

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРОВ УКРАИНЫ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А. БОГОМОЛЬЦА
КРЫМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. С.И. ГЕОРГИЕВСКОГО
ДЕТСКИЙ САНАТОРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР „ДРУЖБА”**

**МАТЕРИАЛЫ
ІХ ВСЕУКРАИНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
“АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДИТЯЧОЇ КАРДІОРЕВМАТОЛОГІЇ”**

**22-23 апреля 2010 года
г. Евпатория**

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Абатуров А.Е., Абатурова Н.И.

г. Днепрпетровск

В основе наследственной гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) лежат гетерогенные молекулярно-генетические нарушения, которые наследуются по аутосомно-доминантному типу. В связи с чем ГКМП может быть рассмотрена, как группа различных генетических заболеваний с клинически подобными проявлениями в виде гипертрофии миокарда преимущественно левого желудочка. Наиболее часто встречаемыми при наследственных формах ГКМП являются мутации генов, которые кодируют такие белки саркомера, как белок толстых филаментов (MYH7/тяжелых цепей сердечного β -миозина (30–50%)), и белки тонких филаментов (MYBPC3/миозин-связывающего белка С (20–40%), TNNT2/сердечного тропонина Т (5–20%), TNNI3/сердечного тропонина I (<5%), TPM1/ α -тропомиозина (3–5%)). Мутации таких генов, как MYL2/легких цепей 2 сердечного миозина (<3%), MYL3/легких цепей 3 сердечного миозина (<1%), ACTC/сердечного α -актина (<1%), CSRP3/сердечного мышечного LIM протеина (<1%), TTN/тайтина (<0,5%), MYH6/тяжелой цепи α -миозина (<0,5%), TNNT1/сердечного тропонина С (<0,5%), VCL/метавинкулина, JPH-2/юнктофилина-2, OBSN/обскурина, SAV3/кавеолина-3, MYOZ2/миозина PRKAG2/ γ -2 регуляторной субъединицы АМФ-активируемой протеинкиназы, LAMP2/лизосом-ассоциированного мембранного протеина 2 и другие, встречаются значительно реже или очень редко. У больных с ГКМП определено более 700 мутаций различных генов [http://cardiogenetics.med.harvard.edu/project-detail?project_id=230]. В настоящее время идентифицировано 80 мутаций MYH7 (14q12), 30 мутаций MYBPC3 (11p11),

14 мутаций TNNT2 (1q32), по 8 мутаций MYL2 (12q23) и TNNI3 (19q13.4), 6 мутаций TPM1 (15q22), по 5 мутаций ACTC (15q14) и PRKAG2 (7q36). Некоторые мутации сопровождаются клинически значимыми особенностями. Так, мутации R403Q, R453C, G716R и R719W гена MYH7 ассоциированы с очень ранним началом заболевания, тяжелым течением с выраженной гипертрофией левого желудочка и высоким риском внезапной смерти; мутации R92Q и Δ E160 гена TNNT2 связаны с высокой вероятностью развития внезапной смерти у молодых людей, даже с умеренной степенью гипертрофии миокарда; мутации гена MYBPC3 сопровождаются поздним возникновением ГКМП, которая характеризуется «мягким» течением, но с переносимостью физических нагрузок; мутации гена TPM1 ассоциированы с умеренной гипертрофией миокарда, но ранним развитием диастолической дисфункции. Ежегодная смертность у больных с ГКМП составляет 2,5 %; 1,5 % и 1,1 % при мутациях генов TNNT2, MYH7 и MYBPC3, соответственно. ГКМП, практически всегда, ассоциирована с единственной мутацией. В связи с чем у пациентов с наследственными формами ГКМП необходимо проводить генетические исследования, позволяющие идентифицировать хотя бы наиболее часто встречаемые мутации генов MYH7, TNNT2, которые ассоциированы с высоким риском внезапной смерти, и MYBPC3. Внедрение медико-генетических методов исследования позволит не только оптимизировать ведение больных ГКМП, но и проводить преκληиническую диагностику у детей с отягощенным генетическим анамнезом по ГКМП.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ АНАЛИЗА КАРДИАЛГИЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ПОДРОСТКОВ

Ананьева Н.В., Мамалуй Н.И., Лупальцова С.Е., Киселева Л.П., Белоусова Л.В.

г. Харьков

Цель исследования – изучение своеобразия кардиалгий при острой ревматической лихорадке (ОРЛ) у подростков, в зависимости от пола больных и этапа развития заболевания. Наблюдения (15 лет) включали проспективный анализ характера кардиалгий у 64 подростков (37 девочек, 27 юношей) на высоте активности первой, повторной атаки ОРЛ, в неактивной фазе, в сопоставлении с показателями радиоэлектrokардиографии. На высоте активности ОРЛ с клиникой эндомиокардита, боли в сердце отмечались у 72,3% подростков: при подостром и затяжном вариантах атаки, минимальной или умеренной активности процесса; в 45,0% случаев впервые появлялись в дебюте ОРЛ, у 50,5% - при повторных атаках, у девочек – в связи с появлением менархе. Кардиалгии более интенсивны, чаще встречались у девочек, чем у юношей, в период ОРЛ (соответственно 87,0% и 52,8%) и неактивной фазе (80,0% и 50,1%). У девочек с кардиалгиями в 73,0%

случаев в активной и в 48,0% в неактивной фазе определялись сопутствующие нарушения менструальной функции. Характер кардиалгий у подростков с ОРЛ определялся активностью заболевания и видом органических поражений сердца: были интенсивными, ноющими (давющими, сжимающими) в период атаки и уменьшались или купировались по мере стихания активности. На фоне приобретенных пороков сердца в неактивной фазе кардиалгии связаны с физической нагрузкой. У 82,0% подростков с ОРЛ и интенсивными кардиалгиями на радиоЭКГ отмечались изменения, в т.ч. относительная коронарная недостаточность. Генез и характер кардиалгий у больных ОРЛ различен, обусловлен воспалительными изменениями сердца и сосудов, относительной коронарной недостаточностью при гипертрофии миокарда нейровегетативными и дисгормональными влияниями.

ДИЛАТАЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Ахназарянц Э.Л., Головки Т.А.

г. Харьков

Для разработки наиболее ранних диагностических признаков вовлечения правого желудочка сердца в патологический процесс при формировании хронической сердечной недостаточности (ХСН) изучались его морфо-функциональные характеристики с учетом состояния левого желудочка при различных формах патологии миокарда у детей. Под наблюдением находились 220 подростков в возрасте 11–18 лет с различными заболеваниями сердца. Проводились общеклинические обследования, ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях, УЗИ сердца в М- и В-режимах на аппарате SA-8000 Live, суточное мониторирование ЭКГ с помощью аппарата «ЕС-3Н/АВР». У 60% исследуемых имело место расширение правого желудочка, что сочеталось с достоверным увеличением конечно-диастолического объема левого желудочка (85,3 \pm 3,1 мл против 108,5 \pm 2,4 мл; p <0,05). Изменения

внутрисердечной гемодинамики способствовали нарастанию ударного объема сердца с параллельным снижением общего периферического сосудистого сопротивления. У 20% подростков расширение правого желудочка сопровождалось снижением фракции выброса ниже 55%, что сочеталось со снижением еще одного показателя, характеризующего сократительную способность миокарда, % Δ S. Изменения внутрисердечной гемодинамики характеризовались увеличением конечно-систолического объема левого желудочка и уменьшением его ударного объема, а также увеличением общего периферического сосудистого сопротивления. Таким образом, проведенные исследования позволяют считать, что у части детей с патологией миокарда при формировании ХСН вовлекаются в процесс правые отделы сердца.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Безкаравайный Б.А., Соловьева Г.А., Ретина Г.И., Збаражский Ю.В., Волкова И.А.*

г. Луганск

Постгипоксическое поражение миокарда, по данным разных авторов, встречается у 15–50% новорожденных с клиническими проявлениями церебральной ишемии. Обследовано 32 новорожденных с перинатальным поражением ЦНС, которые находились на лечении в отделении для недоношенных детей неонатального центра г. Луганска. Гестационный возраст больных составил от 28 недель до 36 недель. Масса тела при рождении колебалась от 800 до 2300 граммов. Дети были разделены на две группы. В первую группу были включены 18 новорожденных от матерей с перинатальным риском по хронической внутриутробной гипоксии плода и с наличием гипоксически-ишемического поражения ЦНС либо неонатальной энцефалопатии. Вторую группу составили 14 недоношенных детей с гипоксическим

геморрагическим поражением ЦНС. Проведенный сравнительный анализ результатов стандартной ЭКГ и 24-часового мониторирования по Холтеру выявил существенные преимущества последнего. Так, активные гетеротопные нарушения образования импульса зарегистрированы только при Холтеровском мониторировании. Среди них наиболее часто регистрировались суправентрикулярные экстрасистолы в 72,22% у детей I группы и в 64,28% новорожденных II группы, с дневным типом распределения в обеих групп. Желудочковые экстрасистолы более чем в 2 раза чаще встречались у новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС (50%) в сравнении с детьми, имеющих гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС (21,42%), причем только у младенцев I группы регистрировались

парные желудочковые экстрасистолы. Номотопные нарушения образования импульса (синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, миграция суправентрикулярного водителя ритма) чаще регистрировались у детей II группы – 7 младенцев (50%), в сравнении с новорожденными I группы – у 5 детей (27,78%). Нарушения проводимости, выявленные только во время 24-часовой регистрации ЭКГ, такие как синоатриальная блокада II степени обнаружена у 2 новорожденных детей из I группы, синоатриальная блокада III степени у 4 детей I группы и 1 новорожденного II группы. По данным фрагментарной ЭКГ у 16,7% детей I группы и 14,28% детей II группы обнаружено замедление АВ-проводимости, однако Холтеровское мониторирование позволило не только выявить наличие АВ-блокады, но и определить ее продолжительность. Так, атриовентрикулярная блокада I степени встречалась в 61,11% детей I группы и в 35,71% новорожденных II группы, причем максимальная продолжительность отмечена у новорожденных I группы (6 часов 32 минуты). Анализ длитель-

ности интервала QTc у обследованных новорожденных показал, что максимальные значения QTc за время наблюдения регистрировались во время сна как у детей I группы, так и у новорожденных II группы (438,55±71,27мс и 455,88±50,18 мс соответственно). Ишемические изменения при Холтеровском мониторировании выявлены у 12,5% новорожденных I группы и у 25% новорожденных II группы. Они проявлялись эпизодами значимой депрессии сегмента ST в периоды бодрствования и при физической нагрузке (во время кормления, после периода выраженного беспокойства) при средней для обследуемых частоте сердечных сокращений. Изучено содержание α – ПНУГ (предсердного натрийуретического гормона) в плазме крови недоношенных новорожденных, уровень которого регулируется в основном вегетативной нервной системой. Показано, чем меньше гестационный возраст ребенка, тем больше содержание α – ПНУГ в плазме крови, а с увеличением гестационного срока оно уменьшается.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗМІН З БОКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ СЕПСИСІ

Безруков Л.О., Колоскова О.К., Власова О.В.

м. Чернівці

Системну відповідь новонародженого на інфекцію зазвичай визнають як неонатальний сепсис чи септицемію. Наразі не досягнуто консенсусу стосовно того, чи відносяться ці стани лише до бактеріальної інфекції, яка повинна бути підтверджена виділеннями з культури крові мікроорганізмів, або ж вони визначаються виключно тяжкістю захворювання. Так, наявність ознак гіперперфузії чи системної артеріальної гіпотензії, а також дисфункції органів, указує на тяжкий перебіг сепсису, а резистентна до інфузійної терапії артеріальна гіпотензія свідчить про розвиток септичного шоку. Мета роботи: виявити найбільш характерні показники дисфункції з боку серцево-судинної системи у новонароджених із генералізованою інфекцією раннього неонатального періоду. Для досягнення поставленої мети обстежено 100 новонароджених віком до 2-х діб, яких розподіляли на 2 клінічні групи. Першу (I) сформували 36 новонароджених, у яких підтверджена рання неонатальна інфекція, а до другої (II) групи порівняння увійшли 64 дитини, у яких при комісійній ретроспективній оцінці історії розвитку наявність ранньої неонатальної інфекції спростували, проте перебіг неінфекційної патології повсякчас імітував розвиток сепсису. За основними клінічними характеристиками сформовані групи були співставимі. Аналіз материнських чинників схильності до формування ранньої інфекційно-запальної патології новонароджених дозволив вважати, що у кожній четвертій (25%) з матерів новонароджених із раннім неонатальним сепсисом в анамнезі реєструвались вказівки на наявність неінфекційних захворювань з боку серцево-судинної системи, а в групі порівняння цей показник сягав 21,9%. Це свідчило про те, що серцево-судинні захворювання матерів мають однакове значення як для формування інфекційної патології раннього неонатального періоду, так і тієї патології новонароджених, яка імітує ранній сепсис. При обстеженні у дітей з інфекційно-

запальними захворюваннями частіше спостерігалися клінічні прояви, які відображали дисфункцію дихальної та серцево-судинної системи, причому вони переважно відображали порушену перфузію тканин і компенсаторні механізми її підтримки. Зокрема, блідість шкірних покривів із „мармуровим“ малюнком (молтінг), дистальним похолоданням кінцівок і значним дигітально-ректальним градієнтом температур реєструвалися у кожній четвертій дитини I групи і лише у 9,4% пацієнтів групи порівняння ($P < 0,05$). Слід відмітити, що дані симптоми визначалися в оптимальному температурному режимі для дитини, що виключало появу вказаних змін з боку шкіри внаслідок спазму судин у відповідь на термічний фактор переохолодження. У I клінічній групі у 25% випадків траплялася тахікардія, проте у групі порівняння вона не реєструвалася. Брадикардія реєструвалася у 11,1% та 4,7% ($P < 0,05$) відповідно, а ознаки системної гіпотензії реєструвались у групах порівняння з частотою 13,9% та 1,6% спостережень ($P < 0,05$) відповідно. Встановлено, що зміни з боку серцево-судинної системи вірогідно корелювали розвитком ранньої інфекційної патології ($r=0,42$, $P=0,001$). Виразна тяжкість порушення загального стану новонародженого у першу добу життя, за нашими даними, асоціювала з наступними показниками ризику наявності раннього сепсису: абсолютний ризик 59%, співвідношення шансів 15,1 (95% ДІ 7,6-29,9), відносний ризик 3,9 (95% ДІ 2,7-5,8); для другої доби ці показники становили відповідно 67%, 27,2 (12,8-58,2), 5,6 (3,6-8,5). Таким чином, при оцінці клінічних симптомів, які зазвичай асоціюють з інфекційно-запальним процесом у новонароджених, можна відмітити, що ряд із них, зокрема з боку серцево-судинної системи, можна використовувати для підтвердження ранньої неонатальної інфекції, а також оцінки ризику розвитку даної патології.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОТРЕКСАТУ ЯК ПРЕПАРАТУ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Безруков Л.О., Колоскова О.К., Воротяк Т.М., Дідух Г.В.

м. Чернівці

Метою дослідження було оцінити ефективність застосування метотрексату у якості базової терапії дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит. На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 15 дітей, що отримували метотрексат більше 1 року у якості базового лікування з приводу ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА). Ефективність застосування метотрексату у якості базової терапії оцінювали за бальним відображенням клінічних ознак перебігу ЮРА та лабораторними показниками сироватки крові. Частка хлопчиків сягала 40%, середній вік пацієнтів сягав 12,3±0,94 років, кількість уражених суглобів в середньому становила 3,8 (від 1 до 12). Окрім метотрексату, пацієнти, як правило, отримували на початку базисної терапії нестероїдні протизапальні засоби (86% дітей), преднізолон (33,3%), асалікс (20%) і під час прийому метотрексату – кальцеїн (53,3%) та фолієву кислоту (73,3%). Встановлено, що за клінічними ознаками тяжкості перебігу ЮРА діти, що отримували метотрексат відмічали покращення

стану за виразністю більового синдрому (з 2,5±0,2 бали до 1,7±0,1, $p < 0,05$), навколосуглобового набряку (з 2,2±0,2 до 1,3±0,2 балів, $p < 0,05$), обмеженістю рухів у вражених суглобах (з 2,4±0,2 до 1,5±0,1 балів, $p < 0,05$) та ранковою сутістю суглобів (2,1±0,2 та 1,5±0,1 балів відповідно, $p < 0,05$). Водночас, якщо до початку лікування метотрексатом скаржилися на порушення ходи 80% дітей, то через рік – лише 34% ($p < 0,05$). За показниками ревматологічних проб крові відмічалася лише позитивна тенденція до зниження титру анistreptolізіну (з 147,1±33,4 до 134,4±44,9, $p > 0,05$), С-реактивного білку (з 2,4±0,3 до 2,2±0,5, $p > 0,05$), серомукоїду (з 602,7±106,1 до 590,4±152,5, $p > 0,05$). Таким чином, застосування метотрексату у якості базової терапії ювенільного ревматоїдного артриту у дітей є доцільним, оскільки супроводжується значним клінічним покращенням стану пацієнтів і тенденцією до зниження лабораторних показників активності ювенільного ревматоїдного артриту.

АНАЛІЗ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ І ТЕЧЕННЯ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА У ДІТЕЙ

Белалова Л.Я., Имнадзе И.Н., Абязова В.Н., Краснова В.В.

г. Симферополь

Исследование течения синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПВ) является актуальной проблемой в связи с существованием интермиттирующих форм и неизвестностью точного количества синдрома. Целью нашего исследования явилось провести анализ данных клинико-инструментального обследования и течения синдрома ВПВ у детей, состоящих на учете в КРУ «ДКБ» г. Симферополя. Нами проведен анализ историй болезней 65 детей в возрасте от 1 до 16 лет с синдромом ВПВ, госпитализированных в КРУ «ДКБ». На момент установления диагноза и первичной госпитализации дети от 12 до 15

лет составили 42 (64,61%), дети с 4 до 11 лет – 21 (32,32%), дети до 3 лет – 2 (3,07%). Мальчики составили 39 (60%), девочки 26 (40%). В большинстве случаев ЭКГ проводилась впервые, в связи с возникшими жалобами. Только 5 (7,69%) детям ЭКГ проведена повторно и на предшествующих ЭКГ не регистрировались ЭКГ признаки синдрома ВПВ. У 25 детей документированы приступы пароксизмальной тахикардии (ПТ), радиочастотная абляция (РЧА) была проведена 23 детям. Всем детям проведены общеклинические методы исследования, Допплер-эхокардиография (ДэхоКГ), холтеровское мониториро-

вание (ХМ) ЭКГ, по показаниям велоэргометрия (ВЭМ). Более чем в 50 % случаев синдром ВПВ был диагностирован при проведении ЭКГ по различным показаниям, в основном в школьном возрасте. Среди школьников с синдромом ВПВ преобладали подростки. Большинство детей предъявляли жалобы нейровегетативного характера и на кардиалгии разной интенсивности. В области сердца на верхушке часто выслушивался систолический шум функционального характера. Анализ ДэхокГ выявил, что у 40,4 % детей размеры левого желудочка имели тенденцию к увеличению. При проведении ХМ ЭКГ выявлено увеличение среднесуточной ЧСС, особенно в дневное время. У 40 (61,53 %) детей циркадный индекс был ниже 1,2 и составил в среднем 1,14. ВЭМ, выполненная детям с синдромом ВПВ без приступов ПТ в большинстве случаев выявила у детей неадекватные

реакции, выражающиеся в замедлении фазы восстановления ЧСС, у половины детей отмечался гипертонический тип реакции на нагрузку. Толерантность к физической нагрузке у всех детей была средней. Всем детям с синдромом ВПВ ВЭМ была прекращена преждевременно. Таким образом, синдром ВПВ чаще диагностируется в подростковом возрасте, в связи с возникающими нейровегетативными изменениями в период полового созревания и подчеркнуть важность проведения ЭКГ детям дошкольного возраста с целью своевременной диагностики. У 5 (7,69 %) детей в нашем исследовании диагностирована интермиттирующая форма синдрома ВПВ. У детей с синдромом ВПВ в большинстве случаев имеется срыв адаптационных механизмов регуляции, что выражается в увеличении среднесуточной ЧСС, уменьшении ЦИ и начальными проявлениями аритмогенной кардиомиопатии.

ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЮРА

Бережной В.В., Марушко Т.В.

г. Киев

Актуальность. В Украине всего насчитывается более 3000 больных ЮРА (0,41 на 1000 детского населения). У 50-70% больных развивается инвалидность после трех - пяти лет течения заболевания, поэтому проблема лечения ЮРА имеет важное социальное и медицинское значение. Возможности фармакотерапии в педиатрической ревматологии ограничены возрастными рамками, определенными при процедуре регистрации лекарственных средств, поэтому у детских кардиоревматологов нет широкой возможности применять в комплексном лечении ЮРА новый класс препаратов – моноклональные антитела к фактору некроза опухоли, которые стали доступными последние десять лет во взрослой ревматологии. Однако, в 2009 году на отечественном фармацевтическом рынке был зарегистрирован препарат адалимумаб, который разрешен к применению у детей с четырехлетнего возраста с усовершенствованным методом введения (подкожным), что существенно обогатило лечебные возможности тяжелых и быстропрогрессирующих форм ЮРА. Целью нашей работы явилось

изучение клинической активности препарата адалимумаб у детей с тяжелыми и быстропрогрессирующими формами ЮРА. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 29 детей с тяжелыми формами ЮРА, у которых наблюдалось быстропрогрессирующее течение патологического процесса, высокая степень активности, а применение стандартной терапии, соответствующей протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Украины, не принесло ощутимого результата лечения, либо сопровождалось побочными действиями базисных препаратов. Больные обследованы клинически, лабораторно, инструментально. Девятерым детям в комплекс лечения был назначен препарат адалимумаб. Проанализированы результаты лечения в основной группе и группе сравнения. Показана клиническая активность и целесообразность назначения адалимумаба детям с тяжелыми, быстропрогрессирующими формами ЮРА, а также в случаях выраженных побочных действий базисных препаратов.

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Богмат Л.Ф., Рак Л.И.

г. Харьков

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) характеризуется непрерывным прогрессированием в сторону утяжеления стадии ХСН при отсутствии патогенетической терапии. Целью исследования стало определить факторы прогрессирования ХСН при патологии миокарда (ПМ) у детей и обосновать подходы к его профилактике. Под наблюдением было 278 детей 10-18 лет с ПМ воспалительного и невоспалительного генеза. В динамике через год обследовано 128 из них. Проводились ЭКГ, ЭХО-КГ, изучались суточная экскреция катехоламинов с мочой, активность ренина плазмы, уровни ангиотензина-II, альдостерона и эндотелина-1 крови. Установлено, что у 55,2±9,2 % детей, перенесших миокардит, наблюдалась неблагоприятная динамика морфофункциональных показателей сердца: снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ниже 55 %, минутного объема крови, увеличение размеров левого и правого же-

лудочков (ПЖ). Негативная динамика отмечена также у 38,1±7,5 % детей с малыми структурными аномалиями сердца и у 39,5±7,9 % - с нарушениями ритма. Снижение систолической функции миокарда в динамике сопровождалось достоверным повышением активности ренина плазмы ($p_0 < 0,01$), ангиотензина-II ($P_0 < 0,05$), альдостерона ($p_0 < 0,08$), а также эндотелина-1 ($p_0 < 0,01$). Доказано, что прогрессирование ХСН у детей определяется прогрессивным увеличением размеров ЛЖ и ПЖ, истончением миокарда ЛЖ и активацией ренин-ангиотензиновой системы. В связи с этим основным звеном профилактики прогрессирования ХСН у детей с ПМ является патогенетическая терапия, направленная на снижение нейрогуморальной активации (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), эффективность средств которой доказана многоцентровыми исследованиями у взрослых.

АВТОЗАПАЛЬНІ СИНДРОМИ У ДІТЕЙ

Бойко Я.С.

м. Львів

Автозапальні синдроми (синдроми періодичної гарячки) є рідкісними, генетично детермінованими захворюваннями, що характеризуються періодичною лихоманкою, яка супроводжується клінічною симптоматикою загального запалення при відсутності автоімунної та інфекційної патології. До групи автозапальних синдромів відносять сімейну середземноморську гарячку; гіпер-Ig D-синдром; синдром, асоційований з рецепторами до фактору некрозу пухлин; кріопірин-асоційовані періодичні синдроми: сімейна холодова кропив'янка, Макл-Уелса синдром та CINCA-синдром (Chronic Inflammatory Neurological Cutaneous Articular syndrome); PFAPA-синдром (Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis and Adenopathy syndrome). У Західноукраїнському спеціалізованому дитячому медичному центрі серед автозапальних синдромів діагностовано у трьох хворих PFAPA-

синдром та однієї дитини CINCA-синдром. У всіх хворих з PFAPA-синдромом виявляли рецидивуючу гарячку до 38-40° С тривалістю 4-5 днів з проявами афтозного стоматиту (2/3), фарингіту (2/3) та шийного лімфаденіту (2/3). У хворій з CINCA-синдромом діагноз виставлений на підставі наявності клінічних проявів з перших днів життя, гарячки з кореспондним висипом, гепатоспленомегалією, лімфаденопатією, клиноподібною деформацією колінних суглобів, хронічного ушкодження променевоzap'ястних, гомілковоступневих суглобів, неврологічної симптоматики, ретинопатії, рентгенологічних змін у пошкоджених суглобах у вигляді епіфізарної та метафізарної дисплазії; постійної лабораторної гострофазової активності та виявлення мутації в гені CIAS1 (J. Roesler, Labor Klinische Forschung der Kinderklinik, Dresden).

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Большот Ю.К., Каличевская М.В., Ляшенко В.В., Мерзлая Т.Ю.*, Лобчук А.Н.**

г. Днепропетровска*

Обследовано 98 детей с бронхиальной астмой (64 мальчика и 34 девочки, средний возраст 11,66±0,28 лет). 75,5% детей имели среднетяжелое и тяжелое персистирующее течение бронхиальной астмы (БА), 24,5% - легкое персистирующее и интермиттирующее течение. По данным сонографии 91,8% больных бронхиальной астмой имели признаки дисплазии соединительной ткани сердца в виде пролапса митрального (53%) и трикуспидального (61,2%) клапанов, аномально расположенных трабекул и хорд (67,3%), дилатации митрального кольца (29,6%), открытого овального окна (16,3%). Сочетание 3-х и

более признаков дисплазии встречалось у 68,4% детей. Дети, больные БА и имеющие MAPC жаловались на головные боли (79% случаев), утомляемость (32%), эмоциональную лабильность (40%), головокружения (27%), нарушения сна (21%) на фоне контролируемого течения БА, боли в сердце (22%), сердцебиения (14%), одышку при физической нагрузке (23%), синкопальные состояния (4%). Клинически значимый пролапс митрального клапана достоверно чаще наблюдался у детей со среднетяжелой и тяжелой БА, соответственно у 40,9% и 58,3%. Только у детей с тяжелой БА имели место случаи открытого

овального окна (16%) со сбросом крови слева направо. Таким образом, высокая частота дисплазий соединительной ткани сердца у детей с БА, полиморфизм и клиническая значимость которых нарастает по

мере увеличения тяжести заболевания, требует наблюдения кардиолога, динамического проведения электрокардиографического и ультразвукового исследования сердца в процессе лечения (не реже 1 раза в год).

