

Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
Асоціація педіатрів України
Асоціація акушерів-гінекологів України
Федерація педіатрів країн СНД

Двомісячний
науково-практичний
журнал

ПАГ

75-й РІК ВИДАННЯ

ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

№4 [446] 2011

ЛИПЕНЬ-СЕРПЕНЬ

**Заснований 1936 року
Київ**

Головний редактор **Майданик В.Г.**
Заступник головного редактора **Антилкін Ю.Г.**
Заступник головного редактора **Лук'янова О.М.**
Заступник головного редактора **Венцівський Б.М.**
Відповідальний секретар **Фатошина Н.А.**

«Педіатрія, акушерство та гінекологія»
цитується й індексується
в *«Index Medicus»* та *«Current Contents»*

«*Pediatrics, Akusherstvo ta Ginekologiya*»
is a peer reviewed journal referenced
in *«Index Medicus»* and *«Current Contents»*

Журнал «Педіатрія, акушерство
та гінекологія» представлений
в інформаційно-довідковому виданні
Ulrich's International Periodical Directory

Рекомендовано до видання
Вченою радою Інституту педіатрії,
акушерства та гінекології АМН України

Адреса редакції: 01004, Київ-4,
вул. Л. Толстого, 10, к. 15, тел. 234-23-45
E-mail: mvitaly@com.ua
Web-site: <http://www.pag-journal.kiev.ua>

Журнал «Педіатрія, акушерство
та гінекологія» входить до Переліку
провідних наукових журналів та видань ВАК,
в яких повинні бути опубліковані основні
результати на здобуття наукового ступеня
кандидата та доктора медичних наук

До друку приймаються наукові матеріали,
які відповідають вимогам до публікацій
у журналі «Педіатрія, акушерство
та гінекологія» після їх рецензування
фахівцями

Передруковувати матеріали дозволяється
лише за письмовим дозволом редакції
та з обов'язковим посиланням на журнал

Редакція та видавець
не несуть відповідальності
за достовірність інформації,
опублікованої в рекламних матеріалах

ПЕДІАТРІЯ

Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація педіатрів України
ДУ „Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України”
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VII конгресу педіатрів України
(11–13 жовтня 2011 р., Київ)

За редакцією

О.М. Лук'янової, Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

Редакційна колегія

О.М. Лук'янова, Ю.Г. Антипкін, В.Г. Майданник, Н.А. Фатюшина, Ю.К. Більбот,
О.П. Волосовець, О.З. Гнатейко, К.Д. Дука, М.М. Коренев, В.П. Неділько,
Л.І. Омельченко, С.С. Острополець, В.С. Приходько, І.С. Сміян, С.К. Ткаченко

Метою дослідження було визначення впливу комплексів терапії патогенетичної та кардіометаболічної дії на процес ремодулювання серця й центральної гемодинаміки у дітей із систолічною дисфункцією міокарда. Обстежено 40 дітей 12–18 років з міокардіофіброзом (МФ) та диспластичними кардіоміопатіями (ДСТС) в динаміці через 1–1,5 року. У 20 з них фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) була зниженою в межах від 40 до 55%, у 20 – від 55,5 до 61%. Частина дітей в кожній групі отримувала препарати патогенетичної дії – ІАПФ, в окремих випадках разом з β -блокаторами, інша частина – періодичні курси кардіотрофічної терапії (триметазидин, тіотриазолін, L-карнітин або мідронат).

Установлено, що на тлі патогенетичної терапії у дітей як із субклінічними ознаками ХСН (ФВ нижче 55%), так і з помірним зниженням ФВ (від 55,5 до 61%), спостерігалось збільшення діастолічного розміру, об'єму та маси міокарда ЛШ разом з достовірним підвищенням його ФВ (з $49,2 \pm 1,4$ до $57,6 \pm 2,4\%$; $p_{xz} < 0,05$). Значно зростали також показники подовженого скорочення ЛШ % ΔS (з $24,4 \pm 0,9$ до $29,3 \pm 2,0\%$; $p_{xz} < 0,05$) та ударний об'єм (УО; з $42,0 \pm 3,9$ до $64,9 \pm 6,8$ мл; $p_{xz} < 0,05$). ФВ в цілому в групі підвищилася на 17,0%, а УО – на 54,0%. Підвищення хвилинного об'єму крові (ХОК) не досягло рівня достовірності (з $3,2 \pm 0,2$ до $4,3 \pm 0,5$ л/хв; $p_{xz} > 0,05$), проте загальний периферичний опір судин (ЗПОС) суттєво знижувався (з $1892,6 \pm 157,5$ до $1583,7 \pm 189,2$ дин.с.см²; $p_{xz} < 0,001$), оптимізуючи гемодинамічні співвідношення.

