним методом дослідження була кліноортостатична проба (КОП) за методикою Schellong F. з оцінкою систолічного (САТ), діастолічного (ДАТ) артеріального тиску та частоти серцевих скорочень (ЧСС) протягом 15 хв. Наприкінці лікування КОП була проведена повторно. Оцінка даних проводилася за допомогою варіаційної статистики. Середній вік дітей становив 14,7 років у контрольній групі та 14,2 років в основній. У контрольній групі хлопчики становили 47,4%, дівчатка – 52,6%. В основній 36,8% і 63,2% відповідно.

При порівнянні показників КОП було встановлено, що після проведення корекції САТ на 1-2 хвилині ортоположення підвищувалося ($p < 0,05$) порівняно з контрольною групою. У кліноположенні ДАТ ($p < 0,05$) знижувалося. У основній групі в ортоположенні ЧСС було нижче ($p < 0,05$), ніж у контрольній групі. Підвищення САТ та зменшення наростання ЧСС на перших хвилинах ортоположення пов'язано з нормалізацією співвідношення симпатичної (СНС) та парасимпатичної нервової системи, а саме збільшенням фракції викиду серця і централізацією кровообігу. Зниження ДАТ у кліноположенні – зі зменшенням загального периферичного опору судин та зниженням активності СНС. Статистично значимої різниці за віком та статтю між контрольною та основною групами не виявлено.

Таким чином, остеопатична корекція постави покращувала вегетативну реакцію на зміну положення тіла, що може бути показанням для використання цього методу у дітей з ВСД за змішаним типом.

Шевченко Н.О.

ОСОБЛИВОСТІ ВТРИМАННЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗА АЛЕЛЬНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ СІМЕЙСТВА ГЛЮТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Актуальність. Кількість дітей, що хворіє на бронхіальну астму зростає з кожним роком та, наразі, актуальним є питання базисного лікування астми для досягнення стійкого контролю над захворюванням та покращення якості життя пацієнтів.

Мета роботи – оптимізувати контрольованість бронхіальної астми у хворих шкільного віку з урахуванням поліморфізму генів GSTT1 та GSTM1.

Матеріал і методи. У міжнародному періоді клінічного благополуччя обстежено 32 хворих на БА дітей шкільного віку. До складу II групи увійшли 16 школярів із генотипом GSTT1+M1+, а II групу сформували 16 однолітків, які мали ознаки делеційного поліморфізму генів GSTT1 та GSTM1. За основними клінічними характеристиками групи спостереження були співставимі. Контрольованість БА оцінювали через 3 місяці базисної терапії захворювання за допомогою клінічно-інструментальної оціночної шкали (КІОШ): 10 і нижче балів відображували контрольовану БА, а сума ≥ 17 балів – неконтрольований варіант.

Результати та їх обговорення. Під впливом 3-місячної протизапальної терапії відбулося суттєве покращення контролю захворювання в обох клінічних групах. Так, сума клінічних балів контролю за КІОШ до лікування у I групі становила $14,57 \pm 1,0$ балів, а по завершенню курсу терапії зменшилася до $11,59 \pm 1,04$ балів ($P < 0,05$), а у дітей II групи $14,71 \pm 0,87$ та $11,59 \pm 0,77$ балів відповідно ($P < 0,05$). Покращення спірометричних показників контролю БА у процесі лікування не мало ознак статистичної значущості: сума спірографічних балів за КІОШ у процесі лікування становила у I групі $18,02 \pm 1,16$ та $15,59 \pm 1,29$ балів ($P > 0,05$), а у II групі дітей – $17,98 \pm 1,01$ та $15,81 \pm 1,04$ балів ($P > 0,05$) відповідно.

Висновок. Таким чином, делеційний поліморфізм генів GSTT1 та GSTM1 суттєво не погіршує результати базисної терапії БА у школярів, можливо, за рахунок утворення нових активних промоутерних зон даних генів, що протезують функціональну активність відповідних ферментів II фази детоксикації ксенобіотиків.