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЮНЫХ ГРЕБЦОВ

Бондарь А.И., Евтушенко Е.В.

г. Херсон

Согласно статистическим данным Европейского кардиологического общества, частота возникновения внезапной смерти во время спортивных соревнований у подростков и молодых людей в возрасте от 12 до 35 лет увеличилась в 2,5 раза. Основными причинами смерти являются кардиомиопатии, преждевременный коронарный атеросклероз, нарушения проводящей системы сердца. Целью работы явилось исследование состояния сердечно-сосудистой системы у 81 подростка в возрасте от 13 до 17 лет, занимающихся греблей. Исследуемые были разделены на 5 групп с учетом возраста и выполняемой физической нагрузки. I группу составили 16 детей, 13 лет, имеющие II взрослый и I юношеский разряды. Во II- III- IV группы вошли подростки выполнившие нормативы I взрослого разряда или кандидата в мастера спорта по гребле: 14 лет-18 чел., 15 лет-22 чел., 16 лет-17 чел. Пятую группу вошли подростки 17 лет - 8 чел., выполнившие нормативы кандидата в мастера спорта. Объем обследования: антропометрия с определением становой силы и экскурсии грудной клетки, измерение АД, функциональные пробы, ЭКГ в 12 отведениях на диагностическом автоматизированном комплексе «Кардио-Плюс». Группу контроля составили 30 детей 15 лет, которые по версии автоматизированного комплекса диспансерных осмотров (АКДО) вышли на осмотр кардиолога. Установлено, что средние значения ЧСС у спортсменов были значительно ниже, чем в популяции, и составили в 13-14 лет 64 уд/мин., 16-17 лет 59 уд/мин., против 72 ударов в минуту у их

сверстников. Пять гребцов имели частоту пульса от 44 до 48 ударов в минуту. По анализу ЭКГ отклонение электрической оси сердца вправо и влево регистрировалось от 12,5% в группе 17 летних до 31,2% в группе 13 летних спортсменов. Самый высокий процент укороченного интервала PQ (<0,12с) также отмечался у 13 летних гребцов. В каждой возрастной группе почти 50% спортсменов имели неполную блокаду правой ножки пучка Гиса. В общей сложности нарушения ритма и проводимости выявлены у 75%, в группе 13 летних гребцов и у всех спортсменов в группе 17 летних. Основная масса этих изменений носит функциональный характер, но около трети из них (PQ > 0,20с, PQ < 0,12с, ЧСС < 48 уд/мин. QRS > 0,10с и др.), требуют углубленного обследования. Наличие большего числа изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, в виде нарушения ритма и проводимости, в группе гребцов 13-ти летнего возраста в сравнении с 14 летними, говорит о недостаточной приспособленности сердечно-сосудистой системы этого возраста к интенсивному аэробному типу нагрузок (на выносливость). Эта возрастная группа гребцов в большей степени, чем другие требует постоянной коррекции тренировочного процесса. Полученные данные о состоянии сердечно-сосудистой системы у подростков гребцов, показывающих высокие спортивные результаты, доказывают необходимость не только правильной организации питания и тренировочного процесса спортсменов, но и проведения им курсов метаболической терапии.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Боярская Л.Н., Котлова Ю.В., Кравец Л.В., Берлимова Н.В.

г. Запорожье

Постнатальное становление функции жизненно важных систем у недоношенных детей имеет существенные отличия по сравнению с доношенными, причем не только в длительности процесса адаптации, но и в отношении механизмов регуляции этого процесса. Холтеровское мониторирование дает возможность не только проследить изменения сердечной деятельности новорожденного в течение суток, реакцию его сердечного ритма на различные стрессовые факторы, но и оценить вегетативную организацию суточного ритма. Целью нашей работы являлось изучить особенности вариабельности сердечного ритма (BCP) у недоношенных новорожденных, используя суточное мониторирование по Холтеру (ХАИ – медика CardioSense, г. Харьков). Под нашим наблюдением находилось 19 новорожденных младенцев: из них 14 недоношенных детей, гестационный возраст которых при рождении соответствовал 31-34 неделям (min m=1200г., max m=2000г.) и 5 доношенных ребенка. Мониторирование проводилось на 4 неделе жизни. Критериями включения в исследование являлось отсутствие врожденных пороков развития внутренних органов, асфиксии тяжелой степени, органического поражения головного мозга, а так же инфекционного процесса в остром периоде. У всех детей группы наблюдения была диагностирована перинатальная энцефалопатия гипоксически-ишемического генеза. Анализ вариабельности сердечного ритма проводился при помощи временного (SDNN, RMSSD, pNN50) и частотного (LF, HF и LF/HF) методов. Обработка

данных осуществлялась с использованием статистического пакета Statistica 6.0 (непараметрический критерий, с учетом малой выборки - Манна-Уитни (U-Test). При проведении холтеровского мониторирования в группе наблюдения нарушений ритма и проводимости зарегистрировано не было. Вместе с тем показатели вариабельности сердечного ритма у недоношенных детей отличались от таковых у доношенных младенцев. На фоне общего снижения напряжения вегетативной регуляции (SDNNi 14.9 – 20.8 мс.) в большей степени за счет снижения парасимпатической активности (HF 8-20 мс², RMSSD 5-9 мс, pNN50 0.1-0.3 %), умеренному снижению гуморальной регуляции, активности центров осцилляторов (VLF 87-196 мс²) и увеличение симпат-парасимпатического индекса (LF/HF 3,2-4,8); тогда как у доношенных детей общее напряжение вегетативной регуляции, статистически достоверно (p=0,03), было выше (SDNNi 23-32,8 мс), в меньшей степени были выражены - снижение парасимпатической активности (HF 48-64 мс², RMSSD 10-13 мс, pNN50 0,4-0,5 %), гуморальной регуляции, активности центров осцилляторов (VLF 188-437 мс²). Таким образом, у недоношенных новорожденных отмечается снижение показателей BCP, что вероятно связано с незрелостью адаптационных механизмов вегетативной нервной системы, и может быть расценено как вариант физиологической адаптации недоношенных новорожденных, что требует дальнейшего изучения.

ЧАСТОТА НОСИЙСТВА ВИРУСІВ РОДИНИ HERPESVIRIDAE У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ РЕВМАТИЧНОЮ ЛИХОМАНКОЮ ТА ХРОНІЧНОЮ РЕВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Боярчук О.Р.

м. Тернопіль

Особливе значення надається вірусам родини Herpesviridae у розвитку багатьох захворювань, особливо, нез'ясованої етіології, так як вони здатні пожиттєво інфікувати людей в будь-якому віці та уражати практично всі органи та системи організму людини. Стрептококова етіологія гострої ревматичної лихоманки (ГРЛ) доведена в багатьох дослідженнях, але лише у 3-4 % інфікованих ревматогенним штамом β-гемолітичного стрептококу розвивається ГРЛ, що нашоу хує на думку про роль інших механізмів у розвитку патологічного процесу. Під спостереженням знаходилось 41 дитина віком від 7 до 17 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ТДМКЛ. 10 дітей було з діагнозом ГРЛ, у 11-ти відмічалася хронічна ревматична хвороба серця (ХРХС). 20 дітей становили пацієнти з перенесеною ГРЛ, без формування вади серця чи інших ознак ревматичного ураження серця. Контрольну групу дітей склали 30 дітей. Проводилось

кількісне визначення в сироватці крові IgG та IgM антитіл до цитомегаловірусу; вірусів герпесу I-II типів; капсидного (VCA) антигену вірусу Епштейна-Барр (ЕБВ) методом ІФА. Антитіла до вірусів родини Herpesviridae виявлені у 88,9 % дітей з ГРЛ та у всіх хворих з ХРХС та перенесеною ГРЛ. IgG-антитіла до цитомегаловірусу та вірусів простого герпесу I та II типу виявлялися з однаковою частотою (77,8 %) у дітей з ГРЛ, що було достовірно частіше у порівнянні з показниками контрольної групи. Хронічна Епштейна-Барр вірусна інфекція (ХЕБВІ) визначалася у всіх 100,0 % дітей з ХРХС, що достовірно частіше у порівнянні з контролем. Вірогідніше в даній групі і виявлялися IgM антитіла до цитомегаловірусу та до ЕБВ, що свідчить про реактивацію інфекції. Виявлені значні імунологічні порушення у хворих з ХРХС та ХЕБВІ свідчать про можливу їх роль у розвитку і прогресуванні вад серця.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ З КОМБІНОВАНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ

Булат Л.М., Лайко Л.І., Кулешов О.В., Усатюк В.Г.*

м. Вінниця

Відомо, що комбіновані аритмії серця у дітей є актуальним питанням сучасної дитячої кардіології. Холтеровське моніторування (ХМ) ЕКГ на сьогоднішній день є найінформативнішим методом діагностики порушень ритму серця та оцінки стану вегетативної нервової системи (ВНС). ХМ ЕКГ було проведено 45 дітям віком від 12 до 17 років з синдромами WPW та CLC. Оцінювались основні параметри варіабельності ритму серця для оцінки стану ВНС. Отримані дані порівнювали із статеві-віковими нормативами. Отримано наступні результати циркадного індексу (ЦІ) ЧСС: підвищений у 29 (64,4%) дітей, що свідчить про підвищену чутливість ритму до симпатичних впливів, проте як ригідний ЦІ ЧСС – вегетативну денервацію серця, що характерно для решти 16 (35,6%) дітей. У дітей з синдромом

WPW, як і у дітей з CLC виявлено зниження SDNN, SDANN, SDNNi, що вказує на підвищення тонуусу симпатичного відділу ВНС. Показники, які характеризують стан парасимпатичного відділу ВНС (rMSSD, PNN50%) знаходились в межах норми. Суттєвих залежностей показників від статі не простежується. Отже, у дітей з комбінованими порушеннями ритму серця відмічається порушення вегетативного гомеостазу у вигляді посиленого впливу симпатичного відділу ВНС на серцевий ритм, що є несприятливим фактором ризику розвитку ускладнень у вигляді приступів пароксизмів. Діти з комбінованими аритміями потребують своєчасної діагностики та лікування вегетативних порушень з метою попередження розвитку ускладнень.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ І ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ТА ФАКТОРИ, ЯКІ ЦЬОМУ СПРІЯЮТЬ

Булат Л.М., Лисунець О.В.

м. Вінниця

Однією із найбільш важливих проблем сучасної педіатрії є своєчасна діагностика артеріальної гіпертензії (АГ) та визначення факторів, які цьому сприяють. За даними американських кардіологів встановлений факт гіподіагностики АГ у дитячій популяції. Провідну роль у формуванні АГ відіграють такі фактори ризику як: - генетична схильність, аліментарне ожиріння дітей, гіподинамія та надмірне фізичне навантаження, вживання солі більше 3г за добу, шкідливі звички (вживання алкоголю, паління). Метою нашої роботи було вивчення особливостей стану здоров'я та визначити вплив різних факторів на формування артеріальної гіпертензії у дітей і підлітків. Проаналізовано результати спостереження та 96 дітей, серед них хлопчиків 56, дівчаток 40 вік дітей 10 – 18 років. Усім дітям з метою встановлення діагнозу АГ і визначення її клінічних та гемодинамічних форм проведено моніторування артеріального тиску. Встановлено, що найбільш частою гемодинамічною формою артеріальної гіпертензії у 71 (73,9 %) дітей є ізольована артеріальна гіпертензія, систоло – діастолічна гіпертензія відмічалась у 25 (26,1 %) дітей зі стабільною та лабільною артеріальною гіпертензією. Клінічна картина захворювання була хара-

ктерною і характеризувалась наявністю таких скарг: головний біль і головокружіння – 93 (96,8 %), шум в вухах – 90 (93,7 %), підвищена втомлюваність – 72 (75 %), порушення психоемоційної сфери 65 (67,7 %), зниження апетиту – 54 (56,25 %), схильність до тошноти, болів в животі – 44 (45,8 %), карділгії -37 (38,5%) обстежених дітей. На перших етапах ці скарги розцінювались дільничними лікарями, як наслідок порушення вегетативної нервової системи після перевтоми або перенесенням психічної травми. При об'єктивному обстеженні було встановлено такі симптоми: виражений акроціаноз і мармуровий колір шкіри – 90 (93,7 %), виражений судинний малюнок – 56 (58,3 %), підвищене потовиділення – 47 (48,9 %), червоний дермографізм 40 (41,6 %), підвищена вікова маса тіла -38 (39,5 %), зниження індексу маси тіла нижче 18,5 – 40 (41,6 %), субфебрильна температура тіла в кінці дня 36 (37,5 %), підвищена частота серцевих скорочень -32 (33,3 %) обстежених дітей. Діти, що мали підвищену вікову вагу, любили поїсти наніч, вдень часто перекушували, їли швидко, не пили достатньої кількості води, любили жирну та рафіновану їжу.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИКАРДИТА У ДЕТЕЙ ПРИ ПНЕВМОНИИ

Буряк В.Н., Махмутов Р.Ф., Такташов С.И., Скачкова Л.П.*, Тимановский А.Е.*

г. Донецк

Обследовано 60 детей с реактивным перикардитом на фоне пневмонии в возрасте от 1 до 14 лет. Диагноз реактивный перикардит у всех больных подтвержден на ЭхоКГ. Также обследовано 65 детей аналогичного возраста, больных пневмонией (контрольная группа). Для оценки состояния сердца и кардиогемодинамики использовались инструментальные методы исследования. Посредством ЭКГ изучалось СД и ДД в легочной артерии, проводился фазовый анализ электрического цикла сердца. Кроме того, у всех больных с перикардитом проводилось УЗИ органов брюшной полости, в динамике изучался уровень ЦИК. Реактивный перикардит на фоне пневмонии встречается в 6,2% случаев. Поражение перикарда сочетается с миокардитом у 30,0% детей, реактивным панкреатитом - у 26,7%, плевритом - у 30,0%, полисерозитом - у 8,3%, у 75,0% оно развивалось при двусторонней очаговой пневмонии. У больных с

перикардитом длительно отмечались одышка, тахикардия, цианоз, лихорадка, приглушенность тонов, систолический шум в I и V точках. На ЭКГ у таких больных выявлено смещение интервала ST, уплощение зубца Т, увеличение СП. Нарушения кардиогемодинамики отмечены у 60,0% детей с перикардитом в виде повышения уровня МОК, СИ, КЭЖ, потребления кислорода миокардом, понижения ОПСС и УПСС, наличия функционального напряжения миокарда. В контроле такие изменения отмечены в 21,5% случаев. У больных с перикардитом выявлено стойкое повышение уровня ЦИК, степень которого коррелировала с объемом жидкости в перикардиальной полости, выраженная диспротеинемия. Выявленные изменения показателей кардиогемодинамики, жидкость в полости перикарда, оставались стабильными через 2-3 недели лечения и исчезали не ранее, чем через 3 - 4 месяца.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Буряк В.Н., Пошехонова Ю.В., Ханкевич Н.С., Виховская Н.В.*, Иванцова С.А.*

г. Донецк

Обследовано 134 ребенка с функциональной диспепсией (ФД) в возрасте от 5 до 15 лет, в том числе 64 - с дискинетическим вариантом (ДВФД), 24 - с язвенноподобным (ЯВФД), 46 - с неспецифическим (НВФД), и 30 здоровых сверстников, составивших контрольную группу. Оценка исходного вегетативного тонуса (ИВТ) проводилась на основании клинико-анамнестических данных при помощи таблицы А.М. Вейна. У всех детей с ФД имелись проявления вегетативной дисфункции, характеризовавшиеся повышенным ИВТ симпатического (27,1±1,5 балла, здоровые дети – 17,1±0,9 балла, $p < 0,02$) и парасимпатического отделов ВНС (31,1±1,8 балла, здоровые дети – 12,3±0,6 балла, $p < 0,02$) с доминированием ваготонии (соотношение симпатикотония/ваготония - 0,94±0,18, здоровые дети - 1,31±0,15, $p < 0,05$). Наиболее значительная ваготония (0,85±0,13, $p < 0,05$) была

выявлена у детей с ЯВФД, при котором преобладали такие симптомы вегетативной дисфункции как головокружение, склонность к покраснению, мраморность, непереносимость транспорта, обморочные состояния и приступы затрудненного дыхания. Относительно более значительная симпатикотония (1,04±0,30, $p < 0,4$) на фоне ваготонии наблюдалась у больных ДВФД, клинические проявления которого сопровождалась частым снижением физической активности по утрам, бледностью кожных покровов и зябкостью. Таким образом, вегетативный статус детей с ФД характеризуется повышением ИВТ симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы с преобладанием ваготонии, особенно у больных с ЯВФД, что необходимо учитывать при проведении обследования и коррекции лечения.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА

Буряк В.Н., Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф., Штойко Е.С.

г. Донецк

Нами обследовано 83 ребёнка в возрасте от 11 до 14 лет, страдающих сахарным диабетом первого типа. У всех пациентов имели место про-

явления дискинезии желчевыводящих путей. Кроме того, обследовано 33 практически здоровых ребёнка аналогичного возраста, составивших

группу контроля. У всех обследованных проводилось изучение временных и спектральных показателей variability ритма сердца по данным холтеровского мониторирования в соответствии с рекомендациями комитета экспертов Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии. В результате проведенного обследования у 30% пациентов с дискинезией желчевыводящих путей на фоне сахарного диабета первого типа констатируется эйтония, в 25,2% случаев выявлялось преобладание ваготонии, о чём свидетельствовало достоверное увеличение значений временных показателей, а также увеличение высокочастотных составляющих общего спектра (HF). В 44,8% наблюдениях регистрировалась симпатическая напряженность, при которой временные показатели variability ритма сердца были достоверно снижены, а при спектральном анализе увеличивались значения низких частот (VLF, LF). Средние значения указанных параметров оказались следующими:

SDANN—78,45±3,4; rMSSD—45,6±2,7; pNN50—21,2±1,5; VLF—1959,3±56,1; LF—1761,6±46,2; HF—2703,4±76,9; LF/HF—0,67±0,01. Таким образом, выявленные особенности свидетельствуют, прежде всего, о нарушении вегетативного баланса при развитии дискинезии желчевыводящих путей у детей с сахарным диабетом первого типа. Изменённый вегетативный статус у обсуждаемого контингента больных, вероятно, является причиной нарушения регуляторных механизмов функционирования желчевыводящих путей и способствует формированию их дискинетических расстройств. В генезе дискинезии у пациентов с эйтонией на фоне сахарного диабета, повидимому, участвуют нарушенные механизмы деятельности сегментарных структур, вызванные неудовлетворительным метаболическим контролем. Нарушение variability ритма сердца у пациентов с сахарным диабетом первого типа можно рассматривать как один из предикторов диабетической нейропатии, проявлением которой является дискинезия желчевыводящих путей.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ващенко Л.В., Школьников Я.В., Абатурова Н.И., Порохня Н.Г.

г. Днепропетровск

Актуальность. Нарушение сердечного ритма (НСР) – симптомы проявления почти любого заболевания сердца. Адаптируясь к потребностям растущего организма, ритм сердечной деятельности нарушается при органической, врожденной, функциональной патологии с большим диапазоном прогностической оценки – от функциональных аритмий до жизнеугрожающих. Цель исследования. Выявление частоты и причин нарушения сердечного ритма в спектре кардиальной патологии у детей. Пациенты и методы. Обследовались дети с нарушением ритма сердца, находящиеся на стационарном лечении в кардиоотделении ОДКБ за 2008-2009 гг. Проведен анализ частоты и характера НСР в спектре кардиальной патологии (936 детей до 18 лет). Использовался метод ХМ ЭКГ за 24 часа на аппарате «Кардиотехника -4000». Результаты. В структуре НСР врожденная патология составляет 20,3%. Из них феномен и синдром WPW 13,3%, атриовентрикулярная блокада 2-3 ст – 2,4%, синдром удлиненного интервала Q-T – 0,8%, пароксизмальные наджелудочковые тахикардии – 1,2%.

Приобретенные нарушения сердечного ритма на фоне ВПС, воспалительных изменений миокарда, кардиомиопатий составляют 47,8%. Наиболее часто отмечается синусовая тахикардия – 21,4%. Ваготоническая дисфункция синусового узла (синусовая аритмия, брадикардия, замещающие наджелудочковые ритмы и комплексы, миграция суправентрикулярного водителя ритма, атриовентрикулярная блокада 1 ст, синоатриальная блокада 2 ст - в различных сочетаниях) встречались в 15,3% случаев. Наджелудочковая экстрасистолия составляет 14,3%, желудочковая 9,5%. К идиопатическим нарушениям ритма сердца, выявляемым как случайная находка на ЭКГ у детей, начиная с грудного возраста, относится наджелудочковая и желудочковая парасистолия – 17,5% случаев, среди которой преобладает правожелудочковая парасистолия. Идиопатическая непароксизмальная наджелудочковая тахикардия составляет 1,6%, желудочковая непароксизмальная тахикардия 0,8%. Заключение. Необходимость своевременного и регулярного ЭКГ-скрининга, начиная с периода новорожденности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАВШИХ БАЗОВУЮ ТЕРАПИЮ МЕТОТРЕКСАТОМ

Гармаш О.И., Сколотенко Т.С., Витринская О.Е., Шевлякова Т.В., Афанасова Т.С., Пивнева Н.Г., Пидгайна А.А.

г. Симферополь – г. Евпатория

Дети с ЮРА, получавшие базисную терапию метотрексатом, в недалеком прошлом являлись противопоказанными для лечения на курорте. Однако, в настоящее время все больше детей, получавших метотрексат, поступают в санаторий. Поэтому целью работы был анализ результатов санаторно-курортного лечения детей, получавших в качестве базисной терапии метотрексат. Проведен анализ историй болезни 39 детей с ЮРА, находящихся на санаторно-курортном лечении в санатории «Здравница», которые в качестве базисной терапии получали метотрексат. Из 39 детей девочек 20, мальчиков 19. Преобладали дети младшего школьного возраста (16 чел.), от 10 до 14 лет наблюдалось 14 чел, старше 14 лет 8 чел. Суставная форма заболевания наблюдалась большинству больных (36 чел.), в том числе увеит определялся у 5 больных, системная форма заболевания у 3-х больных. При поступлении в санаторий минимальная активность воспалительного процесса отмечалась у 27 больных, умеренная у 9 человек, фаза ремиссии заболевания у 2-х человек. Течение болезни у большинства больных характеризовалось как медленно прогрессирующее (29 чел.), быстро прогрессирующее -10 чел. В большинстве случаев наблюдалось множественное поражение суставов (30 чел.), олигоартрит – 9 чел. Функция суставов была нарушена у 21 ребенка, при этом функциональная недостаточность 2а степени выявлена у 17 детей, 2б у 4-х детей. Рентгенографические изменения 3-4 стадии наблюдались у 4-х больных. Ревматоидный фактор был положителен у 5 детей. К моменту поступления в санаторий длительность заболевания была до 3-х лет у 12 больных, от 3 –х до 5-лет у 8 больных, свыше 5 лет у 15 больных. Четверо детей болели более 10 лет. При поступлении в санаторий выявлены сопутствующие заболевания: нарушение осанки (29 чел.), хронический тонзиллит (16 чел.), хронический фарингит (15 чел.), дискинезия желчевыводящих путей (6 чел.), гиперплазия щитовидной железы (6 чел.), энтеробиоз (5 чел.). До начала санаторно-курортного лечения основной жалобой были артралгии разной степени выраженности (21 чел.). Утреннюю скованность продолжительностью от нескольких минут до 1 часа отмечали 15 больных. Лечение метотрексатом получали до 1 года – 17 больных, от 2-х до 4-х лет – 22 больных. Кроме артралгий дети также жаловались на слабость (8 чел.), головную боль (6 чел.). При осмотре характер преобладающих изменений в суставах определялся как пролиферативный у 17 больных, пролиферативно-фиброзный у 17 больных, экссудативно-пролиферативный у 5 чел. Ограничение объема движений у 26 больных, при этом контрактуры в суставах наблюдались у 4-х больных. Полилимфоаденопатия выявлена у 8 боль-

ных, отставание физического развития у 3-х больных, гирсутизм у 2 больных, кушингоид у 3-х больных. По данным лабораторного обследования увеличение СОЭ регистрировали у половины больных, снижение альбуминовых белков, повышение α_2 и γ -глобулинов в сыворотке крови у трети больных. Комплекс санаторно-курортного лечения включал климатолечение, лечебную физкультуру, массаж пораженных конечностей, разработку суставов. В качестве лечебного природного фактора лишь у четырех больных применяли хлоридные натриевые ванны с температурой воды 37-38°C, длительностью процедуры 8-10 минут, на курс 8-10 процедур. Электрофорез рапы на область пораженных суставов в качестве основного природного лечебного фактора использовали у 9 человек. Из физиотерапевтических факторов чаще назначали лазеротерапию (23 чел.), магнитотерапию (11 чел.), СМТ- терапию (9 чел.), ДМВ- терапию (6 чел.), фонофорез с гидрокортизоном (6 чел.). Горячие укутывания с последующей разработкой суставов получали 6 больных с контрактурами. В комплекс лечения включали компрессы с ДМСО (16 чел.). Санация зева и носа проведена 33 больным. Из медикаментозных препаратов наряду с метотрексатом все дети получали фолиевую кислоту, нестероидные противовоспалительные средства во время пребывания в санатории назначались 14 больным. В конце курса санаторно-курортного лечения значительно уменьшилось число детей с жалобами на артралгии, боли в суставах беспокоили только 5 детей, кратковременную утреннюю скованность отмечали только 2 ребенка, улучшилось самочувствие детей, при этом жалобы на слабость, головные боли отсутствовали. Увеличился объем движений в суставах у 5 больных. Уменьшились контрактуры у 3-х больных. После лечения уровень СОЭ остался повышенным у трети больных, снижение уровня альбуминовых белков и повышение α_2 глобулинов сохранялось у 8 больных. В процессе санаторно-курортного лечения бальнеореакция наблюдалась у 2-х больных, интеркуррентные заболевания перенесли 10 больных. Выписаны из санатория с улучшением 36 детей, с незначительным -2 ребенка, один ребенок уехал из санатория без перемен. Таким образом, несмотря на тяжесть исследуемой группы можно отметить клинико-лабораторное улучшение после курса санаторно-курортного лечения детей, получающих во время пребывания в санатории базовую терапию метотрексатом. Настораживает большое количество детей, перенесших интеркуррентные инфекции, что можно расценить как срыв адаптационно-компенсаторных механизмов, что обуславливает необходимость коррекции курса санаторно-курортного лечения для этой категории больных.

Дружина О.В.

