

Литвиненко Д.В., Соколова Е.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РАНЬОЇ ПСИХОКОРРЕКЦІЇ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИНаціональний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна
Кафедра педіатрії № 3, кафедра психології та педагогіки
(науковий керівник - к.мед.н. Бойко Н.С., к.псих.н. Гуменюк Г.В.)

Актуальність функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГР) обумовлена тенденцією до зростання поширеності даної патології, яка найчастіше є асоційованою з нейро-циркуляторною дистонією (НЦД). Проведення ранньої психокорекції у дітей з ФГР є суттєвим компонентом у комплексному лікуванні та попередженні трансформації в органічну патологію.

Мета: підвищити ефективність лікування дітей з ФГР та оцінити процес адаптації дітей до умов стаціонару за рахунок включення в терапевтичний комплекс ранньої психокорекції методами арттерапії.

Методи дослідження: опитувальник на невроз (адаптований для дітей), тест Люшера, графічний тест, асоціативний тест, фізикальні методи дослідження, шкала абдомінального болю, дані історії хвороби.

Обстежено 100 дітей, розподілених на 3 групи: I (контрольна) група – стандартна протокольна терапія, II група – протокольне лікування та рослинний седативний препарат, III група – прото-

кольне лікування та рання корекція арттерапією. Результати: 23 дітей I групи відчули покращення, в II групі – 29, а в III – 33 після завершення лікування. Зменшення рівня тривожності, частоти астено-невротичних проявів відмітили 6 осіб I групи, 28 осіб II групи та 21 особа III групи. Позитивною була динаміка клінічних ознак ФГР – усунення абдомінального болю в дітей I та II групи відбувалося на 4–5 добу від початку лікування, у пацієнтів III групи – з перших днів проведення арттерапії. Аналогічна закономірність спостерігалась при ліквідації диспепсичних явищ.

Висновки: найкращий ефект у лікуванні ФГР дає поєднання протокольної терапії з фармакотерапією седативними рослинними препаратами та ранньою психокорекцією в умовах стаціонару. Відмічено позитивний відгук дітей та батьків на арттерапевтичні заняття, що сприяло зменшенню проявів та впливу стресових умов стаціонару на дітей та їх батьків.

Максимчук Н.О., Гарас М.Н.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Відповідно до чинних національних стандартів та рекомендацій вітчизняних фахівців основною метою базисного лікування бронхіальної астми (БА) є досягнення контролю. Диференційована лікувальна тактика, зокрема, індивідуалізація базисної терапії, перебуває у сфері наукових розробок, ніж у практичному використанні.

Метою дослідження було з використанням кластерного аналізу обґрунтувати варіанти базисної терапії тяжкої персистувальної бронхіальної астми (БА) у школярів з урахуванням клінічних і параклінічних показників.

В пульмонологічному відділенні ОДКЛ м. Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 57 дітей з попередньо верифікованою тяжкою персистувальною БА. Середній вік хворих склав $12,6 \pm 0,43$ років, середня тривалість захворювання – $8,0 \pm 0,48$ років. За статевим співвідношенням переважали хлопчики (59,6%). Проведено кластерний аналіз результатів комплексного обстеження школярів, згідно з яким виділено групи дітей з різною ефективністю базисної терапії захворювання. Зокрема, не-

достатня контрольованість перебігу патології на тлі базисної терапії очікується у дітей з раннім початком захворювання ($4,2 \pm 0,7$ роки), повільними ацетиляторними механізмами ($60,4 \pm 5,4\%$). Для даної когорти хворих характерним є значний нейтрофіліоз індукованого мокротиння ($60,2 \pm 4,9\%$), високий вміст інтерлейкінів 4 ($5,7 \pm 1,2$ пг/мл) та 5 ($5,7 \pm 0,4$ пг/мл) у сироватці крові. Припущення щодо нейтрофіліозу в індукованому мокротинні як чинника схильності до незадовільного контролю захворювання підтверджувалося вірогідним прямим міцним кореляційним зв'язком відносного вмісту нейтрофільних гранулоцитів із оцінкою контрольованості ($r=0,9$, $p<0,05$), що, ймовірно, реалізується внаслідок зростання індексу бронходилатації ($r=0,7$, $p<0,05$).

Таким чином, діти з наявністю вказаних результатів комплексного обстеження з метою базисного лікування потребують використання комплексу лікарських засобів, що відповідає ступеню 4 з наступним принципом «сходінка вниз» з урахуванням контролю БА.