

здорового способу життя в сім'ї з раннього віку дитини, а це, в свою чергу, сприятиме попередженню ускладненого перебігу АГ у підлітків.

КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ АТОПІЧНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

С.І.Сажин, С.Х.Тарасюк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

З сучасних позицій бронхіальна астма (БА) розглядається як комплексне захворювання, що може мати різний клінічний перебіг. Багатофакторність перебігу БА, що пов'язана з віковими аспектами, тяжкістю захворювання визначає неоднорідність когорти хворих з БА, що утруднює своєчасну діагностику та призначення адекватної базисної терапії. Враховуючи гетерогенність популяції пацієнтів з БА виділяють фенотипи хвороби, критеріями яких є наявність або відсутність атопії, тип запалення, вік дебюту симптомів тощо. Одним з найбільш ретельно вивчених є фенотип атопічної БА. Відомо, що даний варіант БА розпочинається в дитячому віці та часто супроводжується алергічним ринітом та / або атопічною екземою. Проте існують певні протиріччя відносно обтяжливих чинників, які можуть призводити до маніфестації симптомів БА у дитячому віці.

Мета роботи: вивчити клінічно-анамнестичні особливості перебігу атопічної бронхіальної астми в дітей шкільного віку для покращання діагностики захворювання.

Матеріал і методи. На базі обласної дитячої клінічної лікарні (м.Чернівці) з дотриманням принципів біоетики обстежено 70 пацієнтів шкільного віку, хворих на персистувальну бронхіальну астму. Групоформувальними вважали ознаки атопії: обтяжений алергологічною патологією сімейний анамнез, еозинофілія крові (рівень еозинофілів $>5\%$) та / або позитивні алергопроби з небактерійними алергенами. Сформовано дві клінічні групи спостереження. До першої (I) увійшли 35 пацієнтів із атопічним фенотипом захворювання, другу (II, група порівняння) – склали 35 дітей, хворих на неатопічну БА. Групи спостереження були зіставлювані за основними клінічними показниками.

Результати дослідження та їх обговорення. Установлено, що за гендерними характеристиками, місцем проживання, масою тіла при народженні та індексом маси тіла при обстеженні I та II клінічні групи вірогідно не відрізнялися. Так, хлопчики переважали в обох групах порівняння та їх частка становила $68,6\pm 7,8\%$ та $71,4\pm 7,6\%$ відповідно ($P > 0,05$). Практично половина дітей з фенотипами атопічної і неатопічної БА проживали в містах ($54,3\pm 8,4\%$ та $48,6\pm 8,4\%$ відповідно, $P > 0,05$). Маса тіла при народженні становила в середньому 3270 ± 160 г у першій та 3320 ± 170 кг у другій клінічній групах, індекс маси тіла при обстеженні дорівнював $19,24\pm 0,30$ кг/м² та $19,34\pm 0,31$ кг/м² у школярів з атопічним та неатопічним фенотипами БА відповідно

($P > 0,05$). Діти з atopічною БА частіше були первістками в сім'ї ($62,8 \pm 8,2\%$ проти $40,0\% \pm 8,4\%$ у II клінічній групі, $P > 0,05$). Не виявлено також вірогідних відмінностей за такими клінічно-анамнестичними показниками як тривалість вигодовування грудним молоком, перенесені дитячі інфекційні хвороби, наявність домашніх тварин, пасивне куріння. Вірогідною виявилася відмінність за віком дебюту БА. Так, у пацієнтів із atopічною формою захворювання вперше симптоми БА в середньому маніфестували у віці $4,8 \pm 0,5$ року. Натомість, у хворих II групи діагноз БА виставляли у віці $6,2 \pm 0,5$ року ($P < 0,05$). Вік матері при народженні дітей з atopічною БА виявився вірогідно нижчим ($24,1 \pm 0,4$ року), ніж серед пацієнтів II групи ($25,9 \pm 0,4$ року, $P < 0,05$). Також матері школярів із atopічною БА частіше відмічали наявність загрози переривання вагітності ($28,6 \pm 7,6\%$) проти $5,7 \pm 3,9\%$ випадків серед пацієнтів з неatopічним варіантом хвороби ($P < 0,05$).

Висновок. У дітей з обтяженим алергологічним анамнезом додатковими несприятливими чинниками ризику маніфестації бронхіальної астми є вік матері молодше 24,1 року, дебют хвороби в дошкільному віці, а також наявність в акушерському анамнезі матері загрози переривання вагітності. Урахування даних критеріїв дозволить оптимізувати ранню діагностику та призначення своєчасного профілактичного лікування дітям з atopічним фенотипом захворювання.

СТАН МІКРОБІОЦИНОЗУ ПІХВИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

А.В.Семеняк, І.Р.Ніцович

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Все більшого значення в формуванні хронічної урогенітальної інфекції набуває умовно патогенна мікрофлора. Важливість проблеми зумовлена не тільки широким розповсюдженням захворювання, але й тими наслідками, які виникають в результаті дії мікроорганізмів, а також появою ускладнень, що можуть стати причиною безпліддя, патології вагітності та пологів.

Порушення мікробної екології статевих шляхів сприяє розвитку ускладнень, які призводять до розладів функції репродуктивної системи, патологічних змін у імунній та ендокринній системах та бути причиною розвитку хронічних захворювань організму або розвиватися на їхньому фоні.

Метою нашого дослідження було визначити стан мікробіоцитоцинозу піхви у підлітків з хронічним гастродуоденітом і виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки.

Нами проведено обстеження 40 підлітків, що становили основну групу, з яких у 5 була виразкова хвороба шлунка, у 6 - виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, у 29 - хронічний гастродуоденіт та 20 здорових підлітків (контрольна група).