м. Київ

Кардіальна патологія є досить серйозною й актуальною проблемою неонатології. Вона може зумовлювати серцево-судинну патологію дітей старшого віку та дорослих і має важливе медичне і соціальне значення. Серцево-судинна система як універсальний індикатор всіх патологічних процесів чітко і тонко відображає стан регуляторних механізмів й адаптивні можливості організму. Гемолітична хвороба є одним з поширених захворювань неонатального періоду. В структурі перинатальної захворюваності і смертності ГХ складає відповідно 0,34% і 0,05%. Летальність при ГХ складає 10% Основними ланками патофізіологічних змін при ГХ є непряма гіпербілірубінемія та анемія, що обумовлені гемолізом еритроцитів. Непрямий білірубін, що є ліпотропною речовиною, у великих концентраціях в крові має прямий токсичний тканинний ефект на серце. При концентрації НБ 171 мкмоль/л відмічається зниження засвоєння кисня на 30% тканинами головного і спинного мозку, нирок, печінки і наднирників. Розвивається білірубінова анемія. Наслідком чого є енергетичний дисбаланс і лімітоване функціонування енергозалежних процесів життєдіяльності клітини, в тому числі синтез протеїнів, що безпосередньо приймають участь в скороченні серцевого м'язу (тропонін). Пошкоджується ферментна система катіонного транспорту, що, в свою чергу змінює розслаблення міофібрил та знижує діастолічну релаксацію міокарда. При гіпоксії в міокарді порушується карнітинзалежний метаболізм жирних кислот з накопиченням вільних жирних кислот і недоокислених метаболітів - довгланцогових ацилкоензима А і ацилкарнітина. Накопичення довгланцогового ацилКоА викликає енергодефіцитний стан в результаті пригнічення аденинуклеотидтранслокази, що переносить синтезований АТФ з мітохондрій в інші структури клітини. Довгланцоговий ацилкарнітин пригнічує активність мікросомальної Na^+ K^+ -АТФази, пошкоджує активність Ca^{2+} -насоса в саркоплазматичному ретикулумі, посилює вивільнення Ca^{2+} з депо в цитоплазму, гальмує Na^+ K^+ -обмін. Метою проведеної роботи було вивчення особливостей стану метаболічних процесів у міокарді у новонароджених за допомогою лабораторних методів дослідження (тропоніну, МВ-КФК, ЛДГ1) в залежності від ступеня тяжкості гемолітичної хвороби. В дослідження було включено 46 дітей віком від 1 доби до 1 місяця (24 хлопчики і 22 дівчинки), що перенесли гемо-

літичну хворобу в неонатальному періоді. В розподілі дітей за ступенем тяжкості використовувалися критерії ступеня важкості ГХ (Сидельникова В.М., Антонов А.Г., 2004 р.). Визначення загальної активності КФК-МВ та ЛДГ проводили за методикою фірми «Labsystems» (Фінляндія) на апараті «FP-900», що є напівавтоматичним біохімічним аналізатором. ЛДГ - метод: ферментативний, ультрафіолетовий, кінетичний, базується на рекомендаціях ІФСС (оптимізовано у відповідності до ECCLS стандартного методу). КФК-МВ - метод: іммуно-пригнічення, ферментативний, ультрафіолетовий, кінетичний. Визначення специфічного кардіального тропоніну Т здійснювалося кількісним імунологічним методом з використанням приладу Кардіак Рідер фірми Roche Diagnostics (Німеччина). Усіх новонароджених було обстежено в динаміці: ранній неонатальний період, 10-14 доба, кінець її у віці 1 місяця. Результати: підвищення активності специфічних маркерів пошкодження міокарду (МВ-КФК та ЛДГ) в сироватці крові відмічалось в залежності від тяжкості гемолітичної хвороби. Так, найвищі показники активності ферментів (МВ-КФК- $54\pm 6,2$, ЛДГ- $1148\pm 138,5$) були виявлені у 2 дітей, які перенесли тяжку гемолітичну хворобу у ранньому неонатальному періоді. Ці зміни утримувалися до 14 доби та не досягали повної нормалізації у віці 1 місяця. У 12 новонароджених з перебігом гемолітичної хвороби середньої тяжкості рівень цих показників не так значно перевищував вікові норми (МВ-КФК- $36\pm 4,8$, ЛДГ- $880\pm 27,4$) та досягав її у віці 1 місяця, а 32 діти з легким перебігом хвороби мали незначно підвищені рівні активності ферментів (МВ-КФК- $28\pm 1,1$, ЛДГ- $726\pm 28,3$), що нормалізувалися вже на 14 добу. Не знайдено підвищення тропоніну Т в жодному випадку дослідження, що свідчить про відсутність глибокого пошкодження кардіоміоцитів. Таким чином підвищений рівень активності органоспецифічних ферментів креатинкінази та лактатдегідрогенази прямо пропорційно відображає глибину метаболічних порушень у міокарді в залежності від ступеня тяжкості гемолітичної хвороби. Отже, в неонатальному періоді необхідно проводити фармакологічну корекцію зазначених відхилень з боку серцево-судинної системи. Однак, на жаль, патогенетична терапія, спрямована на відновлення біоенергетичного потенціалу міокардіоцита у новонароджених з ГХ до тепер не розроблена. Її розробка та впровадження в практику сучасної неонатології та педіатрії є актуальним завданням сьогодення.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ СУЛЬФАСАЛАЗИНУ В ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Дудник В.М.

м. Вінниця

Центральне місце в проблемі ЮРА займають питання фармакотерапії, від своєчасності та адекватності якої залежить прогноз захворювання і фактично вся подальша доля дитини. Частина ревматологів для початку „базисної“ терапії віддає перевагу саме сульфасалазину, ефективність якого, особливо у пацієнтів з „раннім“ ревматоїдним артритом, та відносна безпечність доведено в багатьох дослідженнях. З метою оптимізації індивідуальної терапії сульфасалазину при ЮРА вивчається вплив поліморфізму по N-ацетилтрансферазі 2 (NAT2) на його фармакокінетику, ефективність лікування і розвиток побічних ускладнень. N-ацетилтрансфераза 2 (NAT2) є ключовим ферментом ацетилювання сульфасалазину. На сьогодні ще немає єдиної думки дослідників щодо залежності розвитку побічних реакцій сульфасалазину при лікуванні ревматоїдного артриту від типу ацетилювання. Мета роботи: на основі оцінки процесів ацетилювання визначити ефективність та безпечність базисної терапії сульфасалазином у дітей, хворих на ЮРА. Нами обстежено 41 дітей з ЮРА віком від 3 до 18 років, які впродовж 6 місяців отримували в якості базисної фармакотерапії сульфасалазин. На початку лікування ЮРА всім дітям застосовувався диклофенак натрію в добовій дозі 2-3 мг/кг, а також глюкокортикостероїди - преднізолон в дозі 5-10 мг/добу. Серед клінічних критеріїв ефективності лікування контролювали динаміку загального стану здоров'я, шкали активності хвороби, показників Стенфордської анкети оцінки здоров'я, модифікованої для дитячого віку (HAQ) та загальноприйнятій критеріїв ефективності лікування хворих на ЮРА – критеріїв американської колегії ревматологів АКР-20 та АКР-50. При аналізі динаміки стану хворих на ЮРА в процесі фармакотерапії з застосуванням сульфасалазину помічено, що по всій групі пацієнтів з ЮРА вже на першому місяці фармакотерапії відбувається помірне, але вірогідне зменшення не лише вранішньої скруті, кількості болісних та набряклих суглобів, індексу Річі,

але й об'єктивна стагнація вісцеральних проявів. На третьому місяці лікування динаміка цих показників стає ще помітнішою, однак найбільш ефект від лікування проявився на 6 місяці фармакотерапії, коли вранішня скрутість у хворих зменшилась на $58,5\pm 4,33\%$, кількість болісних суглобів - на $69,4\pm 5,08\%$, набряклих суглобів - на $71,7\pm 5,38\%$, суглобового індексу Річі - на $69,7\pm 4,13\%$. Діти, хворі на ЮРА, чітко розділялись за фенотипом ацетилювання сульфадимезину. Динаміка вранішньої скрутість у повільних ацетиляторів становила $76,7\%$, у швидких - $46,4\%$, а у проміжних - $49,7\%$. Подібний висновок стосується динаміки інших клінічних АКР критеріїв. Частота небажаних ефектів лікування також залежала від фенотипу ацетилювання. Дослідження показали, що в цілому найбільша частота побічних ефектів спостерігається у повільних ацетиляторів. В першу чергу це стосується диспепсичних розладів, гіпертензії, головного болю та мієлосупресії. Так, протягом 6 місяців лікування у порівнянні з групою швидких ацетиляторів, частота нудоти, абдомінального болю, діареї у повільних ацетиляторів була на $33,3\%$, $27,1\%$, $4,17\%$, відповідно, більша. Частота гіпертензії, головного болю та мієлосупресії була більша також у повільних ацетиляторів, відповідно, на $29,2\%$, $31,3\%$ і $20,8\%$. В результаті наших спостережень отримані докази переваги повільного типу ацетилювання щодо ефективності лікування сульфасалазином та виникнення небажаних ефектів, підтверджені найбільш вагомими клінічними та лабораторними показниками активності захворювання. Фенотип ацетилювання суттєво впливає на результати базисної терапії сульфасалазином і виникнення небажаних ефектів. Зокрема, частка повних респондерів (на рівні критеріїв АКР-50) у дітей з повільним фенотипом ацетилювання складає $87,5\%$, тоді як серед швидких ацетиляторів лише $41,7\%$. Однак у повільних ацетиляторів значно частіше (в 1,5–4,5 рази) розвиваються ускладнення фармакотерапії.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Дука Е.Д., Иванусь С.Г., Баралей Т.В.

г. Днепропетровск

Высокий рост сердечно-сосудистых заболеваний, в структуре которых лидирующее значение занимает артериальная гипертензия (АГ), вызывает тревогу не только у кардиологов, но и врачей других специальностей. А поскольку истоки данного заболевания находятся в детском возрасте, перед нами стоит задача вовремя диагностировать первые симптомы заболевания и своевременно принять лечебно-

профилактические меры. Нами обследовано 127 пациентов в возрасте 11-18 лет, у которых амбулаторно была выявлена АГ. У обследованных детей была исключена органическая патология мочевыделительной, эндокринной, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Всем проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) монитором «Кардиотехника-4000АД» («Инкарт»,

Россия). Проведенное исследование показало, что чаще регистрируется стабильная форма систолической АГ, которая составила 52,7% с концентрацией в подростковом периоде (16-18 лет). Лабильная форма диагностировалась у 45,7% детей, чаще в препубертатном периоде. Распространенность стабильной систоло-диастолической формы АГ составила 1,6% и встречалась, в основном, у старшеклассников. Особенностью АГ сегодняшнего дня является рост эссенциальных форм с поражением органов-мишеней. По данным нашего отделения у 22,8% детей имело место «гипертензивное сердце», что говорит о структурно-функциональной перестройке миокарда с развитием диа-

столической дисфункции, формированием гипертрофии (рост массы миокарда ЛЖ и индекса массы миокарда ЛЖ) и дилатации левых отделов сердца. Стабильная форма АГ имеет тенденцию к распространению у подростков с избыточной массой тела и ожирением (58,8%). Полученные нами данные диктуют необходимость тщательного наблюдения за данной категорией детей, мониторинга АД, маркеров метаболического синдрома, морфо-функциональных параметров сердца, проведения немедикаментозной профилактики и адекватной терапии, как залога снижения кардиоваскулярной патологии в зрелом возрасте.

КОМПЛЕКСНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дука Е.Д., Ивануш С.Г., Дьяченко С.В.

г. Днепропетровск

В начальных стадиях артериальной гипертензии (АГ) преимущество отдается немедикаментозным методам терапии, включающим режимные мероприятия, диетическое питание, физиотерапевтические методы воздействия, лечебную физкультуру (ЛФК), массаж, арома- и психотерапию и т.д. Нами разработан реабилитационный комплекс для детей и подростков с повышенным АД, в состав которого входит аппаратная физиотерапия, групповые и индивидуальные занятия ЛФК, массаж шейно-воротниковой и паравертебральной зон. Индивидуальный специальный комплекс лечебных упражнений на начальном этапе состоял из упражнений, устраняющих чрезмерное напряжение мышц, позже подключались динамические циклические упражнения (ходьба). Постепенно увеличивалась продолжительность занятий от 15-20 мин. до 30-40 мин. По мере повышения устойчивости к физическим нагрузкам, определяемой функциональными пробами, вводились упражнения для различных мышечных групп в изо-

тоническом режиме и чередовании с их релаксацией и дыхательными упражнениями. В дальнейшем добавлялись тренировки на велотренажере с равномерным увеличением нагрузки, включался комплекс «йога в динамике для позвоночника». Перед окончанием занятия проводилась релаксация. За текущий год комплексную реабилитацию получили 98 подростков с АГ, из них мальчиков 60% (61 чел.), девочек 40% (37 чел.) в возрасте 12-18 лет. Положительная динамика отмечалась у 70 человек (71,4%), что проявилось стойким снижением АД, исчезновением (в 37% случаев) и уменьшением (в 84,7% случаев) головных болей, исчезновением головокружений и увеличением толерантности к физическим нагрузкам. Таким образом, использование индивидуальных программ немедикаментозной терапии совместно с традиционным лечением повышает его эффективность у больных с АГ и в начальных стадиях болезни позволяет добиться стойкости ремиссии, а в некоторых случаях избежать антигипертензивной терапии.

КОМПЛЕКСНОЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСТРАКТА РАПАНЫ С БОЯРЫШНИКОМ

Елисеева Л.В., Курганова А.В., Татаурова В.П., Гаврилова О.Ф., Хилько С.К., Баландина В.Н.

г. Евпатория

Проблема оздоровления и восстановительного лечения больных хроническим тонзиллитом (ХТ) является одной из актуальных в связи со значительной распространённостью заболевания среди детей (12-15%), и является одним из самых часто встречаемых заболеваний верхних дыхательных путей. Инфекция в небных миндалинах часто является пусковым механизмом для патологических изменений сердечно-сосудистой системы. В структуре детей, поступающих на санаторно-курортное лечение, больные ХТ составляют до 40%. По данным различных авторов, у половины детей с ХТ, (по данным ЭКГ), выявляются нарушения процессов реполяризации, а у трети нарушения проводимости. Поэтому разработка новых, более адекватных методов коррекции имеющихся нарушений у детей с ХТ, является актуальной задачей курортного этапа. Учитывая регулирующее воздействие пищевой добавки флабимолл, изготовленной из рапаны и экстракта плодов боярышника, обладающей адаптогенными и антиоксидантными свойствами на организм детей, нами было проведено изучение динамики показателей состояния здоровья 70 детей с ХТ в возрасте 10-15 лет, получивших в комплексе санаторно-курортного лечения эту добавку. При поступлении в санаторий, наряду с клиническими методами обследования, изучались показатели ЭКГ, КИГ, РЭГ, спектрального анализа ритма сердца, проводились психологические тесты, а также были проведены иммунобиохимические исследования крови (содержание ПОЛ и АОЗ в сыворотке крови, определение IgA в слюне) Наблюдаемые дети были распределены на две группы: основную (I)-50 детей и сравнительную (II)-20 детей. Основная (I) группа детей получала внутрь в течение 10 дней экстракт из рапаны с боярышником в суточной дозе из расчёта 0,2г на кг массы тела (в среднем 10-12г), который принимался 1 раз в сутки перед обедом. Сравнительная-контрольная группа детей (II) получала аналогичный комплекс санаторно-курортного лечения, но без применения пищевой

добавки. Под влиянием комплексного санаторно-курортного лечения с применением пищевой добавки флабимолл, отмечена более выраженная положительная динамика клинико-функциональных и иммунобиохимических показателей по сравнению с детьми сравнительной группы. У детей основной группы отмечено уменьшение общего количества жалоб в 2,3 раза; на кардиалгии в 3 раза, на утомляемость в 2,3 раза. В сравнительной группе снижение количества жалоб общего характера было менее выраженным (в 1,8 раза); снижение жалоб на кардиалгии в 1,4 раза, на утомляемость в 1,7 раза. Только в основной группе детей отмечено улучшение показателей ЭКГ с уменьшением частоты нарушений внутрижелудочковой проводимости и частоты нарушений процессов реполяризации задней стенки левого желудочка. По данным спектрального анализа ритма сердца под влиянием комплексной терапии с флабимоллом, на фоне достоверно выраженной активации показателя вегетативного равновесия, отмечено усиление активности регуляции кровообращения на фоне устойчивых величин других показателей вегетативной регуляции (вегетостабилизирующий эффект). По данным реоэнцефалографии у детей этой группы отмечена также благоприятная динамика показателей полушарного кровенаполнения и тонуса сосудов. Динамика показателей состояния моноцитарно-макрофагального звена защиты, системе местного иммунитета (IgA) также имели тенденцию к нормализации. Определено снижение активности свободнорадикальных процессов и активизации процессов антиоксидантной защиты. По результатам психологического обследования у детей основной группы, в отличие от сравнительной, отмечена достоверная динамика роста показателей интереса к жизни и комфорта. Таким образом, применение препарата флабимолла оказывало более выраженный терапевтический эффект, что позволяет рекомендовать его для использования в комплексе санаторно-курортного лечения.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ г. ЗАПОРОЖЬЯ

Жиленко И.А., Недельская С.Н., Лютикова Г.В., Бессикало Т.Г., Мазур В.И., Солодова И.В., Кляцкая Л.И., Шумная Т.Е., Мережко А.С., Шапран А.В., Долженко Н.А.

г. Запорожье

За последнее десятилетие отмечена тенденция нарастания различных форм аритмий, в том числе и сложных нарушений ритма у детей как с органическими заболеваниями сердца, так и при функциональных или вегетативных дисфункциях у детей. В 2009 году проведено 24-часовое Холтеровское мониторирование у 158 пациентов в возрасте 1 - 18 (М 11±6,5) лет, 89-девочек и у 71 мальчика на аппарате «КардиоСенс» ХАИ Медика в 5 ГДКМБ г. Запорожья. В 98 % случаев выявлены различные нарушения ритма: тахи-бради аритмии у 19 % исследуемых, суправентрикулярные пароксизмальные тахикардии (ПТ) - в 35 (22 %) случаях, желудочковые ПТ - у 5 (3 %) больных. У 125 детей выявлены сложные нарушения ритма, представленные суправентрикулярными ЭС (одиночными, групповыми ЭС, аллорит-

миями) у 76 (48 %) пациентов, желудочковые ЭС - у 72 (46 %) исследуемых детей. Синдром удлинённого интервала QT (СУИQT) диагностирован у 15% детей с тахикармиями и расценен как предиктор развития жизнеугрожающих форм аритмий у детей. В 13% случаев выявлен сниженный циркадный индекс (ЦИ) < 1,2, свидетельствующий о вегетативной денервации сердца. Клиническое обследование детей только в 28 % случаев установило органическую природу возникновения аритмий; причина остальных клинических вариантов - вегетативная дисфункция (70 %), генетически детерминированные аритмии или эктопатология, что требует дальнейшего углубленного изучения, учитывая тенденции роста и серьезность прогноза для жизни.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ивановский С.В., Иванова М.В., Требушенко С.Ю.

г. Симферополь

Терапия ревматоидного артрита у детей является достаточно актуальной и сложной проблемой. Несмотря на достигнутые успехи в лечении данного заболевания, остается высоким процентом инвалидизации данной группы больных. Целью нашего исследования было оценить отдаленные результаты пульс-терапии у детей при различных комбинациях базисной и системной гормональной терапии. Материалы и методы. Нами был изучен катамнез 60-ти детей с ювенильным ревматоидным артритом, который дебютировал в возрасте до 10 лет. Был проведен непосредственно осмотр наблюдаемых пациентов, а также проанализированы их истории болезни и амбулаторные карты за период от дебюта заболевания до настоящего времени. Больные были распределены на следующие группы: 6 больных с суставной формой, полиартикулярным вариантом, которым применялась пульс-терапия без последующей системной гормональной терапии; 2 больных с суставно-висцеральной формой, которым применялась пульс-терапия без последующей системной гормональной терапии; 6 больных с суставно-висцеральной формой, которым применялась пульс-терапия с последующей системной гормональной терапией длительностью до 6 лет; 46 больных получавших терапию только базисными

препаратами. Во всех группах больных отслеживалась динамика физического развития и её соответствие центильным показателям (с учетом роста родителей), количество деформирующих артрозов, контрактур, и амиотрофий, процент инвалидизации. Обсуждение. В результате проведенного анализа нами обнаружено, что больные получавшие пульс-терапию без последующей системной гормональной терапии по своим массо-ростовым показателям не отличались от группы больных, получавших исключительно базисную терапию, при меньшем проценте контрактур, амиотрофий и асептических некрозов головки бедра. В группе больных, получавших пульс-терапию с последующей гормональной терапией при дозах не более 0,5 мг/кг и длительностью непрерывной гормональной терапии не более 6 мес., нами не были получены данные, которые указывали бы на отставание данной группы детей в физическом развитии и увеличение процента ортопедической патологии. Выводы. Полученные данные позволяют сделать заключение, что пульс-терапия при адекватной базисной терапии не оказывает негативного влияния на физическое развитие детей, снижая процент развития ортопедической патологии и как следствие, инвалидизации больных.

СИНДРОМ «НЕКОМПАКТНОГО» МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ У ДЕТЕЙ

Иванусь С.Г., Баралей Т.В.

г. Днепропетровск

Синдром «noncompaction» - некомпактный миокард желудочков стал известен сравнительно недавно и относится к неклассифицированной кардиомиопатии. Частота данной патологии невысока, описаны семейные и спорадические случаи болезни. Noncompaction миокарда может иметь характер изолированной патологии (левожелудочковая, право-желудочковая) или сочетанной (с врожденными пороками сердца, нейромышечными заболеваниями). Наше отделение располагает опытом наблюдения за четырьмя детьми раннего возраста (1 месяц-5 месяцев), которым в результате обследования и наблюдения был выставлен диагноз «некомпактный» миокард левого желудочка (ЛЖ). У 3 детей в клинической картине заболевания отмечались симптомы тотальной сердечной недостаточности (кардиомегалия, одышка, тахикардия, отечный синдром). В одном случае имеет место бессимптомный вариант течения (второй ребенок из семьи, где имел место случай смерти от данного заболевания). На доплероэхоКГ выявлена гипертрофия ЛЖ,

«губчатый» миокард ЛЖ, неравномерное утолщение и гиперкинезия желудочков, снижение сократительной способности ЛЖ (ФВ=23-45%). ЭКГ- исследование малоинформативно и выявляло следующие изменения: отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии ЛЖ, нарушение реполяризации желудочков, изменение конечной части желудочкового комплекса, НБПНПГ. Несмотря на проводимую комплексную терапию недостаточности кровообращения (дигоксин, каптоприл, диуретики) в ходе наблюдения отмечалась отрицательная динамика состояния, ухудшение эхокардиографических показателей. Двое детей погибли в возрасте 5 месяцев от рефрактерной сердечно-легочной недостаточности. Таким образом, синдром «некомпактного» миокарда труден для диагностики из-за редкости патологии, имеет неблагоприятный прогноз для пациентов, что требует необходимости повышения информированности врачей относительно данной патологии и более широкого использования рутинного ЭхоКГ-обследования.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЮРА

Каладзе Н.Н., Меметова. Э.Я.

г. Симферополь

Увеличение заболеваемости аутоиммунными поражениями в целом привело к росту частоты заболеваемости ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА). Заболевание является одним из частых инвалидизирующих ревматических заболеваний, которое встречается у детей. Сложный патогенез ЮРА обусловлен совокупностью различных механизмов специфического и неспецифического характера. В настоящее время ЮРА рассматривается как генетически детерминированное заболевание с полигенным типом наследования, основным механизмом которого являются иммунологические нарушения. В основе развития данного заболевания лежит как активация клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета. Вместе с тем, наряду с иммунологическими признается и значительная роль не иммунных механизмов развития ЮРА: нервно-психических, гормональных. Известно, что тимус является уникальным комплексным органом нейроэндокринной и иммунной системы, способным продуцировать различные биологически активные вещества, играющие главную роль не только в иммунологических, но и во многих других физиологических процессах. Структурные изменения ткани вилочковой железы, происходящие в результате воспалительных процессов, могут негативно сказываться на ее функциях. Проведенный нами поиск показал, что в литературе данный вопрос не освещен. В настоящее время спиральная компьютерная томография (СКТ) является наиболее современным, а также одним из самых информативных методов лучевой диагностики большинства заболеваний, это широко используемый неинвазивный, безболезненный метод обследования. В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение структурных изменений тимуса, на основании проведения КТ у больных ЮРА, в зависимости от формы и длительности заболевания. Нами было обследовано 16 пациентов, в возрасте от 7 до 16 лет, страдающих суставной и суставно-висцеральной формой ЮРА с различной длитель-

ностью заболевания, находившихся в стадии ремиссии. Обследование детей включало стандартные клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования. Все дети были разделены на группы в зависимости от формы и длительности заболевания. На момент осмотра в соответствии с классификацией ЮРА, суставная форма болезни отмечалась у 10 (62,5%), суставно-висцеральная у 6-х (37,5%). Длительность заболевания до 1 года отмечалась у 2-х (12,5%) детей с суставной формой, у 1-го (6,25%) с суставно-висцеральной формой заболевания, от 1 до 3-х лет наблюдалась у 3-х (18,75%) с суставной и у 2-х(12,5%) с суставно-висцеральной формой, длительность более 3х лет была у 5 (31,25%) детей с суставной формой и у 3-х (18,75%) с суставно-висцеральной формой ЮРА. Для оценки структурного состояния вилочковой железы всем детям была проведена спиральная компьютерная томография грудной клетки в в/в контрастированием. У детей с суставной и суставно-висцеральной формой ЮРА, длительностью заболевания до 1года и от 1 до 3-х лет, а также у детей с суставной формой с длительностью более 3-х лет, на КТ вилочковая железа правильной формы, с ровными контурами и однородной структурой, со средним размером, плотностью 35 Ед.Н, что соответствовало возрастной норме. У 3-х (18,7%) пациентов с длительностью заболевания более 3-х лет и суставно-висцеральной формой на КТ визуализировалась вилочковая железа правильной формы с несколько уменьшенными размерами, плотностью 50 Ед. Н, при норме 40, что свидетельствовало об атрофических изменениях ткани органа. Таким образом, в результате проведенного обследования, выявлено, что атрофические изменения в тимусе начинали развиваться при длительности заболевания более 3-х лет и у детей с суставно-висцеральной формой. Из этого следует, что аутоиммунное воспаление при ЮРА ускоряет развитие атрофии ткани вилочковой железы, следствием чего являются стойкие изменения клеточного иммунитета.

ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ В СЕРЦІ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА НАВАНТАЖЕННЯ ПІД КОНТРОЛЕМ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ

Кобець Т.В., Кузьменко Т.В., Лебідь І.Г., Острівська Л.Р., Свтушенко Н.В., Асанова Л.К.