На тлі кардіометаболічної терапії у дітей з ФВ нижче 55% відмічалось збільшення діастолічних розмірів та об'єму ЛШ разом із зменшенням систолічних ($p_{xz} < 0,01$), що також сприяло підвищенню ФВ ЛШ (яке відбувалось в середньому на 12,0%), проте не відмічено позитивних змін показників гемодинаміки. У групі дітей з помірним зниженням ФВ (55,5–61%) на тлі терапії метаболічними засобами відбувався подальший зсув гемодинамічних співвідношень у бік гіпокінетичного типу кровообігу: зниження УО (з $63,6 \pm 4,1$ до $59,4 \pm 3,1$ мл; $p_{xz} < 0,001$) та ХОК (з $4,8 \pm 0,5$ до $4,2 \pm 0,4$ л/хв; $p_{xz} > 0,05$), підвищення ЗПОС (з $1540,2 \pm 131,5$ до $1618,2 \pm 103,8$ дин.с.см²; $p_{xz} < 0,001$).

Розміри лівого передсердя, правого шлуночка, відносної товщини стінки ЛШ суттєво не змінювались залежно від комплексу терапії.

Таким чином, терапія патогенетичними засобами (ІАПФ та β -блокаторами) здійснює позитивний вплив як на функціональну адекватність серця, так і на гемодинаміку в цілому в дітей із систолічною дисфункцією міокарда. На тлі кардіометаболічної терапії позитивна динаміка параметрів ЛШ не призводила до подібних змін показників загальної гемодинаміки. Для визначення оптимальних режимів терапії дітям

із субклінічною ХСН необхідно продовжити дослідження щодо ефективності різних засобів терапії.

ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОШИРНОСТІ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Н.К. БОГУЦЬКА, В.С. ХІЛЬЧЕВСЬКА, Т.В. ДОНСЬКА*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

В умовах тривалої експозиції поллютантів за низького перевищення ними гранично допустимих концентрацій більш вразливим є дитячий організм, особливо в період його напруженого морфофункціонального дозрівання у дошкільному віці, коли може формуватися хронічна патологія ЛОР-органів.

Метою дослідження було встановити наявність можливого взаємозв'язку між забрудненням екосередовища міста низькими концентраціями поллютантів і поширеністю аденонозальїтів у дітей-дошкільнят.

Враховували інтегральний показник забруднення середовища залежно від рівня змісту в ґрунті 17 важких металів (Pb, Cd, Hg, Cu, Zn та ін) та техногенних радіонуклідів ¹³⁷Cs, ¹³⁷Cs, ⁹⁰Sr. Методом когорти проведено лонгітудинальні дослідження поширеності та клініко-епідеміологічного ризику захворювань 3348 дітей дошкільного віку до вступу і при відвідуванні дитячих дошкільних установ (ДДУ). Серед групи дітей проведено імунологічний скринінг першого рівня та визначено показники глутатинової антиоксидантної системи еритроцитів крові за загальноприйнятими методиками.

Встановлено, що до вступу в ДДУ показник поширеності аденонозальїтів становив близько 2%, достовірно не відрізняючись у підгрупах із „забрудненого" та „чистого" районів міста. Через кілька років при відвідуванні дослідною когортою ДДУ відмічено істотне зростання поширеності даної патології в дошкільнят, зокрема за умови відвідування ДДУ в „забрудненій" зоні міста (відповідно $11,1 \pm 0,7$ проти $5,8 \pm 0,6\%$, $p < 0,01$). Відносний ризик виникнення аденонозальїту в когорті дошкільників, які відвідували ДДУ в „забрудненій" зоні, був у 1,9 разу вищим (95% ДІ 1,5–2,4). У дітей з аденонозальїтами виявлено наступні зміни імунологічних показників: високий відносний вміст В-лімфоцитів у периферичній крові ($17,3 \pm 2,0$ проти $11,7 \pm 1,4\%$, $p < 0,05$), зниження співвідношення вмісту теофіліну-резистентних та чутливих лімфоцитів ($0,97 \pm 0,14$ проти $1,9 \pm 0,59$, $p > 0,05$), низький показники стимульованого піреналом тесту нейтрофілів крові з нитросім тетразолем ($18,4 \pm 3,8$ проти $32,6 \pm 3,9\%$, $p < 0,05$), а також відхилення в антиоксидант-

ному статусі, зокрема, істотне зниження активності ферменту антипероксидачного і детоксикаційного захисту – глутатіон-S-трансферази (18,6±1,7 проти 26,7±2,5 мкм/гНв·хв в контролі, $p < 0,05$), причому виявлені зміни посилювалися за умов мешкання дітей із респіраторною патологією у «забрудненому» районі міста. За умови одночасного відвідування ДДУ і мешкання в районах із рівнем забруднення вище одного сигмального відхилення у дітей зазначено достовірне зростання ризику формування феномена частих повторних респіраторних захворювань, а також зубного карієсу та рецидивного бронхіту.

