



Тарнавська С.І.

КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Гетерогенність фенотипів бронхіальної астми (БА) обмежує можливість втримання контролю над захворюванням та вимагає проведення додаткових досліджень з врахуванням клінічно-параклінічних особливостей захворювання.

Метою роботи було дослідити фенотипові особливості астми залежно від запальних патернів крові для оптимізації комплексного лікування захворювання.

Для досягнення поставленої мети проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження I-II рівня 46 дітей, хворих на БА. Залежно від вмісту гранулоцитів крові сформовані 2 клінічні групи: I групу склали 34 дитини, які хворіють на БА із гіпогранулоцитарним запальним паттерном крові (вміст еозинофілів крові < 250 клітин/мм³ та нейтрофілів < 5000 клітин/мм³) (середній вік – 13,7±2,6 роки, частка хлопчиків – 64,7%), до II групи увійшли 12 хворих з гіпергранулоцитарним паттерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм³ та нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм³) (середній вік – 14,9±1,9 роки (p>0,05); частка хлопчиків – 58,3% (p>0,05)). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними.

Оцінка тяжкості перебігу БА показала, що персистувальний: легкий, середньої тяжкості і тяжкий перебіг астми у представників I групи відмічався у 17,6%, 38,2%, 44,2% пацієнтів відповідно. У дітей II клінічної групи розподіл за тяжкістю перебігу захворювання виявився наступним: 0%, 25,0% (p>0,05), 75,0% випадків (p<0,05). Наявність гіпергранулоцитарного паттерну крові підвищувала відносний ризик розвитку тяжкої астми - у 1,7 разу [95%ДІ:1,2-2,4] при співвідношенні шансів - 3,8 [95%ДІ:2,1-6,9]

Проведена оцінка шкірної гіперчутливості негайного типу до небактеріальним алергенів показала, що розмір папули шкірної реакції на побутові алергени у дітей I-ї та II-ї групи склали 13,7±1,4 та 19,6±2,1 мм (p<0,05) відповідно; на епідермальних алергенах - 13,7±1,5 та 22,6±7,2 мм (p>0,05) відповідно, пилокві алергени - 8,4±1,9 та 17,0±2,7 мм (p<0,05) відповідно. Показники ризику реєстрації вираженої шкірної гіперчутливості до побутових алергенів (папула > 13,7 мм) у дітей, хворих на бронхіальну астму з гіпергранулоцитарним фенотипом в порівнянні з гіпогранулоцитарним фенотипом склали: відносний ризик - 1,6 (95% ДІ: 0,9-2,6) при співвідношенні шансів - 5,6 (95% ДІ: 2,7-11,4), до пилокві алергенів - відносний ризик - 4,5 (95% ДІ: 3,4-5,9) при співвідношенні шансів - 9, 6 (95% ДІ: 4,8-19,5).

Наявність гіпергранулоцитарного запального фенотипу підвищувала шанси розвитку тяжкої бронхіальної астми в 3,8 рази та шкірної гіперчутливості до побутових алергенів у 5,6 рази.

Шахова О.О.

КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Бронхіальна астма (БА) в підлітковому віці характеризується легшими клінічними проявами захворювання, частими і тривалими ремісіями, переважаанням серед хворих представниць жіночої статі. Попри легший перебіг БА у підлітків, смертність внаслідок даного захворювання втричі вища, ніж у представників інших вікових груп.

Метою дослідження було оцінити показники клінічно-анамнестичного обстеження підлітків, хворих на бронхіальну астму підлітків у післянападному періоді.

Обстежено 42 дитини підліткового віку, що хворіють на БА, у післянападному періоді, коли повністю зникли клінічні прояви обструкції бронхів, і відмінялися медикаменти, котрі могли вплинути на точність оцінки неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів, а також на показники імунограми крові. Більшості дітей обстеження проводилися багаторазово в динаміці спостереження. Середня тривалість захворювання становила 5,9±0,77 років, тобто в більшості випадків БА в обстежених дітей можна розглядати як фенотип пізнього початку, який зазвичай асоціює з атопічною природою захворювання. Середній вік дітей даної групи становив 14,2±0,32 року (мінімально 10 років, максимально 17 років). У обстежених дітей змішана форма захворювання встановлена у 24 випадках (57,1%), а атопічна – у 18 підлітків (42,9%). У всіх дітей визначалася персистувальна форма захворювання, так, легкий ступінь БА встановлений у 6 хворих (14,3%), середньотяжкий – у 19 (45,2%) і тяжкий – у 40,5% випадків. Оскільки оцінка тяжкості БА багато в чому має суб'єктивний характер, у процесі спостереження відмічені її зміни у бік легшого перебігу. На початку динамічного спостереження легка персистувальна форма захворювання відмічалася у 7,7%, середньотяжка – у 30,8% і тяжка – у 61,5% дітей. Відмічено, що навіть за короткий період динамічного спостереження серед обстежених підлітків суттєво збільшилась частка супутньої алергічної патології, за рахунок зростання поширеності алергічного риніту. Так, на початку анамнестичного спостереження вказана патологія визначалася лише у 55,0% дітей, зумовивши її зростання на 16,4% випадків при актуальному обстеженні.