г. Симферополь

Гемодинамічна адаптація, що виникає при кардіоциркуляторній патології, а також після корекції вроджених аномалій серця представляє вироблення компромісу між серцевим викидом, який забезпечує системний кровотік і метаболічними потребами організму пацієнта. Об'єктивна оцінка стану серцево-судинної системи (ССС) у дітей, як в нормі, так і при патології, представляє собою складне завдання. Додаткові методи інструментальної оцінки ССС широко використовуються для оцінки ступеня таких змін у серці. Основне місце традиційно займає проба з фізичним навантаженням. Існує кілька різновидів цієї проби: велоергометрія (ВЕМ), тредмил тест, проба Майстра, Гарвардський степ тест і т.д. Незважаючи на значні переваги в оцінці адаптаційних процесів ССС ВЕМ та тредмил тестів у дорослих, в педіатричній практиці є свої суперечливі моменти та технічні складнощі. Нами розроблено алгоритм, при якому пацієнтові виконують пробу з дозованим фізичним навантаженням - проба Мастера, в модифікації Аронова Д.М., шляхом проведення дітям і підліткам зростаючих навантажень із заданою потужністю, з застосуванням сходинки, використовуючи формули, для розрахунку заданої потужності ($W = p \cdot h \cdot n \cdot 1,33$), реєстрації ЕКГ, у 12 відведень та аналізі змін до навантаження і в різні терміни після навантаження. У запропонованому способі оцінки адаптації ССС на навантаження у дітей,

проводять додатково ехокардіографічне дослідження (ЕхоКГ) з оцінкою кінцеводіастолічного, кінцевосistolічного об'ємів лівого шлуночка (ЛШ), фракції викиду ЛШ, ударного та хвилинного об'ємів обох шлуночків. Розраховують кінцевий діастолічний і кінцевий систолічний (КСЛЖ) індекси ЛШ. Визначають гемодинамічні параметри на клапанах магістральних судин, ступеня регургітації на атріовентрикулярних і полулуних клапанах серця, тиску в легеневій артерії. Новим є те, що оцінка даних параметрів проводиться у дітей та підлітків, реєстрація ЕхоКГ параметрів проводиться в спокої до і після навантаження. Метод стандартизованої проби з дозованим фізичним навантаженням і додатковим проведенням ЕхоКГ є високо інформативним безпечним і зручним методом оцінки змін серцевої гемодинаміки у дітей і підлітків у нормі і при патології. Запропонований алгоритм дозволить стандартизувати оцінку загальної фізичної працездатності дитини і підлітка, ступеня його тренуваності і гемодинамічної реакції, на навантаження. Відносна простота способу оцінки адаптації ССС на навантаження у дітей за допомогою запропонованої методики дозволяє проводити розрахунок критеріїв змін в серці та магістральних судинах навіть дослідникам з невеликим клінічним досвідом, який також позитивно впливає на точність, і достовірність результатів дослідження.

АНАЛІЗ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ ІЗ ОЗНАКАМИ КАРДІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Колобакіна Л.В., Власова О.В., Стринадко М.М., Горохова Г.С.

м. Чернівці

Серцево-судинні порушення, які включають вроджені вади серця та серцеві дизритмії, впливають на показники неонатальної та малюкової захворюваності та смертності. Зазначена патологія є однією з найчастіших причин невідкладних станів у неонатальному періоді і має тенденцію до зростання. У зв'язку з цим метою роботи було проведення аналізу надання допомоги новонародженим із вродженими вадами серця та дизритміями в умовах відділення інтенсивної терапії новонароджених ОДКЛ № 1 впродовж останніх двох років. Із 486 немовлят, госпіталізованих до відділення у зв'язку з ознаками порушення функції серцево-судинної системи, у 14 (2,9%) дітей першочерговим було розпізнавання гемодинамічно-небезпечних вроджених вад серця, а у двох - проведення лікувально-діагностичних заходів при дизритміях. У 64,2% випадків новонароджені поступали у відділення на першому тижні життя, причому кожна третя дитина поступила на першу добу життя. Частка хлопчиків становила 64,2%, всі діти були доношені. Серед обстежених матерів хворих новонароджених патологія серця у плода пренатально діагностована лише у однієї дитини у 32 тижні вагітності. При аналізі даних анамнезу відмічено, що вагітність мала ускладнений перебіг майже у всіх матерів. Зокрема, в кожній другій жінки під час вагітності мали місце анемія та загроза викидня, а в решті діагностовано захворювання щитовидної залози, хронічний пієлонефрит та TORCH-інфекції. Середня оцінка за шкалою Апгар в обстежених новонароджених сягала в середньому 7,8 бали на першій хвилині та 8,3 бали на п'ятій хвилині життя. Лише одна дитина народилася в асфіксії помірного ступеня тяжкості та потребувала проведення первинної реанімаційної допомоги після народження. Слід зауважити, що у 71,4% випадків вроджену ваду

серця запідозрили при поступленні до ВІТН та у 100% випадків встановлено діагноз дизритмії - надшлуночкової пароксизмальної тахікардії у двох немовлят. Вихідний рівень порушення загального стану при надходженні до стаціонару у 57,1% випадків оцінювався як тяжкий, а у 14,2% - як вкрай тяжкий. Двоє дітей поступило з ознаками кардіогенного шоку. Серед клінічних ознак відмічалися ознаки порушення периферичної гемодинаміки та дихальний дистрес, неврологічна симптоматика у вигляді неспокою, що змінювався млявістю, відмовою від їжі. У 14,2% випадків траплявся ціаноз за центральним типом, та у клінічній картині домінували ознаки гемодинамічної нестабільності та дихальні порушення, частота серцевих скорочень коливалася від 220 до 300 ударів за хвилину. При проведенні ЕКГ-дослідження в однієї дитини діагностовано WPW-синдром. У 50,3% випадків у дітей із вродженими вадами розвитку серця були діагностовані дуктус-залежні вади, що потребувало введення альпростадилу разом і підтримкою вітальних функцій. У 50,7% випадків проводилося лікування застійної серцевої недостатності, що включало введення препаратів позитивної інотропної дії: добутаміну в дозі від 5 до 15 мкг/кг/хв. Четверо немовлят отримували інгібітори АПФ і салуретики. Напади пароксизмальної надшлуночкової тахікардії купували введенням АТФ з подальшим призначенням новокаїнаміду дитині з WPW-синдромом та призначенням дигоксину у дітей без WPW-синдрому. Враховуючи стабілізацію стану новонароджених та, за необхідності, можливість їх переводу для подальшого хірургічного лікування в спеціалізовані відділення м. Києва, можна вважати, що запропонований комплекс заходів виявився ефективним у наведених випадках.

ВІДНОВЛЕННЯ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ В ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ

Кондратьєв В.О., Єгоренко О.В., Кунак О.В., Варун С.С.

м. Дніпропетровськ

Морфологічна єдність органів дихання та серцево-судинної системи може реалізуватися в перебігу негоспітальних пневмоній у недостатність кровообігу, яка у співкупності з дихальною недостатністю, інтоксикацією обтяжує прогноз захворювання, особливо у дітей раннього віку. При цьому необхідна ретельна якісна оцінка функціонального стану правих відділів серця, скоротливості міокарда, клапанної гемодинаміки. Якщо характер змін в серці в гострому періоді пневмонії обумовлений переважно зниженням тону правих відділів міокарду внаслідок тоногенної дилатації, як результату гострого легеневого серця, то в подальшому перебігу тяжкої ускладненої пневмонії може виникнути міогенна дилатація порожнин і як наслідок - прогресування недостатності кровообігу. Такі особливості ремоделювання міокарду в перебігу пневмоній у дітей необхідно урахувати в терапевтичних діях. Метою нашого дослідження було визначення особливостей відновлення серцевої діяльності в перебігу негоспітальних пневмоній у дітей для диференційованого підходу до реабілітації таких хворих. Клініко-ехокардіографічне спостереження і оцінку морфологічного стану серцево-судинної системи було проведено у 75 дітей від 1 до 15 років з негоспітальними пневмоніями. Було оцінено клінічний перебіг у 20 випадках вогнищевої і 30 випадках сегментарної форм неускладнених пневмоній. У 10 хворих дітей негоспітальні пневмонії були ускладнені плевритом, а у 15 хворих пневмонія ускладнювалася легеневою або легенево-плевральною деструкцією. Найбільш часто (60%) вогнище інфільт-

рації легеневої тканини локалізувалося праворуч, у 24% - ліворуч і рідше (16%) пневмонія мала двобічну локалізацію. Дихальна недостатність (ДН) в гострому періоді пневмонії було відзначено у всіх хворих. Переважно це була ДН І ст. (65,3%), а більш виражена ДН ІІ ст. спостерігалася у дітей з деструктивними і ускладненими плевритом випадками пневмоній (34,7%), переважно в перші три роки життя. У таких хворих ДН супроводжувалася вираженим інтоксикаційним синдромом, а також недостатністю кровообігу НК І і ІІА стадії (26,9% та 73,1% відповідно), клінічні ознаки якої зникали на фоні лікування протягом двох-трьох тижнів. Клінічне обстеження, оцінка функції зовнішнього дихання (добове моніторування реопневмограмми у дітей старше 2-х років) та доплерокардіографічне дослідження серця здійснювалось у кожному випадку в гострому періоді пневмонії (на 3-5 добу від початку захворювання), в періоді регресії пневмонічного процесу (на 3-му тижні хвороби), а також через 3 місяці від початку пневмонії. В гострому періоді пневмонії, на 3-5 добу хвороби була зареєстрована помірна (в середньому на 64% від вікової норми) дилатація правого шлуночка (ПШ) у більшості хворих (85,3%). Конtrakтильність міокарда знижувалася у 26,7% хворих на тлі полісегментарної пневмонії з явищами легеневої деструкції, що супроводжувалося вираженою інтоксикацією. У всіх хворих в гострому періоді захворювання відзначалося помірне (в середньому на 74,2% відносно норми) підвищення тиску в системі легеневої артерії, при цьому випадки недостатності кровообігу (88%) були компенсованими - НК І-

ПА ст. Порушення клапанного кровотоку у вигляді трикуспідальної регургітації (ТкР) було зареєстровано в гострому періоді більш ніж у половині хворих. При цьому ТкР I ст. було відзначено у 32%, а ТкР II ст. – у 26,7% хворих на негоспітальну пневмонію. Мітральну регургітацію (МтР) на рівні I ступеню реєструвалося у 25,3% хворих. В динаміці диспансерного спостереження у більшості хворих з легеневи-ми і легенево-плевральними ускладненнями негоспітальних пневмоній (80,8%) через 3 місяці від початку захворювання, незважаючи на рентгенологічне розв'язання пневмонічного процесу, усе ще зберігалось підвищення тиску в системі легеневої артерії за даними доплерокардіографії (в середньому на 56%), тобто ще існувала адаптивна до умов пневмонічного процесу перебудова легеневої гемодинаміки. Насосна функція лівого шлуночка за показником фракції вигнання через 3 місяці від початку пневмонії у хворих перебувала в межах норми, а контрактильність міокарда була задовільною. Кількість випадків трикуспідальної регургітації через 3 місяці збільшувалась, в порівнянні з гострим періодом ($p < 0,05$), що пояснювалося відсутністю зворотного ремоделювання ПШ, хоча клінічних ознак пневмонії на цьому етапі у дітей вже не виявлялося, усі діти перебували вдома і мали задовільний стан. Таким чином, найбільш значні порушення клапанної і легеневої гемодинаміки при негоспітальних пневмоніях спостерігалися у випадках з легеневи-ми і легенево-плевральними ускладненнями, на тлі виражених явищ дихальної, серцево-судинної недостатності та інтоксикації. При цьому розвивалась трикуспідальна

регургітація, як наслідок перевантаження правого шлуночка серця. Ремоделювання правого шлуночка серця, як і підвищення тиску в системі легеневої артерії, у більшості таких дітей зберігалось в періоді реконвалесценції до трьох місяців від початку пневмонії. За результатами проведених досліджень, диференційований підхід до реабілітації дітей, які перенесли деструктивну форму пневмонії з легеневи-ми або легенево-плевральними ускладненнями, на нашу думку, може реалізуватися у наступних рекомендаціях для педіатрів: 1. Диспансерне спостереження пульмонолога, кардіолога і педіатра протягом до 1 року після початку пневмонії. 2. Контрольне дослідження (загальний аналіз крові, спірографія, ехокардіографія) через 1, 3, 6, 12 місяців від початку пневмонії з припиненням активного спостереження після 2-х нормальних контрольних результатів лабораторного і інструментального обстеження дитини. 3. Реабілітація дитини в амбулаторних умовах під наглядом педіатра не менш, ніж 2 тижні до початку відвідування дошкільного закладу або школи. 4. Щадячий режим дня з обов'язковим денним відпочинком. 5. Перебування на свіжому повітрі не менш, ніж 2-3 години на добу. 6. Достатній режим прийому рідини в межах фізіологічної потреби. 7. Лікувальна фізкультура протягом всього періоду змін функції зовнішнього дихання плюс 1 місяць, під контролем інструктора з навчанням батьків прийомом ЛФК. 8. Деагреганти (пентоксифілін, дипіридабол) протягом 3 тижнів від початку пневмонії з метою покращення регіонарного легеневого кровотоку.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ГЕОМЕТРІЇ ЛІВИХ ВІДДІЛІВ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ІНФЕКЦІЙНИМ МІОКАРДИТОМ

Кондратьєв В.О., Острась О.В., Абатурова Н.І., Порохня Н.Г., Школьнікова Я.В.

м. Дніпропетровськ

Вивчення функціональної геометрії порожнин серця у хворих з патологією міокарда має за мету визначення топіки та ступеня вираженості пошкодження серцевого м'язу, а також інтерпретацію його гемодинамічних наслідків. Особливості структурної організації міокарда лівого шлуночка (ЛШ) у вигляді трійного шару, двох напрямків результуючих векторів руху визначають необхідність диференційованого підходу до оцінки його скоротливості. Метою дослідження було визначення особливостей функціональної геометрії лівих відділів серця та замикальної функції мітрального клапана, за даними доплерокардіографії (ДЕХОКГ) у дітей з гострим інфекційним міокардитом (ІМ). На базі кардіоревматологічного центру обласної дитячої клінічної лікарні м. Дніпропетровська було обстежено 62 дитини віком від 4 місяців до 17 років: 31 хворий на гострий ІМ та 31 соматично здорова дитина з мітральною регургітацією різного ступеня вираженості. За даними ДЕХОКГ визначалися показники поперечної (FS, IVSFT, PWFT), повздовжньої (FLS) складової та інтегральної (FAS) скоротливості волокон міокарда ЛШ, а також діаметр фіброзного кільця МК (MVD). Насосна функція ЛШ та ступінь порушення замикальної функції МК визначалися шляхом обчислення об'ємних показників за даними доплерометрії (CI, IXOP, RF, Rv/LVEDv). Функціональний стан лівого передсердя ЛП оцінювався за об'ємними показниками трьох фаз: пасивного спустошення під час діастолі ЛШ (фракція пасивного спустошення, ФПС - провідникова функція), активного спустошення протягом систолі ЛП (фракція активного спустошення, ФАС - насосна функція) та розширення протягом діастолі ЛП (ІРЛП, індекс розширення - резервуарна або діастолічна функція). Найбільш чутливими геометричними показниками

зростання тяжкості серцевої недостатності за зниженням серцевого індексу виявлялися фракція площинного ($r=0,76$ при $p < 0,01$) та повздовжнього ($r=0,71$ при $p < 0,01$) скорочення ЛШ. Хворі з легкою та середньотяжкою формою ІМ мали підвищене поперечно-повздовжнє співвідношення ЛШ (FS/FLS), порівняно з групою контролю ($p < 0,05$). У цих дітей FAS корелювала з FLS більш тісно, ніж з FS ($r=0,69$; $r=0,49$, відповідно; $p < 0,01$). При цьому, у дітей з нормальним MVD (17 осіб) IXOP тісно корелювала зі зниженням FLS. Всі хворі з легкою формою ІМ мали нормальний MVD. У пацієнтів з дилатованим фіброзним кільцем МК ($Z > +1,56\sigma$) IXOP був практично функцією від MVD та тісно корелював з Rv/LVEDv ($r=0,70$; $p < 0,01$). Кореляційні зв'язки об'ємних показників ЛП зі ступенем тяжкості ІМ відбивали об'ємне перевантаження ЛП (ФПС, ФАС, ІРЛП) об'ємом зворотного току крові та свідчили про значну роль порушення замикальної функції МК у збільшенні переднавантаження ЛШ з формуванням його діастолічної дисфункції. Отримані результати показали наявність відмінності переважної локалізації запального ураження міокарда в залежності від тяжкості захворювання. Так, пацієнти з легкою формою ІМ, достовірно частіше мали ізольоване зниження повздовжньої скоротливості ЛШ та повздовжньо-поперечну дискордантність. Такі відмінності відбивали більший ступінь втягнення у запальний процес субендокардіальних та субепікардіальних шарів міокарда ЛШ. Порушення замикальної функції МК при легкій формі ІМ розвивалося внаслідок тоничної дисфункції його папілярних м'язів або міогенної функціональної недостатності МК недилатаційного походження. Всі хворі з тяжкою формою ІМ мали пропорційне зниження повздовжньої та поперечної скоротливості міокарда ЛШ.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ТА ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ДИСЛІПОПРОТЕЇДЕМІЇ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Коренєв М.М., Богмат Л.Ф., Носова О.М., Яковлева І.М., Ніконова В.В.

м. Харків

Мета дослідження: встановити особливості ліпідного та ліпопротеїдного спектрів крові у підлітків із різними формами артеріальної гіпертензії. Об'єкт дослідження: 60 юнаків із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) із вперше встановленим діагнозом у віці 13 - 17 років та 40 їх однолітків із артеріальною гіпертензією (АГ) та ожирінням на тлі гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду (ГСПП). В контрольну групу увійшло 19 практично здорових підлітків. Методи дослідження: клінічні із урахуванням факторів ризику; біохімічні (ліпідний та ліпопротеїдний спектр крові, адреналін та норадреналін в добовій сечі); радіоізотопні (ренін, ангіотензин-П, альдостерон). У підлітків із АГ, незалежно від варіанту перебігу, встановлено значну частоту дисліпопротеїдемії (89,2% із АГ на тлі ГСПП проти 73,3% із ПАГ; $p < 0,05$), активацію процесів перекисного окислення ліпідів без адек-

ватної відповіді системи антиоксидантного захисту. У підлітків із АГ обох груп встановлено пряму кореляційну залежність рівня загального холестерину крові з палінням тютюну, а у підлітків із АГ і ожирінням на тлі ГСПП - більшість показників ліпідного спектру крові мають пряму кореляційну залежність з ІМТ. Встановлено множинні кореляційні зв'язки рівня ТГ з показниками симпато-адреналової системи у підлітків із ПАГ. У підлітків із АГ на тлі ГСПП системоутворюючим елементом кореляційних зв'язків ліпідного спектру крові виявився альдостерон, а рівень ХС ЛПВЩ у них має прямий кореляційний зв'язок з показниками нічної фракції мелатоніну. Таким чином, в механізмах формування дисліпопротеїдемії у підлітків із ПАГ значне місце належить активації симпатоадреналової, а у підлітків із АГ на тлі ГСПП - ренін-ангіотензин-альдостеронової системи.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Корепанов А.Л.

г. Севастополь

Вариабельность сердечного ритма (ВСР), как проявление свойств всех биологических систем, отражает процессы перенастройки клеток, органов и систем организма в целях адаптации и сохранения

гомеостаза. Параметры ВСР отражают жизненно важные показатели управления физиологическими функциями организма – вегетативный баланс и функциональные резервы его управления. Анализ ВСР по-

зволяє оцінювати функціональне стання організму і його динаміку, впродовж до патологічних стання з високою ймовірністю смерті. Використання в більшості досліджень розподілення дітей на групи по візально-половому признаку не дозволяє виявити особливості функціонального стання організму дітей з різним рівнем фізичного розвитку. Однак накоплені в літературі дані про різну захворюваність, різних фізіометричних і морфофункціональних показателях дітей з ускореними (акселерантів), нормальними (нормодантів) і замедленими (ретардантів) темпами фізичного розвитку дозволяють передположити наявність різних резервов адаптації і механізмів підтримання гомеостазу. Метою роботи явилось дослідження вегетативної нервної системи по показателям ВСР у підлітків 13-14 років з різним рівнем фізичного розвитку. Дослідження проведено на підлітків-мальчиків (161 людина). Досліджувані були розподілені на нормодантів (Н), акселерантів (Ак) і ретардантів (Р). Оцінка варіабельності серцевого ритму проводилась за допомогою реєстрації кардіоінтервалограм в станні спокою і при проведенні кліноортостатическої проби. Запис ЕКГ проводили в II стандартному відведенні в теченні 2-х хвилин. Изміряли інтервали R-R, формували динамічний ряд. Аналізували: моду (Мо), ампліуду моду (АМо), варіаційний размах (ΔХ), середнькватрическе відхилення (СКО), індекс напруження Баєвського (ІН). Установлено, що підлітки з різним рівнем фізичного розвитку мають різний рівень функціонування вегетативної нервної системи. Часові параметри кардіоінтервалограм показали достовірно вище у Н і Р, чим у Ак. Так, мода, варіаційний размах і середнькватрическе відхилення, збільшення котрих відражає зростання парасимпатических впливів і розширення адаптивного коридору коливаний серцевого ритму, показали у Н більше, чим у Ак на 6%, 28% і 14% відповідно. Ретарданті продемонстрували більш високі показателі ΔХ і СКО, чим акселеранті. Между Н і Р різничий по параметрам ΔХ і СКО не виявлено. У акселерантів установлена підвищена симпатическа активність ВНС і централізація регуляторних механізмів по показателю АМо: у них он був вище, чим у Н і Р на 13% і 11% відповідно. Аналіз вегетативної регуляції серця по показателю індексу напруження продемонстрував різничий рівень

ісходного вегетативного тону у Ак, Н і Р. Найбільше напруження регуляторних систем виявлено у Ак – у них ІН оказался на 25% вище, чим у Н, і на 29% вище, чим у Р. Между Р і Н різничия ІН недостовірни. Изучение ІН у всьї групи досліджуваних показало, що сбалансованні симпатико-парасимпатическіє відношення (ейтонія) наблюдаються у 45% підлітків (73 людина), превалювання впливів блуждающего нерва (ваготонія) – у 15% досліджуваних (24 людина), некоторое преобладание симпатического тону (симпатикотонія) – у 31% дітей (51 людина), перенапруження регуляторних механізмів (гіперсимпатикотонія) – у 9% досліджуваних підлітків (13 людина). Таким образом, у мальчиків-підлітків установлена зв'язь вегетативного гомеостазу з рівнем фізичного розвитку. Так, у підлітків з опережаючими темпами розвитку наблюдається преобладание тону симпатического звена вегетативної нервної системи і збільшення ролі центрального контура регуляції по сравнению з дітьми з нормальними і замедленими темпами розвитку – у Ак виявлено достовірно зменшення Мо і ΔХ і збільшення АМо по сравнению з Н і Р. Вагусні впливи на серцевий ритм найбільше виражені у нормодантів, найменше – у акселерантів. Такі симпатико-парасимпатическіє відношення являются следствием напруження регуляторних систем – среди Ак зареєстрован максимально высокий ІН і минимальное количество дітей со сбалансованным тонуом. Акселеранті суттєво відличаються от двух других груп по більшості параметрів вегетативної регуляції, тогда как достовірних різничий между нормодантами і ретардантами не выявлено ни по одному показателю. Іншими словами, всьїх дітей можно розділити на две групи: І – ретарданті, нормоданті, ІІ – акселеранті. По суті, выявлено два типа вегетативної регуляції в зависимости от темпов фізичного розвитку: І – сбалансований – у нормодантів і ретардантів, і ІІ – симпатический – у акселерантів. Вероятно, процеси, лежачіє в основі ускорення темпов фізичного розвитку, приводять к напруженню механізмів регуляції, що согласується з данними о низкой економизации функций і зніженні функціональних ресурсів у акселерантів. Замедлення темпов фізичного розвитку не приводит к значимим изменениям симпатико-парасимпатическіє відношеній. Ретардація з этой точки зрення является більш «фізіологіческою» і не вызывает зніження ресурсів адаптації.

КАРДІОВАСКУЛЯРНІ НЕОНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ ВІДШАРУВАННІ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

Кривонустов О.С.

м. Київ

До станів, які призводять до інтранатальної гіпоксії відносяться порушення плацентарно-плідного кровообігу. При цьому вкрай важливе значення належить передчасному відшаруванню нормально розташованої плаценти (ПВНРП). Проведено аналіз перинатальних наслідків при ПВНРП, яке сталося у 78 вагітних в термінах 22-42 тижня вагітності. Оцінка перинатальних результатів у вагітних з ПВНРП показала, що при гострому відшаруванні плаценти, яка становила менше ніж одна третина її площі у плідів реєструвався той чи інший ступінь гіпоксії, а при народженні – асфіксії. При цьому у новонароджених неонатальна адаптація кровообігу, важливішим проявом якої є функціональне закриття фетальних комунікацій, виходить за

межі фізіологічної та розтягується у часі, має місце зніження вільного кровообігу, підвищення загального периферичного опору судин, гостра серцева недостатність. ПВНРП обумовлює розвиток гіповолемічних станів у дітей після народження, які можуть бути результатом абсолютної гіповолемії через плодово-плацентарну кровотечу та/або відносної гіповолемії через порушення розподілу крові з патологічним її депонуванням. Спостерігається гіперперфузія серця, ішемічні некрози ендокарду, папілярних м'язів, що посилює артеріальну гіпотензію, зніження скорочувальної функції серця. Отже, ПВНРП є важкою перинатальною патологією, що обумовлює кардіоваскулярну патологію новонароджених.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ НЕОНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ ВІДШАРУВАННІ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

Кривонустов О.С.

м. Київ

Актуальною проблемою сучасної перинатології та неонатології є передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП), частота якої за даними різних дослідників коливається від 0,07% до 2,1%. Мозок плоду захищається при гострій гіпоксії та гіперкапнії шляхом підвищення мозкового кровообігу. Однак при цьому реакція вазодилатації є обмеженою кількісно: при різкому розширенні судин значно збільшується кровонаповнення головного мозку, збільшується об'єм мозкової тканини, спостерігається зростання гідростатичного тиску у капілярах та настає вазогенний набряк мозку. Патологія церебрального осмосу, в свою чергу, призводить до зростання тканевого тиску, тиску у капілярах, зніження мозкового кровообігу та поглиблення ішемії. Головним чинником зніження

мозкового кровообігу у новонароджених на тлі ПВНРП є артеріальна системна гіпотензія, порушення відтоку в венах, підвищення судинного опору. Порушення ауторегуляторних можливостей мозкового кровообігу лежить в основі розвитку пери-інтравентрикулярних кроволивів. Проведено аналіз перинатальних наслідків при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти. Неонатальна захворюваність, що була обумовлена ПВНРП, найчастіше спостерігалась у вигляді набряку головного мозку (24%), внутрішньшлуночкових кроволивів (19%). Отже, органом-мішенню при ПВНРП з боку новонародженого є, насамперед, головний мозок, а отримані результати свідчать, що ПВНРП обумовлює значний відсоток неонатальної цереброваскулярної патології.

УРАЖЕННЯ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ HBV ТА HCV - ІНФЕКЦІЙ

Крючко Т.О., Несіна І.М.