Отже, протестання поширеності аденоїдитів у дітей дошкільного віку асоціювало з їх проживанням в умовах послідовного низькоінтенсивного забруднення середовища комплексом поллютантів. Можливими патогенетичними механізмами такого підвищення захворюваності є виснаження механізмів антиоксидантного захисту та зниження резерву киснезалежного метаболізму нейтрофілів крові, на корекцію яких і слід спрямовувати комплекс реабілітаційних заходів щодо запобігання захворюваності дітей за умов несприятливого низькоінтенсивного екологічного впливу.

ОПТИМІЗАЦІЯ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ГРВІ У ДІТЕЙ

Ю. К. БОЛЬБОТ, О. В. БРАТУСЬ, ТА. БОРДИЙ, Г. В. КАРПЕНКО,
Г. О. ТОВАРНИЦЬКА, А. В. ТИМЧЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

Проблема рціоналізації антибіотикотерапії пов'язана не тільки із підвищенням клінічного та мікробіологічного успіху лікування, але й з питаннями стримування формування та поширення резистентних штабів бактерій, а також економічними аспектами лікування. Проведення регіонального моніторингу чутливості до протимікробних засобів основних збудників різноманітних інфекційних захворювань дозволяє розробити або адаптувати існуючі алгоритми антибіотикотерапії до потреб та особливостей конкретного регіону.

Нами було вивчено етіологічну структуру збудників бактеріальних ускладнень ГРВІ у 220 дітей (98 хлопчиків та 122 дівчинки) віком від 3 міс до 18 років у м. Дніпропетровську та Солоняському районі Дніпропетровської області. Ускладнення ГРВІ були представлені у 21,6% випадків гострими середніми отитами (в основному, в молодших вікових групах), у 13% хворих – синуситами (переважно у дітей шкільного віку), а також гнійними ринітами та аденоїдитами (65,4%).

Основним критерієм виключення була наявність клінічно та лабораторно підтвердженого

западення бактеріальної природи з боку ЛОР-органів, яке виникло на тлі ГРВІ. Критерій виключення: прийом місцевих або системних антимікробних засобів протягом попередніх 2 місяців. Проводилось мікробіологічне дослідження назофарингеальних мазків, а також ексудату з порожнини середнього вуха (а разі його отримання). Культуральні дослідження та вивчення чутливості мікроорганізмів до протимікробних засобів проводилось згідно зі стандартами, прийнятими в Україні (наказ МОЗ України № 167 від 05.04.2007 р.).

При гострому середньому отиті збудник було ідентифіковано в 67,9% випадків. Серед них у 58,3% хворих виділено *Str. pneumoniae*, у 27,6% – *H. influenzae*, у 8,3% – *M. catharralis* та у 5,8% – *H. parainfluenzae*. При синуситах етіологічно значущий патоген встановлено в 45% випадків, з них: *Str. pneumoniae* – у 45%, *H. influenzae* – у 40%, *S. aureus* – у 11%. При ринітах та аденоїдитах збудників виявлено у 87,5% випадків, з них: *S. aureus* – у 37,2%, *H. influenzae* – у 32,9%, *H. parainfluenzae* – у 19,2%. *Str. pneumoniae* – у 10,7%. Таким чином, при бактеріальних ринітах та аденоїдитах етіологічна роль так званих «патогенів 2-ої лінії» виявилася суттєво вищою, ніж при отиті та синуситах. Крім того, було встановлено, що у дітей, які отримували 3 та більше курсів антибіотиків на рік, п'ятою вагою перевагою була взагалі нижчою, а частота виявлення гемофільної палички та патогенів 2-ої лінії підвищувалася.

При вивченні чутливості патогенів до протимікробних засобів було встановлено, що переважна кількість з них є високочутливими до ампіциліну, амоксициліну/клавуланату, цефалоспоринів 2-3-ї генерації. Зберігається також висока чутливість збудників до макролідів (крім *H. influenzae* та *H. parainfluenzae*). Резистентними до ампіциліну виявились 5,4% *Str. pneumoniae*, 1,5% *H. influenzae*, 34,5% *S. aureus*, при цьому частота виявлення резистентних збудників у дітей, які отримували 3 і більше курсів антибіотикотерапії протягом року, була майже вдвічі більшою, ніж у дітей, котрі приймали антибіотики 2 та менше разів на рік. Таким чином, при бактеріальних ускладненнях ГРВІ у дітей при легкому та середньотяжкому перебігу препаратами вибору залишаються амоксицилін та амоксицилін/клавуланат. При тяжкому перебігу, а також у пацієнтів, які часто отримували антибіотики, стартовою терапією можуть бути амоксицилін/клавуланат або цефалоспорини 3-ї генерації. Використання макролідів виправдане лише при алергії на β -лактами.