



The analysis of the findings obtained demonstrated that among patients with RS-viral infection, acute bronchiolitis, children of the first-second month of life from large families in the rural areas prevailed with a favourable course of the disease. The results of the study evidenced the topicality concerning initiation of rational antibacterial therapy on the basis of the predicted diagnosis or the data to identify a pathogenic agent.

**Білик Г.А.**

### **ЗНАЧЕННЯ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ЗА РІЗНОГО СТУПЕНЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ШКОЛЯРІВ**

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

Метою роботи було оцінити значення імунологічних показників крові, залежно від ризику розвитку ремоделювання бронхів у хворих на бронхіальну астму школярів.

В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці проведено дослідження імунологічних показників периферійної крові у 56 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, а саме лейкограми, вмісту Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій, вмісту загального Ig E та проведено оцінку імунорегуляторного індексу (ІРІ). Першу (I) клінічну групу сформували 17 дітей, хворих на бронхіальну астму, з високим ризиком ремоделювання бронхів (VEGF  $\geq$  17 пг/мл). До складу другої (II) групи порівняння увійшло 21 хворих, в яких виявлено середній ризик ремоделювання дихальних шляхів (VEGF -10-17 пг/мл), а III групу – 18 пацієнтів із низьким рівнем VEGF ( $\leq$ 10 пг/мл) та, відповідно, низьким ризиком ремоделювання бронхів. За основними характеристиками клінічні групи порівняння вірогідно не відрізнялися.

Виявлено, що у дітей із високим ризиком структурних змін у бронхах суттєво частіше мали місце випадки виразнішої еозинофілії крові. Так, частота випадків виявлення еозинофілії крові більше 10% становила у I клінічній групі 35,1%, у II групі – 29,3%, а у III – 28,9% (P:I,II,III <0,05). Абсолютне число еозинофілів (АЕЧ) у периферійній крові дітей груп порівняння суттєво не відрізнялося. Так, у I групі АЕЧ становило 0,47 Г/л, у II групі – 0,49 Г/л, а у III групі – 0,47 Г/л. Водночас у дітей із низьким ризиком ремоделювання абсолютне нейтрофільне число в середньому становило 3,48Г/л, а у хворих I групи – 3,02 Г/л (P<0,05). Відносний вміст Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій (CD3, CD4 та CD8) у периферичній крові дітей груп порівняння суттєво не відрізнявся, однак, імунорегуляторний індекс  $>$ 1,5, у I клінічній групі визначався у 36,0% хворих, у II – у 52,2% випадків, а у III групі – у 41,7% спостережень (P>0,05). Вміст у крові загального IgE більше 750 МО/мл відмічений у хворих I клінічної групи відповідно 95,8% випадків, а у пацієнтів III групи лише у 42,9% спостережень (P<0,05).

Отже, у хворих на бронхіальну астму дітей шкільного віку ризик ремоделювання бронхів асоціює з еозинофілією крові більше 10% (35,1% дітей, P < 0,05), зростанням концентрації загального IgE у сироватці крові більше 750 МО/мл (95,8% випадків, P < 0,05) та більш низьким значенням імунорегуляторного індексу (36,0%, P>0,05).

**Богунька Н.К.**

### **РІВНІ ТРИВОЖНОСТІ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ПЕРСИСТУВАЛЬНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

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

Зважаючи на наукові дані про істотніші тривожні тенденції у осіб, хворих на бронхіальну астму (БА), вважали за доцільне проаналізувати ступінь вираженості особистісної (ОТ), реактивної (РТ) та шкільної (ШТ) тривожності в дітей шкільного віку залежно від тяжкості БА.

Першу групу сформували 32 дітей із тяжкою БА, а до групи порівняння ввійшли 30 дітей із середньотяжким перебігом захворювання, групи були зіставлюваними. Тривожність оцінювали за тестами Спілбергера–Ханіна та Філіпса.