м. Полтава

В останні роки активно вивчається взаємозв'язь соматичних захворювань та HBV і HCV-інфекцій. Результатом таких досліджень став доказ про те, що віруси гепатиту В та С не тільки можуть ініціювати механізми розвитку соматичних захворювань, але і надалі негативно впливати на їх перебіг та прогноз. Метою нашої роботи стало вивчення особливостей клінічного перебігу реактивного артрити (РеА) у дітей з маркерами HBV- та HCV- інфекцій. Нами проведено обстеження 71 дитини віком від 8 до 15 років, хворих на хронічні гепатити В (ХГВ) та С (ХГС), які знаходились на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні № 1 ПОДКЛ.

Реактивний артрит було діагностовано у 14,9% хворих з ХГВ та у 20,8% дітей з ХГС. Аналізуючи клінічну симптоматику у хворих з РеА в поєднанні з HBV і HCV- інфекцією ми відмітили превалювання синдромів, характерних для ХГ: астеновегетативний – у хворих з ХГВ (71,4%) та (66,7%) - у дітей з ХГС, диспептичний відповідно (57,2% та 62,5%), абдомінально-больовий (42,9% та 66,7%), збільшення печінки (85,7% та 83,3%). Особливістю критеріїв активності РеА у даних хворих було домінування больового суглобового синдрому при нормальних показниках рівнів ШОЕ, С-РБ і фібрिनотену. Цей факт може

частково підтверджувати відсутність підвищення температури тіла та змін в клінічному аналізі крові у обстежених хворих. Таким чином, отримані результати обумовлюють необхідність проведення специфі-

чних імуносерологічних досліджень сироватки крові для верифікації супутнього інфікування вірусами гепатитів В та С дітей з реактивним артритом.

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Лебець І.С., Шевченко Н.С., Матвієнко О.В.

м. Харків

У проблемі остеоартрозу (ОА), який є невинно прогресуючим захворюванням, найважливішими постають питання адекватного лікування хворих. На ранніх етапах розвитку процесу, що нерідко відноситься до підліткового віку, переважають консервативні методи терапії, результати якої в значній мірі залежать від урахування провідних механізмів формування хвороби та особливостей її еволюції. В процесі лікування важливе значення, у плані перспективності, має оцінка його ефективності. У цьому відношенні бажано використовувати статистично розраховані критерії. Мета роботи – удосконалення лікування підлітків із ОА на підставі розробки критеріїв його ефективності. Використано методику неоднорідної процедури Вальда з визначенням ознак за допомогою критерію Кульбака, який дозволяє виразити діагностичну значущість кожного показника. При розробці критеріїв за допустиму

помилку в діагностиці ознак було прийнято 0,5 %. Діагностичний поріг визначено сумою балів ДК, що дорівнює + 23. До аналізу увійшли дані клінічного дослідження, рентгенологічного та сонографічного обстеження суглобового апарату, показники: імунологічного гомеостазу, метаболізму сполучнотканинних структур, мікроциркуляції у 104 підлітків, хворих на ОА. З урахуванням рівня показника інформативності відібрано найбільш інформативні ознаки. Встановлено, що до критеріїв ефективності лікування слід віднести наступні (подані у порядку убывання інформативності): зменшення артралгій після фізичного навантаження і у вечірній час за даними ВАШ, зниження вмісту CD^{3+} , CD^{8+} , ІІ-6, хондроїтинсульфатів, екскреції уронових кислот, інгібіторів еластази, агрегації еритроцитів, нормалізація розмірів суглобової щільності. Чутливість критеріїв складала 87,8 %, специфічність – 96,4 %.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ДІТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТУ ПРИ КАРДИТАХ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ ЦМВ ІНФЕКЦІЇ

Леженко Г.А., Борисенко Т.В.

г. Запоріжжя

Одним из наиболее информативных методов для оценки состояния сердечно-сосудистой системы является холтеровское мониторирование, позволяющее комплексно оценить не только параметры ритма сердца, но также характер вегетативной регуляции организма, признаки электрической нестабильности миокарда. Однако, данных о динамике суточного ритма сердца у детей раннего возраста крайне мало. Мы поставили цель изучить изменение вариабельности сердечного ритма (ВСР) у детей раннего возраста с кардитами на фоне цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции по данным суточного мониторирования ЭКГ. Обследовано 55 детей раннего возраста с кардитами, протекающих на фоне ЦМВ-инфекции и 32 ребенка без признаков воспалительного поражения миокарда. Анализ полученных результатов свидетельствовал о превалировании симпатикотонии у детей с ЦМВ-инфекцией, о чем свидетельствовало достоверное

увеличение среднесуточной ЧСС в данной группе больных, снижение циркадного индекса, а также снижение показателей, характеризующих вариабельность интервала R-R по сравнению с аналогичными значениями контрольной группы ($p < 0,05$). Подтверждением преобладания симпатического отдела вегетативной нервной системы в регуляции ВСР у детей с кардитами, на фоне ЦМВ-инфекции являлось также повышение в 1,5 раза соотношения LF/HF по сравнению с показателями здоровых детей на фоне снижения общей мощности спектра ВСР, что свидетельствовало об истощении резервных возможностей организма. Таким образом, проведенные исследования позволяют предположить, что нарушение функции вегетативной нервной системы у детей с кардитами, протекающими на фоне ЦМВ-инфекции, может играть важную роль в определении прогноза заболевания.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ НЕЙРОВІТАНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ДІТЕЙ

Леженко Г.О., Пащикова О.С., Руднева І.В.

м. Запоріжжя

Метою даної роботи було вивчення ефективності препарату Нейровітан («Аль-Хікма Фармасьютикалз», Йорданія) в комплексному лікуванні діабетичної полінейропатії (ДПН) у дітей. Під спостереженням знаходилося 137 дітей, хворих на цукровий діабет, в віці від 10 до 18 років. В 1 групу увійшли хворі з перебігом цукрового діабету до 1 року, в 2 групу - від 1 до 5 років, в 3 групу - понад 5 років. Контрольну групу склали 20 здорових дітей. ДПН встановлена у 30 пацієнтів (20,4%). Зі збільшенням тривалості цукрового діабету ступень порушення периферичного кровообігу та неврологічні розлади зростали. Паралельно з проявами ДПН у дітей з цукровим діабетом реєструвалися і ознаки автономної діабетичної кардіоміопатії, діагностичними ознаками якої були збільшення середньодобової ЧСС, зниження циркадного індексу, подовження інтервалу QT, QTc, зниження його

добової варіабельності. В роботі проведено оцінку ефективності застосування препарату Нейровітан («Аль-Хікма Фармасьютикалз», Йорданія) в комплексному лікуванні ДПН у дітей. Застосування даного препарату сприяло зменшенню клінічних проявів ДПН. Підтвердженням цього було зниження в даній групі пацієнтів нейропатичного симптоматичного та модифікованого нейропатичного дисфункціонального підрахунку, а також зменшенню часу проведення рефлексу з ахілова сухожилля. Включення в терапію дітей з ДПН Нейровітану забезпечувало нормалізацію середньодобової ЧСС, зменшенню тривалості інтервалу QTc та збільшенню циркадного індексу. Таким чином, полівітамінний препарат Нейровітан є ефективним та патогенетично обґрунтованим в лікуванні діабетичної полінейропатії у дітей.

НЕЙРОГУМОРАЛЬНІ ФАКТОРИ, ЯК МАРКЕРИ РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ МІОКАРДУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Леженко Г.О., Руднева І.В., Махаєва В.Л., Маламут О.М.

м. Запоріжжя

Метою нашої роботи стало з'ясування особливостей патогенетичних зв'язків між рівнем альдостерону, передсердного натрійуретичного пептиду (NT-proBNP) та особливостями інтракардіальної геодинаміки у пацієнтів, хворих на цукровий діабет (ЦД). Для досягнення поставленої мети було обстежено 45 пацієнтів з ЦД 1 типу віком $14,06 \pm 0,43$ років. 1 групу склали пацієнти з тривалістю захворювання до 1 року, 2-гу - 1-5 років та 3-тю - понад 5 років. Групу контролю склали 19 здорових дітей. Аналіз морфо-функціональних показників лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на ЦД виявив гіпертрофію міокарда ЛШ у дітей 2 та 3 груп. Концентрація альдостерону у пацієнтів 1 групи виявилась достовірне нижче значень групи контролю, що може бути пов'язане з дефіцитом рівня інсуліну. Зі збільшенням стажу захворювання спостерігалось статистично вірогідне збільшення вмі-

сту альдостерону. Показник ІММЛШ мав пряму залежність від рівня альдостерону ($r = +0,62$), що свідчить про істотне значення ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) в механізмах формування гіпертрофії ЛШ при збільшенні тривалості захворювання. Вміст альдостерону у пацієнтів 3 групи знижувався та статистично не відрізнявся від значень здорових дітей. Відомо, що система натрійуретичних пептидів є компенсаторним антагоністом РААС. Виявлено, що тільки у пацієнтів 2 групи спостерігалось статистично вірогідне збільшення вмісту NT-proBNP ($p < 0,05$), що можна розцінювати як адаптаційно-компенсаторну реакцію. Таким чином, збільшення рівня альдостерону виступало одним з чинників розвитку гіпертрофії міокарда ЛШ у дітей, хворих на ЦД і є важливим фактором її прогресування.

ФУНКЦІЯ МОНОСТУЛКОВОГО КЛАПАНА У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ З ОБСТРУКЦІЄЮ ВИХІДНОГО ТРАКТУ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА

Лекан Р.Й., Пенгеріна І.О., Шувалова Т.Ю., Баязітова М.Д., Варбанець С.В., Босенко В.І., Бузовський В.П., Рудометкін О.В.

м. Одеса

Реконструювання вихідного тракту правого шлуночка (ВТПШ) із вираженою обструкцією на рівні клапана ЛА є характерною особливістю двохшлуночкової хірургічної корекції складних вроджених вад

серця (ВВС). На базі Одеської обласної дитячої клінічної лікарні з 2001 по 2009 рр. проведено 56 радикальних корекцій (РК) складних ВВС з реконструюванням ВТПШ методикою трансанулярної пласти-

ки (ТАП) ВТПШ латкою (41 випадок) або ТАП ВТПШ з формуванням моностволового (МС) неоклапана ЛА (19 випадків). Рік пацієнтів від 6 міс до 15 років, маса тіла від 7,3 до 42 кг. РК проводилась через серединну стернотомію в умовах штучного кровообігу (ШК). У пацієнтів з ТФ, ТрФ і ПВМС від ПШ після інфундібулярної резекції розширювачем Гегара проводився контроль клапанного кілля ЛА, згідно номограми, при його гіпоплазії воно було розсічене. Моностволка вирізалась трикутною форми, і фіксувалась трьома швами. Для поліпшення замикальної функції неоклапана ЛА на його вільний край встановлюють титанові хірургічні кліпси. Оцінка функції МС

та ефективності оперативного лікування у віддаленому періоді проводиться за даними ехокардіоскопії. Сформовані дві групи для спостереження по 15 пацієнтів однакового віку та маси тіла. У групі I РК проводилась методом ТАП ВТПШ з латкою, у групі II – ТАП з формуванням МС. Значні зміни показників гемодинаміки відмічені у віддаленому періоді спостереження (3 роки і більше). У групі I виявлено розширення порожнини ПШ, розвиток вираженої недостатності клапану ЛА. Удосконалена методика формування МС клапана дозволяє покращити віддалені результати оперативного лікування.

ДАННЫЕ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ С РАЗНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ

Любчик В.Н., Курганова А.В., Татаурова В.П.

г. Евпатория

По данным спектрального анализа ритма сердца у детей со сколиотической болезнью и с болезнью Пертеса выявлены различия показателей у детей с разным физическим развитием. У детей с гармоническим физическим развитием показатель LF/HF был ниже должных значений; у детей с дисгармоническим развитием, больных сколиотической болезнью, он был в пределах допустимых величин, у детей с болезнью Пертеса – выше должных значений. Это свидетельствовало об исходном преобладании парасимпатических влияний на ритм сердца у детей с гармоническим физическим развитием обеих нозологических групп и о преобладании симпатических влияний на ритм сердца у детей с болезнью Пертеса, имевших дисгармоническое физическое развитие. У детей с дисгармоническим развитием, больных сколиотической болезнью, отмечена достоверная активация симпатических

влияний и барорефлекторных механизмов на фоне незначительных изменений частоты пульса и стресс-индекса. У детей с болезнью Пертеса с дисгармоническим развитием исходно повышенная величина LF/HF несколько снизилась (с $1,62 \pm 0,06$ до $1,27 \pm 0,07$ усл.ед.), оставаясь выше должных величин, на фоне незначительных изменений частоты пульса и стресс-индекса. Под влиянием санаторно-курортного лечения у детей с гармоническим физическим развитием ортопедической группы риска по туберкулезу отмечено усиление преобладания активности центральных механизмов регуляции над автономными. У детей с дисгармоническим развитием под влиянием проведенного лечения отмечено усиление (у больных сколиотической болезнью) или сохранение (у больных болезнью Пертеса) активности вазомоторного центра и симпатического звена регуляции.

ОПТИМІЗАЦІЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

Майданник В.Г., Кухта Н.М., Хайтович М.В., Кривонос Ю.М., Недашківська І.М., Суходольська Е.С.

м. Київ

Дослідження, проведені останнім часом в провідних кардіохірургічних центрах світу, довели, що пренатальна діагностика вроджених вад серця (ВВС) дозволяє здійснити оперативне втручання в більш стабільному стані і асоціюється з нижчою короткочасною та довготривалою морбідністю і летальністю. Діагностична ефективність фетальної ехокардіографії для пренатальної діагностики ВВС становить понад 80%, а у випадку її проведення вагітним з групи ризику – 96-99%. Серед критеріїв віднесення до групи ризику найбільше значення мають: підозрілі зміни кардіальної ділянки при скринінговій акушерській сонографії; вік, інфекція та надмірна маса тіла матері; фетальна аритмія. При цьому фетальна ехокардіографія може застосовуватись з 11 тижня гестації. Доведено, що у новонароджених в перші 72 години після народження застосування пульсоксиметрії (сатурація киснем $\leq 95\%$), майже в 2,5

рази підвищує ефективність діагностики критичних ВВС. В м. Києві протягом 5 років функціонує «Реєстр дітей з вродженими вадами серця», що дозволяє оцінити якість діагностики, лікування та реабілітації ВВС. Так, аналіз 41 історії хвороби дітей з ВВС показав, що пренатальна діагноз ВВС був встановлений лише у 1 дитини (2,7%), у 29,7% дітей – протягом перших 5 днів від народження, ще у 10,8% - до кінця першого місяця життя. Таким, чином, діагноз ВВС у неонатальному періоді встановлений лише у 45% хворих. З метою покращання раннього виявлення ВВС необхідно першочергово здійснити комплекс відповідних заходів для забезпечення максимального охоплення ультразвуковим скринінгом вагітних в першому триместрі, а також пульсоксиметричним скринінгом новонароджених. При цьому важливо забезпечити належний рівень підготовки фахівців ультразвукової діагностики.

СТАН МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Маменко М. Є., Белых Н. А., Андреева Л. В.

м. Луганськ

Вроджені вади серця займають одне з провідних місць серед причин смертності дітей різних вікових груп. Протягом останніх років захворюваність дітей на ВВС у Луганській області зросла майже вдвічі (з 0,5‰ у 2005 р. до 0,9‰ у 2009 р.), а їх поширеність відповідно з 3,6‰ до 4,7‰, що свідчить про покращення можливостей своєчасної діагностики цих патологічних станів. У той же час смертність дітей до 1 року від ВВС знизилась із 32 випадків у 2006 р. та 35 у 2007 р. до 17 у 2009 р. Така тенденція спостерігається завдяки своєчасному проведенню оперативних втручань, кількість яких збільшилася з 80 у 2007 р. до 112 у 2009 р. Майже половина (41,1%) оперативних втручань проводиться в умовах НПЦ дитячої кардіології та кардіохірургії (м. Київ), чверть втручань проведено у кардіохірургічному відділенні Луганської обласної клінічної лікарні (22,3%). Майже вдвічі за останні роки зросла кількість дітей, прооперованих у НДЦ

ССХ ім. М. І. Амосова (33 дитини у 2009 р.). Розпочато активне співробітництво з регіональним Центром дитячої кардіохірургії Донецького інституту невідкладної хірургії ім. Гусака (8 дітей першого року життя прооперовано протягом 2009 р.). У структурі смертності дітей у віці до 1 року від ВВС домінують неоперабельні та комбіновані з іншими вадами розвитку (гіпоплазія лівих відділів серця, атрезія тристволового клапану та легеневої артерії тощо). Серед випадків смерті дітей старшого віку переважають комбіновані вади серця та ВВС, що ускладнилися інфарктом або серцевою недостатністю у післяопераційному періоді. Таким чином, протягом останніх років спостерігається тенденція до покращення стану медичного забезпечення дітей із вродженими вадами серця у Луганській області завдяки своєчасній діагностиці та ефективному оперативному лікуванню пацієнтів у різних кардіохірургічних центрах України.

ПАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У СЕРЦЕВО-СУДИННІЙ СИСТЕМІ ДІТЕЙ ІЗ ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ

Маменко М. Є., Єрохіна О. І., Белых Н. А., Гейвах Л. О.

м. Луганськ

Тиреоїдна патологія займає провідне місце в структурі ендокринологічних захворювань у дітей та супроводжується розвитком нетиреоїдних проявів. Метою даного дослідження було вивчення взаємозв'язку між розвитком дифузного нетоксичного зоба та захворювань серцево-судинної системи. Обстеження 388 дітей із зобом продемонструвало наявність хвороб системи кровообігу в 28,4% випадків із тенденцією до зростання з 13,8% у молодших школярів (переважно ФКП, ПМК) до 46,8% у підлітків за рахунок ВСД, порушень ритму серця та провідності, артеріальної гіпертензії ($p<0,01$). При вивченні ВСР та біоритмів ВТ методом варіаційної пульсометрії у дітей із зобом ($n=46$; 6-12 років) встановлено: підвищення середньої, мінімальної та максимальної ЧСС (71,7%, $p<0,05$); порушення ритму у вигляді поодиноких надшлуночкових екстрастолів (82,6%, $p<0,05$); синусові тахікардії при навантажен-

нях (100%, $p<0,05$); переважання парасимпатикотонії у ВВТ (60,8%; $p<0,05$); перенапруження регуляторних систем за рахунок гіперсимпатикотонії у стані спокою (4,4%, $p<0,05$) та при проведенні навантажувальної проби (26,1%, $p<0,01$). Після виконання ортостатичної проби спостерігалось зниження впливу гуморальної регуляції ($p<0,01$) та підвищення симпатичних впливів ($p<0,05$). Таким чином, хворі на ендемічний зоб мають більший ризик розвитку серцево-судинної патології. В умовах нестачі йоду в довіді вже ранні стадії дисфункції щитовидної залози супроводжуються змінами вегетативної регуляції, які мають більший ризик розвитку серцево-судинної патології. В умовах нестачі йоду в довіді вже ранні стадії дисфункції щитовидної залози супроводжуються змінами вегетативної регуляції, які мають більший ризик розвитку серцево-судинної патології. В умовах нестачі йоду в довіді вже ранні стадії дисфункції щитовидної залози супроводжуються змінами вегетативної регуляції, які мають більший ризик розвитку серцево-судинної патології. В умовах нестачі йоду в довіді вже ранні стадії дисфункції щитовидної залози супроводжуються змінами вегетативної регуляції, які мають більший ризик розвитку серцево-судинної патології. В умовах нестачі йоду в довіді вже ранні стадії дисфункції щитовидної залози супроводжуються змінами вегетативної регуляції, які мають більший ризик розвитку серцево-судинної патології. В умовах нестачі йоду в довіді вже ранні стадії дисфункції щитовидної залози супроводжуються змінами вегетативної регуляції, які мають більший ризик розвитку серцево-судинної патології. В умовах нестачі йоду в довіді вже ранні стадії дисфункції щитовидної залози супроводжуються змінами вегетативної регуляції, які мають більший ризик розвитку серцево-судинної патології.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ІЗ СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ

Марушко Є. Ю.

м. Київ

Поширеність системного червоного вовчак (СЧВ) у світі за даними різних літературних джерел становить від 4 до 250 випадків на 100 тисяч населення. Майже 10% захворюваності припадає на дитячий вік. Вивчення стану серця у дітей при СЧВ потребує особливої уваги, оскільки, клінічно за даними літератури враження серця у вигляді міокардиту спостерігається у 40% хворих, а перикардиту – у 21,7%, але за іншими даними враження міокарду при СЧВ спостерігається у 80% випадків під час автопсії при гістологічному дослідженні. Метою роботи стало вивчення стану серця у дітей із СЧВ за допомогою ехокардіографії, електрокардіографії та добового моніторування ЕКГ за методикою Холтера. Досліджуваною групою стали 19 дітей із СЧВ з підгострим перебігом. Вивчалися дані вказаних методів досліджень у цих дітей і порівнювалися із літературними даними щодо загальної дитячої популяції. Так, у 5 дітей спостерігалися ознаки

перикардиту (тахікардія, приглушені серцеві тони, знижений вольтаж ЕКГ, сепарація листків перикарду за даними ехокардіографії). Порушення ритму чи провідності виявилися за даними ЕКГ та холтеровського моніторування у 12 дітей у вигляді передсердних та шлуночкових екстрасистол, міграції водія ритму, та АВ-блокади I ступеня. Для порівняння, за даними літератури, поширеність порушення ритму чи провідності в загальній популяції дітей становить від 5 до 80 випадків на 1000 дитячого населення. (0,5-8%). Таким чином, серед досліджуваної групи дітей із СЧВ спостерігалось ураження серця у вигляді перикардиту, та у 12 з 19 випадків зустрічалися порушення ритму та провідності. Тому стан серця у дітей із СЧВ потребує особливої уваги під час ведення таких пацієнтів і обумовлює подальші дослідження з метою удосконалення надання медичної допомоги.

ОПТИМІЗАЦІЯ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ЮРА

Марушко Т.В., Герман А.Б.

г. Киев

Целью лечения ЮРА считается не только устранение клинической симптоматики, но и достижение функциональной, лабораторной, рентгенологической ремиссии, сохранности двигательных возможностей пораженных суставов. Для выполнения поставленных задач в арсенале детского ревматолога на сегодняшний день имеются препараты базисной терапии, которые можно комбинировать с разрешенными препаратами для симптоматической терапии ЮРА (нестероидными противовоспалительными препаратами, глюкокортикоидами). В настоящее время принято считать, что у пациентов с дебютом ЮРА следует как можно быстрее произвести оценку прогностических факторов и максимально раньше начать базисную терапию заболевания. Определение оптимального режима дозирования должен быть выполнен в течение трех месяцев после дебюта заболевания. Базисную терапию полиартикулярных, быстропрогрессирующих, высокоактивных форм заболевания рекомендуется начинать с применения метотрексата для монотерапии первой линии и в большинстве случаев компонента комбинированной. Применение парентеральных форм препарата может обеспечить удовлетворительный ответ на

терапию метотрексатом у тех пациентов, у которых прием пероральных форм осложняется побочными реакциями со стороны желудочно-кишечного тракта, других органов и систем, либо пероральный прием адекватной дозы метотрексата малоэффективен. Особое следует отметить их преимущество перед существующими внутримышечными формами препарата, которые требуют особых условий для приготовления инъекции специально обученным персоналом. Целью нашей работы явилось изучение клинической активности и состояния органов и систем у 41 больного с ЮРА в процессе приема базисной терапии. Средняя длительность наблюдения составила 1,2 года. Дети были обследованы в отделении ревматологии городской клинической больницы № 1 г. Киева. Контролировались лабораторные, инструментальные показатели активности аутоиммунного воспалительного процесса в динамике заболевания и лечения. Эффективность лечения оценивалась по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR 20%, ACR50%, ACR 70%). Показаны преимущества парентерального введения базисного препарата Метотрексат в комплексной терапии ЮРА.

БАГАТОЦЕНТРОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛЕКСИН У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Марушко Ю.В., Марушко Т.В.

м. Київ

Питання вибору препарату для антибактеріальної терапії завжди гостро стояло в педіатричній практиці. Необхідність створення компромісу між ефективністю, безпечністю та економічною доцільністю застосування антибіотику постійно створює умови для переглядання спектру лікарських засобів, що є препаратами вибору в лікуванні захворювань, що мають бактеріальну природу. Серед них найбільш поширеними патогенами-збудниками верхніх дихальних шляхів є пневмокок (*Streptococcus pneumoniae*), гемофільна паличка (*Haemophilus influenzae*), б-гемолітичний стрептокок групи А (*Streptococcus pyogenes*), патогенний стафілокок, *Moraxella catarrhalis*, атипіві мікроорганізми, але кожна нозологія має свій особливий спектр збудників, що повинен враховувати педіатр при виборі антибактеріального препарату. Метою нашого дослідження стало вивчення ефективності препарату цефалоспоринового ряду Лексин в педіатричній практиці на догоспітальному етапі. В дослідження були залучені діти з гострою респіраторною інфекцією, що спостерігались в дитячих поліклініках м. Києва, м. Донецьк та Донецької області (м. Горлівки, м. Маріупіль) та м. Мелітопіль. Хворі на респіраторну інфекцію лікувалися відповідно до Протоколів МОЗ України (Наказ № 9 від 10.01.2005). Для дослідження пацієнти були відібрані методом

суцільної вибірки, отримані дані результатів застосування Лексину були проведені за спеціально розробленою анкетною, яка заповнювалася практичними лікарями впродовж лікування пацієнтів цим препаратом. Лексин призначали при респіраторній патології та ознаках (нашаруванні) бактеріальної інфекції у дітей згідно інструкції. В дослідженні було проаналізовано 397 випадків застосування антибіотику Лексин у дітей, з них до року – у 46 (11,59%) дітей, від 1 до 3 років – у 105 (26,45%), від 4 до 6 років – у 101 (25,44%), від 7 до 12 років – у 68 (17,12%) дітей, старше 12 – у 77 (19,4%) дітей. За результатами анкетування клінічно доведена ефективність антибіотику цефалоспоринового ряду I покоління Лексин у лікуванні більшості гострих респіраторних захворювань бактеріальної природи, що поширені серед дитячого контингенту, на догоспітальному етапі. Алергічних та інших реакцій при застосуванні Лексину не спостерігалось. Враховуючи вище наведене, необхідно вказати на наступне. Препарат ЛЕКСИН є ефективним та безпечним лікарським засобом, що може широко використовуватися в педіатричній практиці. Показаннями до його застосування є бактеріальні інфекції дихальних шляхів, шкіри. У переважній більшості респіраторних захворювань у дітей спектр можливих етіологічно значимих мікробів піддається терапії Лексином.

ДОБОВІ ОСОБЛИВОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ТА ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ЗА ГІПОТЕНЗИВНИМ ТИПОМ

Марушко Ю.В., Мошкіна Т.В., Гицак Т.В., Лісовець О.В.