Таким чином, в більшості з обстежених підлітків визначався фенотип бронхіальної астми «пізнього початку» з переважанням змішаної форми та легким і середньотяжким перебігом захворювання, який в процесі динамічного спостереження мав тенденцію до зменшення тяжкості, попри те, що супутня алергічна патологія з віком траплялася частіше.

Швигар Л.В., Гінгуляк М.Г.

ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ РУФ'Є У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

За даними численних епідеміологічних досліджень, в дитячій популяції вегетативні розлади, починаючи з пубертатного періоду, зустрічаються в 30-80% спостережень. Симптоми вегетативної дисфункції виявляють у 80% дітей, переважно серед міських жителів. Їх можна виявити в будь-якому віковому періоді, але частіше спостерігають у дівчаток 7 – 8-річного віку і підлітків. У зв'язку з цим «вегето-судинна дистонія» (ВСД) або її варіант «нейроциркуляторна дистонія» (НЦД) – привертають особливу увагу педіатрів.

Нами проведено аналіз амбулаторних карток 60 дітей шкільного віку з даною патологією та 25 дітей, у яких симптомів вегетативної дисфункції не відмічалось. По віку і статі групи співставимі. Всім дітям проведено як клінічне, так і параклінічне обстеження, згідно протоколу, та проба Руф'є. Оцінка працездатності серця при фізичному навантаженні проводилась згідно таблиці індексу Руф'є для дітей.

Таблиця

Індекс Руф'є для дітей

Оцінка результатів	15-18 років	13-14 років	11-12 років	9-10 років	7-8 років
Незадовільно	15 і більше	16,5 і більше	18 і більше	19,5 і більше	21 і більше
Слабо	11-15	12,5-16,5	14-18	15,5-19,5	17-21
Задовільно	6-10	7,5-11,4	9-13	10,5-14,5	12-16
Добре	0,5-5	2-6,5	3,5-8	5-9,5	6,5-11
Відмінно	до 0,5	до 1,5	до 3	до 4,5	до 6

В першій групі відмічено більше дітей з міської місцевості, в другій – більше хлопчиків. При збиранні анамнезу відмічено, що у дітей першої групи вдвічі більше народжених від матерів з обтяженою вагітністю та важкими пологами, враховуючи кесарев розтин і недоношеність. У дітей з симптомами вегетативної дисфункції відмічено частіше недотримання режиму сну, вживання «нездорової» їжі, більш тривале користування телефонами та комп'ютером. Діти другої групи ведуть більш активний спосіб життя, у них рідше виявляли сколіотичну осанку, у більшості дітей в школах є ортопедичні парт.

При проведенні обстеження дітей з вегетативною дисфункцією відмічено часте виявлення порушення кровообігу в басейні внутрішньої сонної та біляхребцевих артерій, порушення ритму серця за рахунок тахі- чи брадикардії, хворі скаржаться на частий головний біль, головокружіння, відчуття холоду в дистальних відділах кінцівок, підвищену пітливість при хвилюванні, частіше скаржаться на біль в животі, при ультразвуковому обстеженні відмічається дискінезія жовчовидільних шляхів.

Таким чином, проведений аналіз частоти проявів та симптоматики вегетативної дисфункції підтверджує, що для виховання здорового покоління необхідним є регулювання у дітей режиму дня, повернення до «старих» методів рухової активності, збалансованого екологічно чистого харчування та використання ортопедичних парт у дошкільних та шкільних навчальних закладах, особливо для дітей з обтяженим перинатальним анамнезом. При проведенні проби Руф'є, особливо у дітей з вегетативними дисфункціями слід враховувати особливості вікових показників.

Юрків О. І.

КОРЕКЦІЯ ДИСБІОЗІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

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

Характер первинної мікробної колонізації кишечника у немовлят критично змінився, що пов'язано із збільшенням контингенту жінок з перинатальними факторами ризику. До тригерних факторів можна віднести неповноцінність харчування, зростання стресових впливів, екологічне неблагополуччя та безконтрольне застосування антибіотиків.

При дизбактеріозі кишечника за участі амілолітичної (цукролітичної) кишкової мікрофлори може порушуватись абсорбція вуглеводів. В структурі бродильної мікрофлори переважають різні види *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Streptococcus faecalis*. За участі бактеріальних амілаз і дисахаридаз виникає гідроліз непереварюваних у тонкій кишці вуглеводів до органічних кислот та газів. Вуглеводи, що не всмоктались, піддаються кислому бродінню і метановому гниттю з перетворенням великої кількості дріжджових грибів у порожнині кишки, що сприяє бродильним процесам. Окрім цього, в результаті тривалого вживання молочних сумішей, які містять високий нефізіологічний вміст білка, виникає надлишковий ріст протеолітичної товстокишкової мікрофлори (*Bacteroides*, *Proteus*, *Clostridium*, *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Ristella*). Дані