У дітей із тяжкою БА відмічено тенденцію до більш вираженої ОТ, зокрема „високі” бали відмічено у 26,6 $\pm$ 1,7% пацієнтів основної групи проти 9,1 $\pm$ 6,1% дітей групи порівняння (p<0,12). За рівнем вираженої РТ істотні відмінності не встановлені: серед пацієнтів I групи „високі” бали відмічено в 25 $\pm$ 8,2% проти 22,7 $\pm$ 8,3% дітей групи порівняння (p>0,05). При оцінці кореляційних взаємозв'язків відмічено, що рівень ОТ дитини асоціював із вихованням у неповній сім'ї (r=0,45; p<0,001) та проблемними аспектами сімейної ролі матері (r=0,35; p<0,04), а також наявністю передвісників нападу БА (r=0,3; p<0,04) і вираженішими страхами дитини (r=0,3; p<0,03). Високий рівень РТ був предиктором нижчої ефективності базисної терапії інгаляційними глюкокортикоїдами за динамікою ОФВ<sub>1</sub> (r=-0,6; p<0,02). За усіма показниками ШТ, окрім страху самовираження, існувала тенденція до більш високого рівня тривожності серед пацієнтів із тяжкою БА. Так, переживання соціального стресу дитиною асоціювало із нічними нападами (r=0,27; p<0,04), високий рівень ШТ у цілому, та, насамперед, страх самовираження, корелювали із негативнішим ставленням до необхідності щоденного прийому лікарських засобів дитиною (r=0,3; p<0,03 та r=0,43; p<0,001 відповідно). Діти з низьким фізіологічним опором стресу частіше постійно носили із собою інгалятор швидкопоміжної терапії (r=0,37; p<0,005). Рівень ШТ достовірно прямо асоціював із вищими показниками лабільності бронхів (r=0,36; p<0,01),



насамперед за нижчого рівня фізіологічного опору стресу в дитини ( $r=0,46$ ;  $p<0,001$ ). Серед когорти дітей, що ввійшли в I групу,  $54,8\pm 8,9\%$  обстежених мали задовільну успішність в школі, у II-й групі цей показник становив  $31,0\pm 8,6\%$ , ( $p<0,07$ ), а тих пацієнтів, що навчались на „добре” та „відмінно” було дещо менше в основній групі відповідно  $29\pm 8,1\%$  та  $16,1\pm 6,6\%$  проти  $41,4\pm 9,1\%$  та  $27,6\pm 8,3\%$  в групі порівняння ( $p>0,05$ ). Нижчий рівень успішності дітей у школі знаходився у прямому слабкому кореляційному зв'язку із вираженішою тяжкістю БА ( $r=0,26$ ,  $p<0,04$ ) та меншою контрольованістю захворювання ( $r=0,33$ ,  $p<0,03$ ), особливо за рахунок середньорічної кількості нападів БА ( $r=0,30$ ,  $p<0,02$ ). Нижчий рівень успішності в школі, що частіше відмічали серед дітей із тяжкою БА, прямо достовірно корелював із РТ ( $r=0,33$ ;  $p<0,02$ ), ШТ ( $r=0,37$ ;  $p<0,006$ ), фрустрацією потреби в досягненні успіху ( $r=0,4$ ;  $p<0,002$ ) та страхом ситуації перевірки знань ( $r=0,37$ ;  $p<0,006$ ). Істотних статевих відмінностей щодо показників тривожності у дітей груп порівняння не встановлено, однак у дівчаток показник РТ після пубертату був істотно вищим у зіставленні з групою до початку статевого дозрівання ( $44,6\pm 10,2$  проти  $34,0\pm 13,6$  балів,  $p<0,04$ ).

Таким чином, відмічені тенденції до більш вираженої ОТ та ШТ із нижчою шкільною успішністю у дітей із тяжкою БА, а також підвищення РТ після пубертату у дівчаток незалежно від тяжкості захворювання.

**Боднар Г.Б.**

### **МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ФУНКЦІЯ КИШЕЧНИКУ В ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМ ПОДОВЖЕННЯМ СИГМОПОДІБНОЇ ОБОДОВОЇ КИШКИ**

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

Вивчено особливості моторно-евакуаторної функції кишечника в дітей із вродженим подовженням сигмоподібної ободової кишки (ВПСОК) за допомогою електроміографічного дослідження, обстежено 140 дітей віком від 4 до 15 років. У всіх пацієнтів із ВПСОК спостерігались зміни моторної функції товстої кишки (ТК): дискінезія встановлена у 61 ( $71,76\pm 4,88\%$ ) особи, дистонія – у всіх (85 осіб (100%)) обстежених дітей. При встановленні типу кінетичних порушень виявлено, що у пацієнтів із ВПСОК вірогідно збільшувалась ( $p<0,001$ ) частота гіпокінетичної дискінезії ТК (61 хворий –  $74,76\pm 4,88\%$ ), в той час як пацієнтів із гіперкінетичною дискінезією не виявлено ( $p<0,001$ ).