м. Київ

Розвиток вегето-судинні дисфункції (ВСД) за гіпотензивним типом супроводжується змінами функціональної активності всіх органів і систем, а насамперед серцево-судинної. Відомо, що в основі характерних для даного захворювання порушень автоматизму, збудливості та провідності міокарду лежать зміни вегетативної регуляції діяльності серця. Одним з високоінформативних методів діагностики діяльності серця є Холтеровське моніторингування (ХМ) електрокардіограми. Метод дає можливість провести кількісну та якісну характеристику епізодів аритмій. Тільки при добовому моніторингу ЕКГ можливо виявити деякі порушення ритму та провідності: короткі пароксизми надшлуночкової та шлуночкової тахікардії, фібриляцію та тріпотіння передсердь, парасистолю, синоатріальні та атріовентрикулярні блокади, синдром слабкості синусового вузла. Разом з цим ХМ ЕКГ дозволяє аналізувати варіабельність ритму серця (ВРС), що

є чутливим критерієм стану вегетативної нервової системи. Метою нашої роботи було вивчення структури порушень ритму та провідності серця, а також особливостей вегетативного гомеостазу у дітей з ВСД за гіпотензивним типом на підставі даних Холтеровського моніторування ЕКГ. Отримані дані свідчать про те, що у дітей з ВСД за гіпотонічним типом при добовому моніторингу ЕКГ виявляються різноманітні функціональні порушення серцевого ритму і провідності: передсердна екстрасистолія (64,3% дітей), шлуночкова екстрасистолія (28,6% дітей), паузи ритму до 1756 мс (21,4% дітей), міграція джерела автоматизму (35,7% дітей). Такі порушення ритму і провідності виникають на тлі зниження показників ВРС більше ніж у 70% дітей. Отримані дані необхідно враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних заходів дітям з ВСД за гіпотензивним типом.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ІЗ РАЙОНІВ ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ

Марушко Ю.В., Таринська О.Л., Дембіцький В.Л.

м. Київ

В нормі в організмі людини підтримується певний мікроелементний баланс. Зміни вмісту макро- і мікроелементів відбиваються на здоров'ї людини, стані серцево-судинної системи. Тому вивчення й виявлення загальних закономірностей елементного статусу різних груп населення дозволяють розробити рекомендації з метою профілактики виникнення різних захворювань. В умовах несприятливої екологічної обстановки великих міст, підвищення забруднення навколишнього середовища токсичними речовинами, які накопичуються в продуктах харчування, воді, ґрунті, спостерігається збільшення кількості випадків захворювань органів травлення, серцево-судинної системи. Рентрен-флуоресцентним методом нами вивчено вміст 29 хіміч-

них елементів (Fe, Cu, Mn, Zn, Cr, As, Sr, Zr, Pb, Cd, інші) у 25 дітей раннього віку. Виявлений дисбаланс елементного статусу. У дітей мали місце полімікроелементози. Зниження вмісту життєво необхідних хімічних елементів реєструвалося найчастіше. Так, дефіцит міді, йоду та заліза у дітей був найістотніший. При полімікроелементозі реєструвалися певні зміни стану серцево-судинної системи (порушення ритму, провідності, збудливості, вторинні кардіоміопатії). Порушення мікроелементного статусу дитини призводить до розвитку дисадаптації і формування хронічної патології. Отримані відомості важливі для розробки лікувально-реабілітаційних заходів цим дітям.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЛИЧНОСТИ

Масюта Д.И., Чурилина А.В., Манжелев Г.Н., Артеменко С.П.

г. Донецк

Адаптация системы кровообращения может зависеть от характерологических особенностей личности, которые могут определять тип реагирования сердечно-сосудистой системы. Обследовано 130 детей в возрасте 7-14 лет, проживающих в крупном промышленном регионе Донбасса. Для оценки адаптации сердечно-сосудистой системы использовался метод А.В. Аболенской. Характерологические особенности личности изучались по методике Айзенка. Нарушение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы отмечалось с одинаковой частотой у амбивертов, интровертов и экстравертов. Однако среди детей, имевших нарушение адаптационных возможностей, у амбивертов преобладала стадия напряжения (39,1 ± 4,1 %), у

интравертов – стадия резистентности (30,6 ± 3,9 %) и у экстравертов – стадия истощения (40,0 ± 4,2 %). В тоже время у экстравертов функционирование системы кровообращения было самым адекватным: показатель r был наименьшим (14,80 ± 1,18 усл. ед. ($p < 0,05$)). Самым неадекватным уровнем функционирования был у интравертов: показатель r был наибольшим (25,88 ± 2,35 усл. ед. ($p < 0,05$)). Уровень нейротизма мало влиял на состояние адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, но наиболее адекватным уровнем функционирования системы кровообращения был у эмоционально устойчивых детей. Полученные данные необходимо использовать при проведении диспансеризации этих детей.

СОСТОЯНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ЮРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Матвеев А.В., Матвеева Н.В.

г. Симферополь

Нами было исследовано состояние плотности костной ткани (КТ) и выраженность процессов костного ремоделирования, которая определялась методом иммуноферментного анализа содержания остеокальцина крови и дезоксиридинолина мочи. Анализ состояния плотности КТ и его отклонения от возрастной нормы во всех группах, где применялась базисная терапия, который проводился при помощи ультразвукового денситометра, обнаружил, что данные изменения носят прогнозируемый характер негативного свойства в случае применения циклоспорина А, азатиоприна и комбинации метотрексата и глюкокортикоидов, и позитивного в случае использования метотрексата и сульфасалазина. Следует отметить, что и в группе контроля, куда были включены дети, не принимающие базисные средства, несмотря на низкие показатели активности

патологического процесса, отмечалась негативная динамика плотности КТ. Характер развития нарушений метаболизма КТ отличается при приеме различных медикаментозных средств - в группах циклоспорина и азатиоприна наблюдается снижение активности, как остеокластов, так и остеобластов, в группе комбинированного приема метотрексата и глюкокортикоидов нарушение плотности, прежде всего, обусловлено снижением синтеза костного матрикса остеобластами, так как динамика дезоксиридинолина проявила позитивную тенденцию к снижению. В группе пациентов, принимающих метотрексат, как и у больных принимающих сульфасалазин, резорбция КТ снижалась, а синтез матрикса увеличивался. Именно подобные положительные тенденции являются преимуществами этих фармакологических препаратов.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АРИТМОГЕННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АРИТМИЙ

Михальчук О.Я.

г. Харьков

В основе формирования аритмогенной кардиомиопатии, являющейся осложнением нарушений ритма и проводимости, лежат сложные взаимодействия иммуновоспалительных, нейрогуморальных, вегетативных, биохимических факторов с морфо-функциональными элементами сердца, что и явилось предметом данного исследования. Обследовано 102 подростка 13-18 лет с нарушениями ритма и проводимости. Проведено суточное мониторирование ЭКГ и выделены следующие подгруппы пациентов: с умеренными нарушениями ритма (1-я подгруппа); с непароксизмальной формой тахикардии (2-я); с желудочковыми и суправентрикулярными экстрасистолами высоких градаций (3-я), с удлинённым интервалом Q-T (4-я); с синдромом WPW (5-я). Изучались морфофункциональные параметры сердца (ЭХОКГ); уровни интерлей-

кинов IL-1 β , IL-6, а также ФНО α и СД95; показатели симпатoadrenalовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем, а также электролиты крови (K, Na, Ca, Mg). Установлено, что у подростков 1-й подгруппы имеются тесные корреляционные связи ФВ с альдостероном ($r = -0,811$), с ФНО α ($r = -0,861$) и Mg сыворотки крови ($r = 0,622$); во 2-й – с дневными показателями высокочастотного спектра ВСР ($r = 0,688$), уровнем K⁺ ($r = 0,882$), а также IL-1 β ($r = 0,699$), IL-6 ($r = 0,772$) и ФНО α ($r = -0,885$); в 4-й – с мощностью спектра (TP) ($r = 0,889$), а в 5-й – с ночными показателями HF ($r = 0,786$) и с соотношением (LF/HF) ($r = 0,881$) в дневное время. Таким образом, у подростков при отдельных вариантах нарушений ритма и проводимости сердца выявлены различия механизмов и факторов формирования аритмогенной кардиомиопатии.

КАРДИАЛЬНЫЕ ДИЗРИТМИИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Москалюк О.Н.

г. Донецк

В настоящее время наиболее достоверным методом выявления кардиальных дизритмий является холтеровское мониторирование ЭКГ. Целью данного исследования явилось изучение нарушений ритма сердца у детей с дисплазией соединительной ткани сердца (ДСТС). Обследовано 35 детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ), имеющих пролапс митрального клапана (ПМК). Помимо ПМК при эхокардиографическом обследовании, у 17 больных (48,6%) выявлены другие проявления ДСТ сердца: аббернантная хорда левого желудочка (АХЛЖ) в 13 случаях (37,1%), дополнительная трабекула левого желудочка (ДТЛЖ) в 3 случаях (8,3%), открытое овальное окно (ООО) – в 4 случаях (11,4%). При

этом у 4 детей (11,4%) имело место сочетание нескольких проявлений ДСТС (ПМК, АХЛЖ, ООО). По данным стандартного ЭКГ обследования, нарушения ритма выявлены у 16 (45,7%) больных. Номотопные дизритмии в виде тахикардии имели место у 7 детей (20%), брадикардии – 3 (8,6 %), синусовой аритмии – 6 (17,1%). Эктопические нарушения ритма в виде суправентрикулярной экстрасистолии наблюдались у 4 (11,4%) обследованных. Пять больных (14,3%) имели сочетанные дизритмии. ЭКГ мониторинг по Холтеру выявил нарушения ритма у 32 больных (91,4%). В том числе: тахикардия имела место у 10 детей (28,6%), брадикардия у 4 (11,4%), синусовая аритмия у 16 (45,7%), суправентрикулярная экстрасистолия – у 30

(85,7%), вентрикулярная экстрасистолия у 17 (48,6%). При этом сочетанные дизритмии наблюдались более чем у половины больных (51,4%), и только 3 ребенка (8,6%) не имели никаких нарушений

ритма. Таким образом, применение холтеровского мониторирования ЭКГ значительно повышает выявляемость кардиальных дизритмий у детей с НДСТ, имеющих ПМК.

ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Конопко Н.Н.

г. Донецк

Известно, что одним из многочисленных этиопатогенетических факторов экстрасистолии (ЭС) у детей является патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При обследовании 99 детей с ЭС (65 мал., 34 дев.) в возрасте от 14 дней до 18 лет различная патология ЖКТ выявлена у 37 (37,4%) чел.: хронический гастроудуоденит у 10 (10,1%) чел., гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – 6 (6,1%) чел., диафрагмальная грыжа – 11 (11,1%) чел., дискинезия желчевыводящих путей – 6 (6,1%) чел., хронический холецистит и холецистохолангит – 2 (2,9%) чел., хронический колит – 2 (2,9%) чел. При этом обращало внимание наличие диспептических проявлений (жалобы на сниженный аппетит, боль в эпигастральной области, правом подреберье, отрыжку, изжогу, метеоризм, запоры и др.) только у 15 (15,2%) пациентов. Анализ клинико-инструментальных пока-

зателей выявил особенности течения ЭС у детей с патологией ЖКТ: отсутствие ЭС в вертикальном положении, появление ЭС во время приема пищи, ночной циркадный индекс ЭС, наличие лабильных ЭС покоя с длительным периодом релаксации по результатам тредмилл-теста. Проведение комплексного лечебно-реабилитационного курса пациентам с патологией ЖКТ сопровождалось положительной динамикой течения ЭС у 25 (67,6%) чел. и ее исчезновением у 7 (18,9%) чел., что подтверждало этиопатогенетическую связь обсуждаемых патологических процессов. Таким образом, у каждого третьего пациента с ЭС выявлены различные заболевания ЖКТ. Их диагностика, в обосновании проведения которой важен учет выявленных особенностей ЭС, осуществление лечебно-реабилитационных курсов важны в повышении эффективности ведения детей с ЭС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНАМА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Пшеничная Е.В., Конопко Н.Н., Паршин С.А.

г. Донецк

Цель: Оценка эффективности и безопасности энама у детей с артериальной гипертензией (АГ). Материалы и методы: 38 детей с АГ 5-17 лет (28 мальчиков и 10 девочек), имевшие показания для назначения медикаментозной терапии. У 32 (84,2%) чел. АГ была первичной; у 6 (15,8%) чел. – вторичной. Подбор дозы энама проводили в течение 5-7 дней под контролем самочувствия, показателей САД и ДАД 2 раза в сутки в условиях отделения детской кардиологии и кардиохирургии ИИВХ им. В.К. Гусака АМН Украины. Минимальный курс терапии составил 3 мес. Эффективность оценивали по ежедневной динамике жалоб, клинического статуса пациента; показателей случайного АД; суточного мониторирования АД исходно, через 3 месяца лечения энамом и через 3 месяца после окончания курса энама. На 3-й день лечения энамом положительная динамика самочувствия и показателей АД от-

мечена у 16 (42,1%) больных. После 3-месячного курса отсутствие жалоб констатировано у 78,9%, уменьшение степени выраженности у 20,1% пациентов; нормализация среднесуточного САД документирована у 35 (92,1%) чел., при этом в дневные часы – у 35 (92,1%) чел., в период ночного сна – у 34 (89,5%) чел.; снижение ИВ САД у 35 (92,1%) чел. во время бодрствования, ИВ ДАД у 34 (89,5%) чел. в период ночного сна. У всех пациентов достигнутый гипотензивный эффект сохранялся в динамике 3-х месячного наблюдения после окончания курса. Все пациенты отмечали хорошую переносимость энама. Таким образом, положительная динамика самочувствия, клинической симптоматики и показателей АД свидетельствуют об эффективности и безопасности энама у детей с первичной и вторичной артериальной гипертензией и целесообразности его включения в лечебно-реабилитационные программы.

РОЛЬ ТРЕДМИЛЛ-ТЕСТА В ОЦЕНКЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Нагорная Н.В., Конопко Н.Н., Дмитрук В.И., Паршин С.А.

г. Донецк

Выявление скрытой жизнеугрожающей кардиальной патологии – одна из важных задач современной медицины. Усиленные физические нагрузки, гипероксигенация, стрессы могут способствовать проявлению генетической или латентно текущей патологии. В связи с этим, обследование детей перед поступлением в спортивную секцию или школу может стать определяющим фактором в сохранении их здоровья. Цель работы: изучение толерантности к физической нагрузке здоровых детей перед оформлением в спортивную секцию. Материалы и методы: реакцию на физическую нагрузку оценивали с помощью тредмилл-теста (ТТ) по протоколу Вгисе 90 здоровым детям (27 дев., 63 мал.) в возрасте 6-18 лет. Перед ТТ оценивали вегетативный гомеостаз: исходный вегетативный тонус по величине показателя индекса напряжения

(ИН), вегетативную реактивность (ВР) по Осокиной Г.Г., вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) по реакции гемодинамики во время ортостатической пробы. Результаты: у 34 (37,8%) детей выявлена асимпатикотоническая ВР. Асимпатикотоническое и гипердиастилическое ВОД имели 39 (43,3%) обследованных. У 44 (48,9%) детей реакция на ФН была гипотонической, дистонической, гипертонической. Замедленное восстановление ЧСС в восстановительный период регистрировали у 37 (41,1%) чел., АД – у 24 (26,7%) чел. Выводы: тредмилл тест позволил оценить толерантность детей к физической нагрузке (высокая у 100% обследованных), напряжение адаптации сердечно-сосудистой системы (у 48,9% детей), резервные возможности гемодинамики, составить индивидуальные рекомендации по оптимизации физической активности.

ВАЗОВАГАЛЬНЫЕ СИНКОПЕ У ДЕТЕЙ. 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ

Нагорная Н.В., Пшеничная Е.В., Четверик Н.А., Бордюгова Е.В., Конопко Н.Н.

г. Донецк

Актуальность проблемы вазовагальных синкопе (ВВС) у детей определяется их значительной распространенностью во всем мире, высоким риском развития жизнеугрожающих ситуаций и внезапной сердечной смерти, отсутствием единых подходов к ведению данных пациентов. Целью исследования явилось повышение эффективности диагностики ВВС у детей, реабилитационно-профилактических программ. За период с 2005 по 2010 гг. в условиях отделения детской кардиологии и кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины обследованы 254 ребенка 4-18 лет с синкопальными состояниями неуточненного генеза. Комплексное обследование, включавшее пробу с пассивным ортостазом (тилт-тест), являющуюся «золотым стандартом» в мире; велоэргометрию с активным постнагрузочным ортостазом (ВЭМП), позволило диагностировать вазовагальные обмороки у 69 (27,2%) чел.

При этом только использование тилт-теста явилось основанием диагностики ВВС у 53 (20,9%) детей: у 14 (26,4%) чел. – кардиоингибиторный тип, характеризовавшийся урежением ЧСС до 40 ударов в 1 мин и менее и развитием асистолии продолжительностью от 3 до 65 сек.; у 15 (28,3%) чел. – вазодепрессорный тип со снижением АД более, чем на 30 мм.рт.ст. от исходного, у 24 (45,3%) обследованных – смешанный тип ВВС. Дополнение диагностического алгоритма ВЭМП позволило индуцировать ВВС у 16 (6,3%) пациентов, в том числе у 1 (6,3%) чел. установлен кардиоингибиторный тип, у 5 (31,3%) чел. – смешанный и у 10 (62,5%) чел. – вазодепрессорный тип. Анализ данных литературы, в том числе международных рекомендаций, собственный 5-летний опыт изучения эффективности лечебно-реабилитационной программы позволяет рекомендовать ее для детей с ВВС.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Нагорная Н.В., Четверик Н.А., Zubov A.C., Паршин С.А.*

г. Донецк

Цель - оценить церебральную гемодинамику у детей с артериальной гипертензией. Объект исследования: 61 ребенок 10-18 лет с артериальной гипертензией (АГ): 30 чел. (49,2%) – с лабильной АГ (ЛАГ) и 31 чел. (51,8%) – со стабильной АГ (СтаГ) по данным суточного

мониторирования ЭКГ и АД. Методы исследования: церебральную гемодинамику изучали методом ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга. Результаты: У 7 (11,7%) обследованных показатели гемодинамики были физиологическими. У 7 (23,3%) чел. с

ЛАГ и у 10 (32,3%) чел. со СтАГ выявлен гиперкинетический тип кровотока, подтверждающий повышение активности симпатoadrenalового отдела ВНС и увеличение ударного объема сердца. Повышение индекса периферического сопротивления сосудов выявлено у 5 (16,7%) детей с ЛАГ и 4 (12,9%) детей со СтАГ, что является признаком гипертензивной ангиопатии сосудов головного мозга. У 5 (16,7%) чел. с ЛАГ и у 9 (29,0%) чел. со СтАГ установлено повышение скоростных показателей в экстракраниальном отделе (среднемогзговая и по-

звоночные артерии), что свидетельствует о повышении сосудистого сопротивления и может являться маркером начальных патологических изменений сосудистой стенки. У 8 (26,6%) детей с ЛАГ и у 6 (19,4%) чел. со СтАГ выявлены изменения резистивности сосудов по типу ангиодистонии. Выводы: артериальная гипертензия у детей уже в лабильной стадии сопровождается изменением церебральной гемодинамики (60,0% обследованных с ЛАГ и 74,2% со СтАГ), что важно при составлении лечебно-реабилитационной программы.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА (ГВ) У ДЕТЕЙ

Натальченко Г.И., Нестеренко З.В., Солдатенкова В.Е.

г. Луганск

Из группы системных васкулитов в детском возрасте наиболее распространен ГВ, который последнее время чаще всего протекает атипично. Целью нашего исследования стал проспективный анализ клиники ГВ у детей, поступивших на лечение в РКО ОДКБ г. Луганска в 2008 – 2009 годах. Под наблюдением находилось 52 ребенка в возрасте от 1 года до 6 лет: 24 девочки и 28 мальчиков. Дети были разделены в зависимости от возраста на 4 группы. Первую группу составили 30 (57,7%) детей от 1 до 6 лет; 2 группу – 8 (15,4%) детей от 7 до 10 лет; 3 группу – 10 (19,2%) детей от 11 до 14 лет; 4 группу – 4 (7,7%) детей от 15 до 18 лет. Почти половина больных (48%) поступили в клинику в весенне-осенний период, что подтверждает роль сезонной инфекции в развитии данного заболевания. Триггером в большинстве случаев 31 (59,6%) являлись ОРЗ с поражением верхних дыхательных путей, а также острый тонзиллит у 6 (11,5%) больных. У 15 (28,8%) детей заболевание было спровоцировано приёмом гипераллергенных продуктов. При изучении анамнеза установлено, что патология внутриутробного и перинатального периодов имела место у 19 (36,5%) пациентов. На искусственном вскармливании находилось 14 (26,9%) детей. Аллергия на укусы насекомых, продукты, медикаменты была у 12 (23,3%) больных. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым и аллергическим заболеваниям выявлена соответственно у 15 (28,8%) и 4 (7,7%) детей. Почти треть детей состояли на учете у участковых педиатров в группе ЧДБ. Анализ соматического статуса пациентов показал наличие признаков дисплазии соединительной ткани у 25 (48%) больных, у 34 (65,4%) детей была диагностирована дизметаболическая нефропатия. Нарушение функции печени в виде увеличения размеров, повышения

уровня трансаминаз и тимоловой пробы, мезенхимальных изменений при УЗИ отмечалось у 15 (28,8%) детей. Дисбиоз кишечника диагностирован у 9 (17,3%) больных первой группы. Золотистый стафилококк при микроскопическом исследовании мазков из зева высеивался у 12 (23,1%) наблюдаемых. Повышение титра АСЛ-О отмечено у 16 (30,8%) детей. Среди обследуемых детей кожный вариант ГВ наблюдался у 18 (34,6%) больных, кожно-суставной у 18 (34,6%), кожно-суставно-абдоминальный у 17 (32,7%). При этом смешанный вариант ГВ отмечался у 50% (15) детей 1 группы. Капилляротоксический нефрит диагностирован у 3 (5,8%) пациентов, соответственно у 2 из 1 группы и 1 из 3 группы. Заболевание стартовало у 19 (36,55%) детей с абдоминального синдрома, при этом 15 (50%) детей были из 1 группы. У 25% (13) больных наблюдался атипичный характер сыпи (полиморфная, уртикарная, кольцевидная, линейная петехиальная в местах механического раздражения) с нехарактерной для ГВ локализацией и преобладал у детей до 6 лет. Проведенное клиническое исследование позволяет нам сделать следующие выводы: 1. ГВ полиэтиологичное заболевание. 2. Наблюдается четкая связь и увеличение числа больных ГВ с ростом сезонной заболеваемости ОРЗ. 3. ГВ чаще (57,7%) страдают дети в возрасте до 6 лет. 4. У детей с отягощенным внутриутробным анамнезом, находящихся на искусственном вскармливании, и из группы ЧДБ в 3 раза чаще (36,5%) отмечается волнообразное течение ГВ. 5. Частота выявления атипичного течения ГВ у детей тесно связана с фоновой патологией: дисплазией соединительной ткани, нарушением функции гепатобилиарной системы, аллергическими реакциями.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Недельська С.М., Шумна Т.С., Солодова І.В., Мазур В.І., Жиленко І.О., Бессікало Т.Г., Кляцька Л.І., Тарасевич Т.В., Сребродольська К.В., Ярцева Д.О., Кізілова І.А., Шевченко О.О., Бабунова О.Є., Вітко М.С., Пащенко І. М.

м. Запорозьє

Синдром дисплазії сполучної тканини серця має полігенно-мультифакторний генез і часто поєднується із іншими диспластичними змінами з боку інших органів та систем. З метою виявлення розповсюдженості синдрому дисплазії сполучної тканини серця у дітей з алергічними захворюваннями було проведено ехокардіографічне дослідження у 159 хворих (87 хлопчиків та 72 дівчинки) у віці від 7 до 16 років. Синдром дисплазії сполучної тканини серця, представлений малими серцевими аномаліями (МАС) зустрічався у 74 (46,54%) дітей з алергічними захворюваннями і поєднувався з наявністю 3-х та більше стигм дизембріогенезу. Із них, аномальні хорди (поперечні, діагональні, поздовжні), переважно в області верхівки лівого шлуно-

чка (АХЛШ) реєструвалися у 20 (27%) дітей та пролапс мітрального клапану (ПМК) – у 18 (24,32%) обстежених. Ступінь пролабування стулок мітрального клапану у 15 (20,27%) дітей не перевищував 4-5 мм (ПМК I ступеня) і тільки у 3-х (4%) - було виявлено пролабування стулок до 7-8 мм (ПМК II ступеня). У 36 (48,65%) хворих малі серцеві аномалії (АХЛШ та ПМК I ступеню) поєднувалися. Пролапс трикуспідального клапану (ПТК) в структурі МАС відмічався тільки у 2 (2,7%) дітей з алергічними захворюваннями. Таким чином, майже у кожної другої дитини алергічна патологія поєднувалася з іншими аномаліями, в даному випадку – серцевими, що призводило до супутніх функціональних порушень з боку серцево-судинної системи.

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СЕРДЦА

Нестеренко З.В., Натальченко Г.И., Солдатенкова В.Е.

г. Луганск

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей соматической патологии при различной степени выраженности диспластических изменений у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ). Материал и методы исследования: под наблюдением в течение 3-х мес. находилось 145 пациентов от 3-х до 18 лет, обследовавшихся в областной детской клинической больнице г. Луганска. Диагностика соматических заболеваний проводилась согласно современным протоколам, костно-суставная система оценивалась по Брайтонским критериям. Нарушения со стороны 7 систем (костно-суставной, кожи, мышечной, дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, желудочно-кишечного тракта, поражение зубов) были сопоставлены со степенью выраженности одного из часто встречающихся признаков дисплазии – синдрома гипермобильности суставов (СГМС). Результаты и обсуждение: При обследовании НДСТ выявлена у 95,2 % пациентов, 4,8 % больных имели повышенную диспластическую стигматизацию. У всех больных имело место поражение костно-суставной системы, несколько реже – желудочно-кишечного тракта (93,1 %) и сердечно-сосудистой системы (90,3 %); кожно-мышечной системы (89 %); почти в 2 раза реже отмечено нарушение зрения (55,2 %) и функции органов дыхания (51,7%). Поражение мочевыделительной системы было в 29,7 % случаев. Вовлечение в патологический процесс на фоне НДСТ одновременно 5-7 органов и систем отмечено у 68,3 % детей. Выраженные проявления синдрома гипермобильности суставов (СГМС) отмечены

у 95,2 % детей. Самой многочисленной была группа детей с 9 балльной оценкой СГМС (42,1 %); несколько реже с 5-балльной (35,9 %). СГМС с оценкой по шкале в 7, 4 и 3 балла отмечено редко (8,9 % - 8,3 % - 4,8 %, соответственно). При сопоставлении количества пораженных органов и систем со степенью проявления СГМС был вычислен коэффициент корреляции ($r_{xy} = 0,8$), что соответствует сильной положительной связи между исследуемыми параметрами. Следует отметить, что поражение 7 систем отмечено только у 8 больных, 6 из них (75 %) имели проявления СГМС по шкале Бейтона – 9 баллов. Анализ тяжести течения выявленной соматической патологии, протекающей на фоне проявлений НДСТ со стороны нескольких органов и систем, выявил более выраженные клинические симптомы заболеваний, с частыми рецидивами и осложнениями. Выводы. 1. Отмечается высокая частота проявлений НДСТ у обследованных детей 95,2 %; у 4,8% - повышенная диспластическая стигматизация. 2. При НДСТ у детей чаще поражаются костно-суставная система; желудочно-кишечный тракт; сердечно-сосудистая, кожа, мышцы, реже – органы зрения, дыхания, мочевыделительная система. 3. При НДСТ отмечена положительная корреляционная связь между выраженностью СГМС и количеством вовлеченных в патологический процесс органов и систем. 4. Изменения в 5-7 системах выявлены нарушения у большей части (68,3 %) детей с НДСТ. 5. Наиболее тяжелое течение заболеваний отмечено при выраженных проявлениях НДСТ у детей.

ДИНАМІКА ЗМІН ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ РІЗНИХ ЗА ТРИВАЛІСТЮ КУРСІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ

Ніконова В.В., Ахназарянц Е.Л.

м. Харків

Мета: дослідити динаміку змін добового профілю артеріального тиску під впливом різних за тривалістю курсів антигіпертензивних засобів у підлітків із ПАГ. Об'єкт та методи: 100 юнаків із ПАГ у віці 14-17 років, із них 60 - із вперше встановленими діагнозом, 20 осіб обстежені через 6 місяців та 20 осіб - через 1 рік. ДМАТ проводили на апараті АВРМ-04 (Угорщина) із визначенням сер. САТ, сер. ДАТ в денний і нічний час, індекс часу гіпертензії і добовий індекс для САТ і ДАТ. Для лікування використовували препарати першої лінії: β-адреноблокатори, антагоністи Са²⁺ та інгібітори АПФ протягом 6-ти та 12-ти місяців. При першому обстеженні клініки групи з нормальним нічним зниженням АТ ("dipper") склали 35 підлітків (65,9 %). У другу групу з недостатнім нічним зниженням АТ ("non-dipper") увійшло 19 пацієнтів (23,8 %). У третій групі були підлітки з надмірним падінням

АТ в нічний період часу ("over-dipper") - 10 чоловік (20,4 %). Добового профілю "night-peaker" у даній групі зареєстровано не було. Через 6 місяців, при повторному обстеженні 20 юнаків розподіл у групах був таким: у групі "dipper" було 15 чоловік (75,0 %), у групі "non-dipper" - 2 підлітки (10,0 %), у групі "over-dipper" - 3 підлітки (15,0 %). Добового профілю "night-peaker" зареєстровано не було. При обстеженні через 1 рік 20-ти осіб, група "dipper" складала 14 чоловік (70,0 %), у групі "over-dipper" було 6 юнаків (30,0 %), а пацієнтів із добовим профілем "non-dipper" та "night-peaker" через рік не зареєстровано. Таким чином, у підлітків із ПАГ на фоні прийому антигіпертензивних засобів відбувається перехід патологічних добових профілів АТ (non-dipper та over-dipper) у фізіологічний профіль (dipper).

ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ І БІЛКІВ ТА СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМИ ФОРМАМИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Носова О.М., Яковлева І.М.

м. Харків

Відомо, що накопичення продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і білків змінює структуру клітинних мембран, веде до змін їх функціональної активності. Сьогодні окислативний стрес вважається однією з ланок патогенезу багатьох захворювань, в тому числі гіпертонічної хвороби. З метою вивчення характеру компенсаторно-адаптаційних змін у 34 підлітків 14-18 років із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) та у 30 їх однолітків із артеріальною гіпертензією (АГ), яка супроводжувалась ожирінням і перебігала на тлі гіпоталамічного синдрому періоду пубертату (ГСПП), досліджувалися біохімічні параметри прооксидантної та антиоксидантної систем. Показники вільнорадикальних процесів визначалися за вмістом у крові продуктів реакції ПОЛ, карбонільованих білків (КБ). Із ферментів антиоксидантного

захисту (АОЗ) вивчалися активність супероксиддисмутази (СОД) та глутатіонпероксидази (ГПО). Встановлено, що активація системи ПОЛ була більш вираженою у пацієнтів із АГ на тлі ГСПП ($0,094 \pm 0,007$ проти $0,070 \pm 0,007$ ммоль/л, $p < 0,02$). Рівень КБ у підлітків із АГ на тлі ГСПП мав тенденцію до перевищення цих показників пацієнтів із ПАГ ($0,90 \pm 0,04$ проти $0,82 \pm 0,05$ Ол/мл, $p < 0,1$). У той же час показники АОЗ вірогідних розбіжностей в порівнюваних групах не мали: ГПО ($11,16 \pm 0,47$ та $11,31 \pm 0,52$ мкмоль/мл/хв); СОД ($1,32 \pm 0,03$ та $1,35 \pm 0,04$ Ол/хв/мл). Отже, у юнаків із надмірною вагою тіла АГ супроводжується більш вираженою активацією ПОЛ без адекватної відповіді антиоксидантної системи, що веде до дисбалансу між активними вільнорадикальними процесами та системою АОЗ і є проявом окислативного стресу.

ПОРУШЕННЯ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ ПРИ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

Омельченко Л.І., Дудка І.В., Людвік Т.А., Ніколаєнко В.Б., Петренко Л.Б.

м. Київ

Результати ретроспективного аналізу 402 історій хвороб дітей з ревматичними захворюваннями, які протягом 10 останніх років перебували у відділенні захворювань сполучної тканини дитячих клінік ДУ "ІПАГ АМНУ", свідчать, що при незначній кількості (12%) хворих зі скаргами, характерними для патології з боку гепато-біліарної системи, за допомогою ультразвукового дослідження у 75% пацієнтів виявляється помірне збільшення печінки, зміни структури її паренхіми спостерігаються у 44,4% хворих, а ознаки дискінезії жовчовивідних шляхів - у 62,9% випадків. Порушення функціонального стану печінки (помірний синдром цитолізу, підвищення активності лужної фосфатази, збільшення показника тимолової проби) виявлено у 8,5%

хворих. Такі зміни з боку гепато-біліарної системи більш часто відмічаються у пацієнтів з суглобово-вісцеральною формою ювенільного ревматоїдного артриту, при системному червоному вовчаку та у хворих з високим ступенем активності запального процесу при інтенсивному використанні протягом тривалого часу протизапальної терапії (нестероїдних та стероїдних протизапальних засобів). Включення в комплексну терапію хворих на ревматичні захворювання дітей препаратів артришоку, яким притаманна гепатопротекторна та холеретична дія, сприяло нормалізації лабораторних показників функціонального стану печінки, зменшенню її розмірів та явищ холестазу, що позитивно впливало на ефективність та безпечність лікування основних захворювань.

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Омельченко Л.И., Ошлянская Е.А.

г. Киев

Среди базисных средств лечения ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) препаратом выбора остается метотрексат. В отделении заболеваний соединительной ткани у детей ДУ «ИПАГ АМНУ» его получали 49,28% пациентов из 209 наблюдавшихся в течение 10 лет больных ЮРА. Диспептические расстройства при приеме метотрексата на фоне противовоспалительной терапии регистрировались у 56% из них. В исследованиях *in vitro* была показана способность метотрексата дозозависимо подавлять рост физиологической кишечной микрофлоры, что в определенной мере способствует развитию дисбиотических нарушений, усугублению диспептических явлений, снижению абсорбции препарата. Ухудшение переносимости метотрексата обуславливает необходимость его парентерального назначения. В таких случаях использовался официальный дозированный раствор метотрексата для инъекций «Методжект» («Медак ГмБХ»,

Германия). Его включение в комплексную терапию ЮРА способствовало в течение первых 6 недель после начала применения развитию иммунологической (снижение в крови содержания Т-хелперных лимфоцитов, их активированных и регуляторных форм, аутоантител, нормализация уровня иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов) и клинической ремиссии заболевания с купированием суставного синдрома в 86,66% случаев. Эффективность терапии методжектом составила 93,3 %, что сопоставимо с эффективностью энтерального приема метотрексата (84,37 %). Переносимость в 100 % случаев расценена как хорошая. "Методжект" является эффективным препаратом для лечения ЮРА, удобен для применения и может быть использован в дебюте лечения для более быстрого достижения иммуносупрессивного эффекта и клинической ремиссии заболевания, а также при плохой переносимости оральных форм метотрексата.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ В ДИТЯЧІЙ КАРДІОЛОГІЇ

Омельченко Л.І., Ошлянская О.А., Файнзільберг Л.С., Чайковський І.А.

м. Київ

Впровадження в медичну практику комп'ютерного аналізу функціональних показників для їх об'єктивізації та зручності використання стало підставою розробки вітчизняними науковцями модифікованого методу обробки електрокардіограми (ЕКГ) - аналізу її в фазовому просторі. У відділенні хвороб сполучної тканини у дітей ДУ "ІПАГ АМНУ" в 2008-2009 рр. вперше проведено дослідження можливостей

його використання у дітей з метою ранньої діагностики кардіальних порушень. За допомогою фазографу обстежені 83 хворих, з них 22 дитини з дифузними хворобами сполучної тканини (ДХСТ) без верифікованого кардиту та 61 дітей з клінічними ознаками гіпермобільного синдрому (ГМС). Результати проведеного дослідження свідчили про більшу діагностичну значущість виявлення порушень реполяри-

зації міокарду за допомогою фазографу, ніж при оцінці стандартної ЕКГ (у 72,7% пацієнтів з ДХСТ та в 60,6% випадків у дітей з ГМС спостережені зміни стандартної ЕКГ та, відповідно, у 95,4% та 73,7% - при оцінці її у фазовому просторі). Спостерігалась кореляція виявлення міокардіальних уражень з наявністю у хворих патологій органів дихання та шлунково-кишкового тракту при відсутності взаємозв'язку з наявністю у них синдрому вегетативної дисфункції, що дозволяє відо-

кремити функціональні та органічні метаболічно-обумовлені порушення міокарду. Перевагою використання приладу для аналізу ЕКГ в фазовому просторі є мобільність пристрою, відсутність необхідності накладання електродів та миттєве одержання результатів дослідження. Можна запропонувати його використання в якості скринінгової оцінки стану серцево-судинної системи в дитячому віці та для ранньої діагностики уражень міокарду в дітей з груп ризику.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ТА РЕЦИДИВУЮЧОЮ ПАТОЛОГІЄЮ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ

Пащикова О.Є., Леженко Г.О., Окул Т.І., Малюга В.Г., Токарева Н.С.

м. Запорозьке

Загальновідомо, що серце є чутливим індикатором всіх процесів, що відбуваються в організмі, а кардіоваскулярні порушення можуть бути причиною важкого та несприятливого перебігу хронічних бронхолегеневих захворювань. Метою дослідження було оцінити морфофункціональний стан серцево-судинної системи у дітей, хворих на хронічні та рецидивуючі бронхолегеневі захворювання. Під спостереженням знаходилося 145 дітей в віці від 3 до 15 років з хронічними та рецидивуючими захворюваннями бронхолегеневі системи, серед яких у 40 було діагностовано муковісцидоз з панкреатичною недостатністю, у 53 – персистуюча бронхіальна астма та у 52 – рецидивуючий бронхіт. Встановлено, що для дітей з хронічними та рецидивуючими бронхолегеневими захворюваннями притаманно порушення вегета-

тивної регуляції діяльності серцево-судинної системи, місце порушення вегетативної регуляції серцевої діяльності, що проявлялося зниженням активності парасимпатичних та надсегментарних впливів, та відносного підвищення активності вазомоторного центру на тлі зниження потужностей спектру серцевого ритму, що є ознакою зниження адаптаційних можливостей та функціональних резервів серцево-судинної системи. Дані доплер-ехокардіографічного дослідження у хворих дітей свідчили про формування концентричного ремоделювання та концентричної гіпертрофія лівого шлуночка, підвищення внутрішньосерцевого індексу, відносне переважання об'ємів серця над його розмірами, зниження показників швидкості та градієнту тиску потоків на клапанах серця, а також розвиток легеневої гіпертензії.

ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ

Пидкова В.Я., Иванько О.Г., Селина Ю.В., Колчина М.Ю., Круть А.С., Шульга А.А., Пащенко И.В., Кизима Н.В., Радутная Е.А., Врублевская С.В., Пацера М.В.

г. Запорозьке

Среди заболеваний системы кровообращения одним из наиболее частых является артериальная гипертензия. Несмотря на внедрение профилактических рекомендаций и определенных успехов в ее лечении, повсеместно нарастает количество подростков с артериальной гипертензией, которая нередко переходит в гипертоническую болезнь взрослых. При лечении гипертонической болезни у взрослых предпочтение отдается медикаментозному лечению, в то время как у подростков методы физической реабилитации могут составлять базис терапии. Целью нашей работы явилась разработка индивидуальных программ физической реабилитации (тренировки на велотренажерах) для 32 молодых людей (юношей и девушек) с первичной артериальной гипертензией в возрасте 16-17 лет. Интенсивность физических нагрузок определялась в соответствии с исходным уровнем физиче-

ской работоспособности (PWC₁₇₀), показателями артериального давления (суточное мониторирование). Тренировки проводили под контролем АД, частоты пульса, общего состояния больных. Величину нагрузки определяли по пульсовой ценности упражнений, выполненной работе. В ходе исследований отмечены положительные эффекты физических нагрузок. У многих пациентов исчезли субъективные симптомы заболевания (головные боли, головокружения, эмоциональная лабильность и повышенная утомляемость, боли в области сердца). Нормализация артериального давления происходила в ближайшие минуты и часы после тренировки, несмотря на то, что давление было повышенным до занятия на велотренажере. Особый интерес представляет наблюдение отдаленных результатов после завершения реабилитационных индивидуальных программ.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З ГРИПОЗНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

*Попов В.П., Мантак Г.І., Дудник В.М., Юценко Л.О., Гумінська Г.С., *Віннічук Л.Л., *Марчук О.І., *Сауленко Т.О., *Однорогова Г.Г.**

м. Вінниця

Вірусні захворювання респіраторного тракту є важливою проблемою сучасної медицини у зв'язку з їх значною поширеністю, нерідко важким перебігом та частими ускладненнями. Особливе місце серед них займає грипозна інфекція, яка може супроводжуватись різноманітними порушеннями з боку серцево-судинної системи та позасерцевими змінами. Нами обстежено 26 дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні, віком 3-17 років з важкою, ускладненою грипозною інфекцією. Проаналізовані електрокардіографічні та доплерографічні показники серця 2-разово (на початку захворювання та через 2 місяці після виписки зі стаціонару). Відмічено, що в усіх пацієнтів мали місце зміни з боку серцево-судинної системи. На фоні грипозної інфекції підвищувалась активність симпатичної ланки вегетативної нервової систе-

ми, що в проявлялось у вигляді гіперкінетичного циркуляторного синдрому. На ЕКГ відмічались депресія „Т“, тахі- та дисритмії. Дані центральної гемодинаміки характеризувались підвищенням кінцево-діастолічного об'єму та фракції викиду. Аналогічні зміни були і у показників ударного та хвилинового об'ємів крові, які вірогідно відрізнялись в порівнянні зі здоровими дітьми. Доплерографічні показники у хворих на грипозну інфекцію вказують на наявність підвищення градієнтів тиску вихідного тракту лівого та правого шлуночків. Дані зміни корелювали і обумовлювали важкість стану хворих. На фоні лікування дані зміни мали позитивну динаміку, в більшій мірі це стосується дисфункції лівого шлуночка. Триваліше залишались порушення фази реполяризації лівого шлуночка, що диктує необхідність подальшого нагляду за даною групою дітей.

К ВОПРОСУ О ДЛИТЕЛЬНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Прохоров Е.В., Акимочкина Н.А., Челпан Л.Л., Бельская Е.А., Толстикова Е.А.

г. Донецк

Ввиду невозможности назначения бисфосфонатов и препаратов фтора, для коррекции остеопенического синдрома при ЮРА большинство исследователей используют препараты кальция преимущественно в комбинации с другими микроэлементами и витаминами, в частности D. Однако коррекция остеопоротических нарушений проводится без учета сведений, касающихся баланса других, не менее важных, остеотропных макро- и микроэлементов. Между тем последние могут быть в антагонистических отношениях с содержанием кальция. Поэтому неконтролируемое, порой длительное назначение препаратов кальция может вести к нежелательному дисбалансу и дефициту других остеотропных элементов. В этой связи представляется важным определение с помощью современного высокоинформа-

тивного атомно-абсорбционного метода содержания широкого спектра остеотропных макро- и микроэлементов (Al, B, Fe, I, K, Ca, Co, Si, Mg, Mn, Cu, Zn, Pb, P и др.), содержащихся в зоне роста волос, которые несут интегральную информацию о минеральном обмене и лишены возможности возвращения в основной метаболический пул организма. Исследования свидетельствуют, что назначение с целью коррекции препарата «Кальций Д3-никомед» в сроки превышающие 1,5 месяца ведет к снижению содержания микроэлементов марганца и йода, которые являются антагонистами кальция. Таким образом, коррекцию остеопоротических нарушений целесообразно осуществлять под контролем баланса всех остеотропных макро- и микроэлементов.

ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РЕВМАТИЧНИМИ ХВОРОБАМИ

Пушкарьова Т.М., Завгородня В.В., Доценко Л.А.

м. Київ

Хронічні ревматичні хвороби (РХ) у дітей, розповсюдженість яких становить більш одного відсотка, пов'язані з погіршенням якості життя, швидкої інвалідизацією хворих, негативним впливом на особистість дитини; призводять до вторинної невротизації, психічної дезадаптації, що погіршує перебіг захворювання. Психічні травми, міжособистісні конфлікти відмічалися у 80–87% хворих на РХ, при цьому близько 90% пацієнтів пов'язувало початок або загострення хвороби з гострою, а 10% – з хронічною психотравмуючою ситуацією. Психопатологічні розлади при РХ включають ряд складних форм, до яких відносять невротичні реакції, розлади особистості та неврозподібні порушення. Для розробки індивідуально-орієнтованої психотерапії необхідне: визначення рівня тривожнос-

ті та агресії у дитини, діагностика типу особистості, рівня психопатології та характер відношення до хвороби; вивчення особливостей психосоціального розвитку дитини та виразності клінічних проявів РХ. За отриманими даними розробляється індивідуальна психотерапевтична програма головними принципами якої є: корекція емоційного фону дитини, формування адаптивної поведінки та вироблення конструктивного ставлення до хвороби. В програму входять індивідуальні заняття з дитиною 5-16 сеансів (психодинамічна піскова терапія, арт-терапія), індивідуальні консультації з батьками – 4-6 сеансів та спільні сімейні психокорегуючі заняття від 6 до 8 сеансів. При хронічному перебігу показано проведення повторного курсу психотерапії.

АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

Рацупкин А.О., Баешко Г.И., Дудчак А.П.

г. Донецк

К настоящему времени есть все основания полагать, что в механизме развития синдрома слабости синусового узла ведущую роль играют явления апоптоза, нарушения процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Нами было обследовано 125 детей в возрасте 14-17 лет с синдромом слабости синусового узла. Контрольная группа включала 20 практически здоровых пациентов в возрасте 14-17 лет. В обеих группах изучались процессы ПОЛ, об активности которых судили по уровню малонового диальдегида (МДА), каталазы и восстановленного глутатиона (ВГ) в венозной крови. У детей с синдромом слабости синусового узла отмечалось достоверное повышение показателей МДА ($2,93 \pm 0,67$ мкмоль/л), по сравнению с группой здоровых исследуемых ($1,5 \pm 0,29$ мкмоль/л), что свидетельствует об

интенсификации процессов свободнорадикального перекисного окисления липидов и развитии, так называемого, «окислительного стресса». В то же время, при синдроме слабости синусового узла наблюдается снижение уровня ВГ ($1274 \pm 149,4$ мкмоль/л) – маркера антиоксидантной защиты организма, что приводит к ещё большему увеличению активности свободнорадикальных процессов. Показатели каталазы у здоровых и детей с синдромом слабости синусового узла достоверно не отличались. Таким образом, можно предположить, что развитие и прогрессирование синдрома слабости синусового узла в детском возрасте связано и поддерживается нарастающим каскадом процессов перекисного окисления липидов, так называемым «окислительным стрессом».

СИНДРОМ НІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Романкевич І.

м. Київ

СОА входить до складу синдрому сонних апное і відноситься до внутрішніх порушень сну. Порушення дихання під час сну включають апное, гіпноное, храп та синдром резистентності верхніх дихальних шляхів. Апное — повна зупинка потоку дихання через носоглотку тривалістю не менше 10с., що зумовлена спадінням дихальних шляхів на рівні глотки при збережених дихальних зусиль або при відсутності їх. Гіпноное — це зменшення потоку дихання на 50% і більше, що супроводжується зменшенням насичення крові киснем понад 4%. Храп — це звук, який виникає під час вдиху внаслідок вібрації м'якого піднебіння та піддатливих тканин глотки внаслідок руху повітря через звужені верхні дихальні шляхи. Синдром нічного обструктивного апное (СОА) раніше вважався патологією дорослого віку. Проте на даний момент патологія активно вивчається у дітей.

Мета: ознайомити широке коло лікарів педіатричного та загального профілю з проблемою обструктивних апное та їх особливостей у дитячому віці. Висновки: 1. СОА зустрічається у 2-3% дітей переважно дошкільного віку. 2. Найчастішими причинами розвитку апное сну є аденоїди вегетативні та гіпертрофія піднебінних мигдаликів. 3. Клінічні прояви поділяються на нічні (храп, апное, шумне дихання, неспокійний сон) та денні (відчуття втоми та головні болі після прокидання, зниження уваги та працездатності, емоційні розлади) симптоми. 4. Самим ефективним методом лікування СОА у дітей є аденотонзилектомія. 5. Новим неінвазивним методом лікування є CPAP-терапія. 6. СОА впливає на якість життя дітей, які ним страждають та мають прогностичне значення в розвитку та прогресуванні артеріальної гіпертензії, порушень ритму серця та ожиріння.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ РАННЬОЇ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ РЕАКТИВНИХ АРТРОПАТІЙ У ДІТЕЙ

Ричкова Т.А.

м. Луганск

Актуальність ревматичних захворювань (РЗ) обумовлена їх високою розповсюдженістю в загальній популяції, швидким прогресуванням із розвитком інвалідності, труднощами ранньої диференціальної діагностики. У структурі РЗ провідне місце посідає патологія кістково-м'язової системи. Висока поширеність і складність ранньої диференціальної діагностики артритів у дітей обумовлює пошук нових серологічних маркерів для специфічної лабораторної діагностики даної групи захворювань. Увагу дослідників привернули антитіла до цитрулінованого пептиду (анти-ЦЦП). Установлено, що чутливість анти-ЦЦП при діагностиці РА в дорослих складає 70-80%, специфічність – 98-99%. У клінічних дослідженнях встановлено, що анти-ЦЦП статус у дорослих залишається стабільним протягом перших 3-5 років при ранньому РА, але динаміка даного показника в дітей протягом тривалого спостереження не вивчалася, також є тільки поодинокі дані про рівень анти-ЦЦП у дітей із РеА. Тому метою даної роботи було вивчення рівня ревматоїдного чинника (РЧ) і анти-ЦЦП у дітей із РеА та ЮРА. Під наглядом перебувало 83 дитини – хлопчиків 47 (56,6%), дівчаток 36 (43,4%), віком від 1 до 18 років – середній вік становив $10 \pm 0,7$ роки. Більшість дітей – 73,5% переносила РеА, решта – 22 (26,5%) пацієнта страждали на ЮРА – 15 пацієнтів мали суглобову форму, та 4 дитини – суглобово-вісцеральну форму захворювання. Визначення РЧ проводили методом преципіта-

ції в латекс-аглютинаційному тесті (RefaTex – DAC, DAC-SpectoMed s.r.l., Кишеньов, Молдова). Визначення рівня анти-ЦЦП проводили за допомогою фотометра імуноферментного планшетного «Ефос 9305» (Росія), із використанням діагностичного набору «Anti CCP ELISA (IgG)» фірми «Euroimmune». Отримані результати свідчили, що слабкопозитивний РЧ було виявлено в 6,6% дітей із РеА та в 13,6% пацієнтів із ЮРА. Загальна кількість пацієнтів із позитивними РЧ серед досліджуваного контингенту дітей становила 8,4%. Поряд із цим, при визначенні рівня анти-ЦЦП - позитивні показники було виявлено в 18,0% пацієнтів із РеА та 36,4% дітей із ЮРА. Сумарне виявлення анти-ЦЦП у досліджуваній групі дітей становила 22,9%. Таким чином, отримані дані свідчать, що виявлення підвищеного рівня анти-ЦЦП вірогідно частіше по відношенню до РЧ ($P < 0,05$) серед дітей із різними формами артритів. Клінічне значення підвищеного рівня анти-ЦЦП у дітей із РеА полягає в високій вірогідності розвитку ЮРА, що обумовлює більш ретельне їх спостереження в групі ризику з розробкою та застосуванням індивідуальних схем профілактичного лікування. Наявність підвищеного рівня анти-ЦЦП у дітей із ЮРА прогнозує більш тяжкий перебіг захворювання та потребує призначення адекватного лікування в ранні строки виникнення захворювання, так званого «вікна можливостей» (window of opportunity).

ВИПАДОК АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ У ДИТИНИ ХВОРОЇ НА СИСТЕМНИЙ КРАСНИЙ ВОВЧАК

Сабадаш С.С., Солдатенкова В.С., Безкаравайна В.М., Кузнєцова М.О., Мецєрякова Т.В., Сабадаш С.В.