При визначенні типу тонусу ТК у дітей із ВПСОК встановлено вірогідне ( $p<0,001$ ) переважання порушення за гіпотонічним типом ( $82,35\pm 4,13\%$ ), в той час як за гіпертонічним ( $17,65\pm 4,13\%$ ), навпаки, було вірогідно меншим ( $p<0,001$ ).

Комплексний аналіз результатів дослідження дітей із ВПСОК дозволив встановити три характерних типи порушень рухової активності ТК. Перший тип (гіпотонічний) характеризувався нормокінезією в комбінації із гіпотонічною дистонією і був виявлений у 24 ( $28,24\pm 4,88\%$ ) дітей. Другий тип (гіпофункціональний) базувався на поєднанні зниження кінетичних властивостей ТК та її тонусу, тобто гіпокінетичної дискінезії та гіпотонічної дистонії і був виявлений у більшості пацієнтів – 46 ( $54,12\pm 5,40\%$ ). Третій тип (дискоординаційний) виявлений у 15 ( $17,65\pm 4,13\%$ ) хворих і характеризувався вираженим гіпертонусом кишкової стінки та значним зниженням майже до відсутності рухової активності ТК – гіпертонічною дистонією з гіпокінетичною дискінезією.

Вивчаючи рухову активність ТК залежно від особливостей клінічного перебігу ВПСОК, встановили, що для дітей із компенсованою стадією перебігу характерною є нормокінезія, яку діагностовано нами в 24 ( $82,75\pm 7,01\%$ ), гіпокінетична дискінезія в 5 ( $8,25\pm 3,5\%$ ) випадках. При вивченні характеристик тонусу ТК виявили гіпертонічну дистонію в 2 ( $6,96\pm 4,70\%$ ) осіб, гіпотонічну – в 27 ( $93,10\pm 4,70\%$ ). Для більшості хворих ( $82,75\pm 7,01\%$ ) із компенсованим перебігом був характерний I тип (гіпотонічний) порушення рухової активності ТК, хоча слід зазначити, що  $6,90\pm 4,70\%$  пацієнтів мали III тип (дискоординаційний). Для всіх дітей із субкомпенсованим перебігом була характерна гіпокінетична дискінезія, яка в  $60,0\pm 8,94\%$  поєднувалась із високою базальною активністю. Більша частина ( $56,67\pm 4,99\%$ ) пацієнтів мала порушення тонусу ТК у вигляді гіпотонічної дистонії, але у  $43,33\pm 9,04\%$  діагностовано гіпертонічну дистонію. Майже у 50% пацієнтів із субкомпенсованим перебігом виявлений III тип (дискоординаційний) порушення рухової активності ТК, але більшість ( $56,67\pm 9,04\%$ ) мали ознаки II (гіпофункціонального) типу.

Серед пацієнтів із декомпенсованим перебігом ВПСОК виявлена лише гіпокінетична дискінезія (100%). Порушення тонусу ТК визначалось тільки як гіпотонічна дистонія (100%). Отже, для всіх хворих із ВПСОК в декомпенсованій стадії перебігу характерний II (гіпофункціональний) тип порушення рухової активності ТК.

Все вищезазначене свідчить про наявність у дітей із ВПСОК, як первинних так і вторинних порушень рухової активності ТК. Отримані дані свідчать, що на стадії компенсації спостерігається збереження моторної функції, яке поєднується із зниженням тонусу ТК. Ймовірно, на рівні гладком'язових клітин відбуваються ультраструктурні та біохімічні зміни, що призводять до збільшеної енергетичної потреби для скорочення актино-міозинового комплексу. Внаслідок цього порушення моторної функції за гіпокінетичним типом та порушення тонусу за гіпертонічним типом у дітей характеризуються зменшеною тривалістю запору, але більш вираженим больовим синдромом і високим ризиком виникнення такого ускладнення, як непрохідність кишечника.