м. Луганск

Відомо, що поширеність, антифосфоліпідного синдрому у популяції нез'ясована. Тому вважається доцільним опис випадків антифосфоліпідного синдрому у дітей, та підлітків. Діагностичними критеріями антифосфоліпідного синдрому є венозний тромбоз, артеріальний тромбоз, тромбоцитопенія, та лабораторні показники – кардіоліпіновий антиген, хибно позитивна реакція Васермана (ВА тест) також. Для постановки діагнозу АФС необхідна присутність щонайменше одного клінічного та одного лабораторного ознака. Антифосфоліпідні антитіла повинні виявлятися не менш ніж двічі на протязі 3-х місяців. Захворювання частіше розвивається у молодому віці, зустрічаються випадки у дітей і навіть немовлят. Клінічні прояви антифосфоліпідного синдрому розвиваються у 30% хворих з ВА і у 30-50% хворих, що мають помірний або високий рівень Ig G АКЛ, і у 12-15% жінок з рецидивуючими спонтанними абортими. Основними клінічними проявами антифосфоліпідного синдрому є: артеріальна оклюзія (гангрена кінцівок, інсульт, оклюзія аорти, інфаркти внутрішніх органів), венозна оклюзія (периферичний венозний тромбоз, венозний тромбоз внутрішніх органів, включаючи тромбоз портальних вен і надниркова недостатність), гематологічні ускладнення (тромбоцитопенія, Кумбс-позитивна гемолітична анемія, тромботична мікроангіопатична гемолітична анемія), шкірні прояви (сітчасте ліведо, виразки гомілки та ін), неврологічні порушення (хорея, судоми, ішемія мозку, синдром, що нагадує розсіяний склероз, мігрень), ниркові порушення (ниркова недостатність, артеріальна гіпертензія), ураження серця (ураження клапанів, інфаркт міокарда, внутрішньосерцевий тромбоз), кісткові порушення (асептичний некроз, транзиторний остеопороз), катастрофічний АФС (ниркова недостатність з артеріальною гіпертензією, легенева недостатність, неврологічні порушення, респіраторний дистрес-синдром, периферична гангрена). Диференціальна діагностика АФС проводиться з досить широким колом захворювань, що протікають із судинними порушеннями. З іншого боку, АФС може поєднуватися з різними захворюваннями, наприклад, з системними васкулітами. Під нашим спостереженням знаходився підліток – 16 років, який поступив у кардіоревматологічне відділення ЛЮДКБ з діагнозом – системний червоний вовчак, шкірний синдром, нефрит, гепатит, артрит I ступеня активності, тромбоз правої ниркової вени. Дитина

мала скарги на загальну слабкість, еритему на обличчя, пітливість. Хворіє на системний червоний вовчак з 2008 року, коли червона еритема обличчя з'явилася перший раз. Також у пацієнта спостерігалася періодична біль, та припухлість суглобів кисті, рук, колін. Двічі лікувався у кардіоревматологічному відділенні. Дитина від першої вагітності, перших пологів. Перебіг вагітності – без особливостей. Щеплений з відстрочкою через часті ГРВІ. Фізичний і нервово – психічний розвиток був задовільним. Хворів на гострі респіраторні захворювання 3-4 раз на рік, повітряну віспу. При знаходженні у стаціонар у дитини на обличчі спостерігалася еритема у вигляді метелика, укорочення перкуторного звуку у нижніх відділах легень, жорстке дихання. Серцеві тони були приглушені, спостерігалася тахікардія, короткий систолічний шум на верхівці. Печінка була збільшена на 1 сантиметр, що було підтверджено при УЗД. При біохімічних дослідженнях у дитини спостерігалася гіперхолестеринемія, збільшен рівень β -ліпопротеїдів до 68 потом до 58 одиниць. У периферійної крові спостерігався лейкоцитоз до 15×10^9 , однак кількість тромбоцитів коливалася на нижній межі норми. У загальному аналізі сечі – еритроцитурія до $\frac{1}{2}$ полі зору та білок до 1,33 г/л. При загальному УЗД були знайдені ознаки нефриту, а при доплерівському УЗД судів нирок був знайдений тромб ниркової артерії 27,3 /26,0/25,3 мм. Був позитивний АНА скрінінг та збільшен АНА профіль. При першому дослідженні тромб був 32,7 /16,5/9,5 мм, він опускався у просвіт нижньої полові вени 32/8 мм. Під впливом лікування 20.07.2009 тромб зменшився до розмірів 12/7 мм, та зник 25.2.2010 року. У дитини спостерігалась збільшення острофазових показників та незначна диспротеїнемія. Для лікування викристовували медрол, «Курантіл», гепарин, «Аспекард», «Аспаркам», «Триард», «Енап», «Есенцеалефорте». Під час лікування у пацієнта була досягнута позитивна динаміка клінічних та біохімічних показників, що свідчило про адекватність призначеного лікування. На підставі отриманих даних можна зробити висновки, що у хворих, у яких є загроза розвитку антифосфоліпідного синдрому доцільно використовувати комплекс заходів, сфокусованих на визначення цього синдрому – доплерівське УЗД судів, АНА скрінінг і АНА профіль, реакцію Васермана, кардіоліпіновий антиген.

ХАРАКТЕР ЗМІН ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ ТРИВАЛОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Савво І.Д.

м. Харків

Мета – вивчити особливості змін ліпідного спектру крові у підлітків із ПАГ під впливом тривалого (від 6 міс до року) курсів антигіпертензивних засобів. Проведено комплексне обстеження 100 юнаків із ПАГ у віці 14-17 років, із них 60 - із вперше встановленим діагнозом, 20 - через 6 місяців та 20 осіб - через 1 рік, у яких визначилися показники загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ), низької щільності (ХСЛПНЩ) та дуже низької щільності (ХСЛПДНЩ), коефіцієнт атерогенності (КА). Усі підлітки отримували препарати першої лінії: аденоблокатори (метопролол), антагоністи Ca^{2+} (амлодіпін) та інгібітори АПФ (еналаприл) протягом 6-ти та 12-ти

місяців. Встановлено, що у підлітків із ПАГ при лікуванні препаратами першої лінії протягом року має місце тенденція до зниження показників ЗХ ($3,72 \pm 0,20$ проти $4,02 \pm 0,08$ ммоль/л) та підвищення рівня ХСЛВЩ ($1,34 \pm 0,07$ ммоль/л проти $1,25 \pm 0,02$ ммоль/л; $p < 0,05$), що сприяло достовірному зниженню КА ($1,97 \pm 0,23$ у.о. проти $2,31 \pm 0,23$ у.о.; $p < 0,05$). Суттєвих змін в показниках рівнів ТГ не відмічалось. Таким чином, призначення антигіпертензивних засобів першої лінії в поєднанні з немедикаментозними заходами у підлітків із ПАГ протягом року суттєво впливає не тільки рівень АТ, але й на показники ліпідного спектру крові, знижуючи їх атерогенний потенціал.

СЕРЦЕБИТТЯ У ДІТЕЙ: КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Савво В.М., Апанасенко О.М.

м. Харків

Пооя серцебиття у дитини нерідко трактується педіатрами та лікарями сімейної медицини як прояв пароксизмальної тахікардії, хоча не є її патогномонічною ознакою. Незважаючи на те, що біля третини скарг на відчуття серцебиття носять неаритмогенний характер й обумовлені вегетативними та психологічними відхиленнями, їх поява є показанням до проведення холтеровського моніторингу ЕКГ (ХМ ЕКГ). Метою роботи було співставлення клінічної та електрокардіографічної картини у дітей із скаргами на серцебиття. Було обстежено 120 дітей віком від 3 до 12 років. Всім дітям проводилося клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, при цьому обов'язковим було ХМ ЕКГ з веденням щоденника пацієнта. На першому етапі дослідження у хворих виключалися захворювання органічної та запальної природи. З групи обстежених дітей скарги на наявність серцебиття виявлені у 36 (30,0%). Очікуваним був факт збільшення частоти виявлення цієї скарги з віком у два рази (17,1 % та 36,7% відповідно у

дітей 3-7 та 8-12 років, $p < 0,05$). Здатність до відчуття раптового серцебиття відмічена вже з трьохрічного віку. Епізоди серцебиття пацієнти характеризували як короткочасні, що виникали частіше після фізичного та емоційного навантаження, рідше – у стані спокою, купірувалися самостійно. У 5 дітей (4,2%) серцебиття було єдиною скаргою, але в них виявлено особливості у психоемоційній сфері, у решти пацієнтів скарги відрізнялися різноманітністю. За даними щоденників пацієнта тільки 6 дітей (5%) вказували на епізоди раптового серцебиття під час моніторингу. При візуальному аналізі моніторограми у однієї дівчинки скарги співпадали з реєстрацією синусової тахікардії (ЧСС 140-145 уд/хв), у 1 – єдиної передсердної екстрасистолії, у 4 – синусового ритму з фізіологічною ЧСС. Таким чином, у більшості обстежених дітей під час виникнення скарг характерним є відсутність будь-яких клінічно значущих порушень серцевого ритму.

ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДУ ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Савво В.М., Хохлюк О.В.

м. Харків

Мета. Оптимізація ранньої діагностики серцевої недостатності (СН) у дітей з вродженими вадами серця з хірургічною корекцією та

без неї. Задачі дослідження. Вивчити діагностичні критерії та можливості ехокардіокопії та електрокардіографії у дослідженні морфо-

функціонального стану міокарду при серцевій недостатності у дітей з вродженими вадами серця. Матеріали та методи. На базі 24 МДКЛ, кардіоревматологічного відділення обстежено 45 дітей, віком від 5 до 17 р., по статі переважали хлопчики (64,5%). Усім дітям було проведено: поверхнева ЕКГ з визначенням характеристик реполяризації, ЕхоКС з вивченням гемодинамічних показників, загальноприйняті дослідження. Результати. У дітей мають місце прояви електричної нестабільності міокарда, про що свідчать пограничні до подовження цифри інтервала QT $340 \pm 0,045$ та його індексів QTc - 381 ± 11 мс, DQT - 35 ± 13 мс. Високий процент наявності ознак дисметаболических порушень у міокарді (48,4%), порушень процесів провідності (38,7%), високої зустрічності передсердних та шлуночкових екстрасистол

($p < 0,05$). По даним ЕхоКС показники систолічних і діастолічних розмірів та об'ємів лівого шлуночка перевищували нормативні значення, що було розцінено як прояв адаптивного ремоделювання лівого шлуночка. Показник розміру лівого передсердя у групі дітей з I ст. СН були пограничні до норми, а у дітей II А ст. СН незначно перевищували нормативні показники. При тому інтегральний показник насосної функції серця – фракція викиду лівого шлуночка знаходилась у межах норми. Висновки. Визначення ознак порушення реполяризації є діагностичним маркером оцінки функціонального стану міокарда у дітей з СН. Дослідження морфометричних показників серця на ранніх стадіях розвитку СН є більш інформативним ніж оцінка лише інтегральних показників скоротливої функції міокарда у дітей.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВЕГЕТАТИВНО-СУДИННИХ ДИСФУНКЦІЙ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

Сагаль І.Р., Боярчук О.Р., Дудун Н.П., Дудун А.Ю.

м. Тернопіль

Проблеми здоров'я підлітків в останні роки привертють все більшу увагу медиків. Значне місце серед захворювань даного віку належить вегетативно-судинним дисфункціям (ВСД). Під нашим спостереженням було 50 дітей з гіпертензивним типом ВСД. Вік дітей коливався від 12 до 18 років і в середньому становив $14,7 \pm 1,8$ років. Хлопчиків було 26 (52%), дівчаток – 24 (48%). Основні скарги були: біль голови (94%), запаморочення (42%), зниження фізичної працездатності (96%), зниження розумової працездатності (74%), емоційна лабільність (48%), відчуття серцебиття (46%), колючі болі в ділянці серця (58%), порушення сну (36%). У 26% дітей встановлено обтяженість спадковою анамнезу (нейроциркуляторна дисфункція, гіпертонічна хвороба). Частіше це були діти з середнім фізичним розвитком (90%), у двох дітей спостергалася високорослість, у двох - ожиріння I ст. і в одній дитини - II ст. При аналізі способу життя у всіх підлітків мали місце порушення здорового способу життя: пізній відхід до сну (98%), низька фізична активність (100%), тривалий

щоденний перегляд телепередач (72%), комп'ютерні ігри (58%), куріння (18%). З анамнезу життя встановлено, що 54% дітей народилися в результаті швидких і стрімких пологів, 58% дітей перенесли пре- і перинатальне ушкодження ЦНС, 4% перенесли черепно-мозкову травму, 78% дітей переведені на штучне вигодовування до шестимісячного віку. При аналізі клінічних даних встановлена висока частота супутньої патології (у 98%). У 72% дітей перебіг ВСД був перманентного характеру, у 18% дітей захворювання супроводжувалося симпато-адреналовими кризами, у 10% дітей – вагоінсулярними кризами. Вегетативні кризи були лише у дівчат. Підвищення артеріального тиску мало транзиторний характер у 82% дітей. Таким чином, ВСД за гіпертензивним типом у підлітків проявляється змінами функцій ряду органів і систем, має негативний вплив на якість життя. Висока частота ускладнень перинатального періоду, недотримання правил здорового способу життя дозволяють трактувати їх як фактор ризику ВСД.

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ВУЗЛИКОВОГО ПОЛІАРТЕРИЇТУ

Синицька В.О., Мороз І.М., Цяпа Н.А., Чубата О.Б., Юрик І.Е., Волошин М.М.

м. Тернопіль

Під вузликовим поліартеритом розуміють системний некротизуючий васкуліт, який переважно уражає артерії м'язового типу середнього та дрібного калібру з утворенням аневризматичних випинань. Етіологія цієї патології, як і інших захворювань сполучної тканини, залишається невивченою. Клінічні ознаки мають широкий спектр та ступінь вираженості. Виділяють декілька форм даної нозології: класичну, шкірно-тромбангічну, моноорганну. Варіанти перебігу вузликового періартеріїту: доброякісний, повільнопрогресуючий, швидкопрогресуючий, гострий. Під нашим спостереженням знаходилося 4 дітей: 3 хлопчики та 1 дівчинка. Вік дітей - від 2 до 8 років. Характер перебігу також різний, але початок у всіх випадках гострий, з вираженого больового синдрому, проявів інтоксикації, схуднення. Інтенсивність больового синдрому у пацієнтів потребувала активного небуловання, яке поєднувалося з спазмолітичною та антипротоботи-

чною терапією, але розвитком ділянок некрозу. У двох пацієнтів спостерігався некроз стінки тонкої кишки, що потребувало її резекції. Гістологічне дослідження видалених ділянок і допомогло інтерпретувати діагноз. Втягнення в патологічний процес нирок з формуванням тяжкої артеріальної гіпертензії, вираженої анемії спостерігалося у трьох хворих, причому, у дівчинки прогресувала ниркова недостатність і через 1,5 року від початку хвороби вона померла. У одного з хлопчиків сформувалася виражений епісіндром з частими нападами та порушенням емоційно-вольової сфери, тривалість хвороби 10 років, рецидив стався через рік від початку, знову повторна резекція кишки. У наймолодшого пацієнта патологічні зміни виникли у дистальних фалангах кистей та стоп, супроводжувалися тромбангітичними змінами з некрозом кінчиків пальців, хворіє більше року, рецидивів не було, інших локалізацій немає.

ОЦІНКА РІВНЯ АДАПТИВНИХ ЗМІН У ДІТЕЙ ІЗ МАЛИМИ СЕРЦЕВИМИ АНОМАЛІЯМИ (МАРС)

Синюверська О.Б., Волосянко А.Б., Іванишин Л.Я.

м. Івано-Франківськ

Мета дослідження: на основі комплексного клініко-функціонального обстеження довести доцільність розподілу дітей із МАРС за ступенем адаптації серцево-судинної системи. Матеріал і методи. Проведено комплексне обстеження 487 дітей із МАРС віком від 5 до 18 років та 20 їх здорових однолітків, які склали групу контролю. Об'єм досліджень включає клінічний моніторинг, дослідження вегетативного та психоемоційного статусу, ЕКГ із застосуванням навантажувальних тестів, ЕхоКГ та стрес-ЕхоКГ, доплер-картування серця та магістральних судин, цілодобове моніторування артеріального тиску, вивчення судиннорухової функції ендотелію. Результати дослідження. Критеріями дезадаптивних змін у дітей із МАРС були: вираженість та різноманітність скарг, їх резистентність до загально-режимних заходів; наявність в анамнезі дитини вегетативних кризів, ліпотімії, синкопальних станів; виражені зміни вегетативного гомео-

стазу; напруження регуляторних систем організму; незадовільний рівень адаптації чи її зрив; наявність психопатичного синдрому; клінічно та гемодинамічно значимі порушення ритму та провідності на ЕКГ; клінічно значимі артеріальні та венозні дисциркуляторні зміни; наявність вираженої ендотеліальної дисфункції; підвищена добова варіабельність артеріального тиску; зміна добового профілю АТ (тип non-dipper та night-peaker); ознаки систолічної чи діастолічної дисфункції міокарда; зниження толерантності до стресу; потреба в госпіталізації дитини за основним захворюванням два і більше разів/рік. Вважали, що наявність у пацієнта із МАРС чотириох і більше із вказаних критеріїв переконливо свідчить про вираженість дезадаптивних змін, а хоча б одного - дозволяє віднести пацієнта до групи ризику по розвитку дезадаптації. За результатами нашого дослідження виражені дезадаптивні зміни констатовано у 35,2% обстежених із МАРС.

СТАН ЕКСТРА- ТА ІНТРАКРАНІАЛЬНИХ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕР- ТА ГІПОТЕНЗИЄЮ

Слободян О. І.

м. Тернопіль

У хворих з артеріальною гіпертензією виявлений ангіоспазм в екстра- та інтракраніальних зонах головного мозку. Артеріальна дисциркуляція проявлялась збільшенням максимальної систолічної швидкості кровоплину в правій передній та середній мозкових артеріях. Спостерігалась збільшення кінцевої діастолічної швидкості кровоплину по правій внутрішній сонній, правій надблокової артеріях та тенденція до збільшення в обох середньомозкових і правій хребтовій артеріях. Систоло-діастолічний індекс був збільшений при обстеженні лівої хребтової, правій внутрішньої сонної артерій, що свідчить про

зміни еластико-тонічних властивостей цих судин. Збільшення максимальної систолічної і кінцево-діастолічної швидкості кровоплину по основній артерії у хворих з артеріальною гіпотензією пов'язано зі змінами в хребтових артеріях, тому що основна артерія утворюється в результаті сполучення двох хребтових артерій. Збільшення індексу циркуляторного опору (RI) при дослідженні основної і правій хребтової артерій у хворих з гіпотензією свідчить про зростання опору більш дистальної локалізації. Дисциркуляція в основних та хребтових артеріях може бути проявом місцевого вертеброгенного генезу.

У дітей та підлітків часто спостерігається зміна постави, сколіоз та інші порушення формування скелету. Ці зміни кістково-м'язової системи можуть викликати компресію вегетативного сплетення та рефлекторний спазм судин вертебробазиллярного басейну. Ці факто-

ри сприяють зниженню припливу крові до задніх відділів мозку. Виявлені явища дисциркуляції у хворих з артеріальною гіпертензією безумовно сприяють початку та прогресуванню атеросклеротичних процесів.

ВТОРИЧНА АРТЕРІАЛЬНА ГИПОТЕНЗИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Сулъженко М.Ю., Головаченко Н.Н.

г. Луганск

Актуальность вторичной артериальной гипотензии (ВАГ) обусловлена как широкой распространенностью, так и необходимостью поиска ее причины с целью эффективной терапии. Железодефицитные состояния (ЖДС) при этом являются весомым фактором формирования ВАГ, особенно у девочек-подростков. Адаптация к данному состоянию, его компенсация осуществляется за счет взаимосвязи центрального и периферического кровообращения, реализуясь на уровне микроциркуляторного русла. Повышенная потребность тканей в кислороде, которая возникает при ЖДС, компенсируется расширением венул, что приводит к уменьшению венозного возврата и непосредственно сказывается на работе сердца. Уменьшение фракции выброса ЛЖ при этом компенсируется увеличением ЧСС. Таким образом, при ВАГ на фоне ЖДС патогномичным признаком является тахикардия, что вызывает сложности медикаментозной коррекции. Целью нашего исследования было изучение

влияния ЖДС на артериальное давление у девочек-подростков. Под нашим наблюдением находилось 408 девочек-подростков с ЖДС на разных стадиях, группу сравнения составили 30 девочек без признаков ЖДС. При обследовании выявлены тахикардия, гипотония, приглушенность тонов сердца, частота наблюдения которых достоверно возрастала со степенью железодефицитной анемии (ЖДА). Наиболее характерным признаком была гипотония, которая в прямой зависимости коррелировала с тяжестью ЖДС. Так, при латентном ЖДС ее уровень был 25 %, при латентном – 35,3 %, ЖДА I степени – 41 %, II ст. – 56,7 % и III ст. – 73,7 %. Характерно, что после ферротерапии удельный вес гипотонии значительно уменьшился, что дополнительно указывает на ее вторичный характер. Таким образом, артериальную гипотонию у девочек-подростков с ЖДС следует рассматривать как ВАГ, что требует коррекции основного заболевания.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЛОЖНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПЛОДА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Сухарева Г.Э., Лагунова Н.В., Лебедь И.Г., Имнадзе И.Н., Афанасьева Н.А., Руденко Н.Н., Ялинская Т.А.

г. Симферополь - г. Киев

Ультразвуковое исследование (ЭхоКГ) есть и будет первым методом мониторинга состояния плода, но иногда исследуемая анатомическая область или структура плохо видны из-за костной тени, положения плода, ожирения матери или избыточного количества амниотической жидкости. В таких случаях ЭхоКГ дает не совсем ясную картину патологии. Магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяет увидеть плод методом прямой визуализации без этих проблем и какого-либо вредного воздействия на плод. Более того, одновременная детальная визуализация патологии сердца и всех остальных структур плода является несомненным преимуществом МРТ. МРТ плода - современный неинвазивный метод диагностики широкого спектра пренатальной патологии, необходимый для специфической характеристики и топика изменений, описания анатомических деталей и выявления ассоциированной патологии. Примером может служить наше наблюдение беременной К., 22 лет, у которой МРТ сердца

плода дало дополнительную клинически значимую к ЭхоКГ информацию, что позволило выбрать верную тактику родоразрешения и постнатального ведения. По данным пренатальной ЭхоКГ, проведенной на базе Диагностического центра г. Симферополя была выявлен ВПС плода: Полная АВ коммуникация, в сочетании с аномалией конотрункуса (общий артериальный ствол? атрезия легочной артерии?). МРТ, проведенная в НПМЦДКК г. Киева в дополнение к первичному диагнозу выявила правосторонний изомеризм (синдром гетеротаксии), атрезии легочной артерии 2 тип, тотальный аномальный дренаж легочных вен, инфракраниальная форма. Консилиумом принято решение о невозможности радикальной коррекции порока в связи с высоким операционным риском и неблагоприятным прогнозом. Таким образом, если при ЭхоКГ плода подозревается серьезная сочетанная патология сердца и/или МВПР рекомендуется включать МРТ в обязательную схему дообследования беременной.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ В ДІТЕЙ ІЗ ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Таловерова Л.І., Ричкова Т.А.

м. Луганск

Пролапси мітрального клапана (ПМК) – найчастіша форма функціонального розладу клапанного апарату серця в дітей. Поширення ПМК за даними різних авторів, та залежно від методу та критеріїв діагностики варіює від 1,1 до 38%. Багато дослідників відводять визначальну роль у патогенезі ПМК порушенням нейровегетативної регуляції функції клапана. Але щодо стану вегетативної нервової системи (ВНС) у літературі можна знайти чимало різних думок та протиріч. Тому метою даної роботи була оцінка стану вегетативної нервової системи в 32 дітей віком від 10 до 16 років із наявністю ПМК. У всіх дітей діагностовано ПМК за допомогою ЕхоКс. У більшості з них (81,3%) виявлено пролабування стулок мітрального клапана I ступеня, яке не супроводжувалося мітральною регургітацією. ПМК II ступеня спостерігався в 6 (18,8%) дітей. За даними пульсометрії встановлено, що в 12 (37,5%) дітей ІН₁ коливався в межах 30-90 ум. од. (у середньому 56,53±1,44 ум. од.), що свідчило про збалансованість стану регуляторних систем і вихідний вегетативний тонус було розцінено як амфотонія. У 17 (53,1%) дітей ІН₁ був менше 30 ум. од. (у середньому 21,13±0,97 ум. од.), що свідчило про ваготонію, у решти дітей – 9,38% - ІН₁ коливався в межах 90-160 ум. од. (у середньому 117,24±4,77 ум. од.), що свідчило про помірне переважання тону симпатичного відділу ВНС. Після повторного обстеження в вертикальному положенні та розрахунку співвідношення ІН₂/ІН₁ з'ясовано, що амфотонія спостерігалась лише в 7 дітей, що складало 21,9%, більшість дітей – 65,6% мала гіперсимпатикотонічну реактивність, у решти – 4 (12,5%) дітей спостерігалась асимпатикотонія, що свідчило про напруження компенсаторних механізмів парасимпатичного відділу ВНС. Таким чином, у дітей із наявністю ПМК у 87,5% випадків виявлено дисбаланс вегетативного гомеостазу, з вірогідним переважанням гіперсимпатикотонічної реактивності ВНС (P<0,05).

ваність стану регуляторних систем і вихідний вегетативний тонус було розцінено як амфотонія. У 17 (53,1%) дітей ІН₁ був менше 30 ум. од. (у середньому 21,13±0,97 ум. од.), що свідчило про ваготонію, у решти дітей – 9,38% - ІН₁ коливався в межах 90-160 ум. од. (у середньому 117,24±4,77 ум. од.), що свідчило про помірне переважання тону симпатичного відділу ВНС. Після повторного обстеження в вертикальному положенні та розрахунку співвідношення ІН₂/ІН₁ з'ясовано, що амфотонія спостерігалась лише в 7 дітей, що складало 21,9%, більшість дітей – 65,6% мала гіперсимпатикотонічну реактивність, у решти – 4 (12,5%) дітей спостерігалась асимпатикотонія, що свідчило про напруження компенсаторних механізмів парасимпатичного відділу ВНС. Таким чином, у дітей із наявністю ПМК у 87,5% випадків виявлено дисбаланс вегетативного гомеостазу, з вірогідним переважанням гіперсимпатикотонічної реактивності ВНС (P<0,05).

ИМУНОМОДУЛЮЮЩАЯ ДИЯ ЕПАДОЛУ У ХВОРИХ НА ЮВЕНИЛЬНИЙ РЕВМАТОИДНИЙ АРТРИТ

Федорців О.С., Ярема Н.М.

м. Тернопіль

Обстежено 50 дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), та 15 здорових дітей (контрольна група) віком від 5 до 16 років. Хворих поділено на дві групи: I група - 18 хворих отримували загальноприйнятну базову терапію, II група - 32 хворих, які окрім базової терапії отримували Епадол (препарат ω-3 поліненасичених жирних кислот). До початку лікування у хворих на ЮРА спостерігалась чітка зміни у клітинній ланці імунітету - зниження на 28 % (P<0,01) загальної популяції CD₃ -лімфоцитів. Воно відбувалося за рахунок зменшення на 35,6 % CD₈-супресорів і на 16 % CD₄ -хелперів, яке спричинило дисбаланс співвідношення регуляторних субпопуляцій. Зниження кількості CD₄ і CD₈ у крові пов'язано з посиленням міграції цих клітин з периферичної крові в синовіальну оболонку уражених суглобів. На тлі зниження рівня CD₈ - супресорів спостерігалось підвищення на 26 % порівняно з контрольною групою кількості CD₂₂ (В-лімфоцитів). Їх проліферація призводить до створення плазматичних клітин, які синтезують аутоантітіла. На актива-

цію гуморальної ланки імунної системи у хворих вказує суттєве підвищення в крові вмісту імуноглобулінів основних класів - Ig M - на 29 %, Ig G - на 35 % і збереження Ig A на межі норми. Відмічалось підвищення ЦІК в 1,3 рази, що свідчило про наявність у хворих імунопатологічних реакцій. Рівень ЦІК залежав від активності процесу, наявності вісцеральних проявів та попередньо проведеного лікування гормональними і цитостатичними лікарськими засобами. При порівнянні ефективності лікування хворих на ЮРА виявлено позитивну динаміку досліджуваних показників при застосуванні обох терапевтичних схем. Проте показники імунологічного статусу вказують на переважуючий позитивний вплив терапії, доповненої Епаолом. Так, до кінця курсу лікування у I групі відмічалась підвищення загальної вмісту CD₃-лімфоцитів (P<0,001). Рівні CD₄-хелперів і CD₈-супресорів у хворих цієї групи залишаються нижчі за норму, не відбувається нормалізація імунорегуляторного індексу. Залишається підвищеним рівень В-лімфоцитів, але частково обмежується їх функ-

ціональна активність. Про це свідчить динаміка імуноглобулінів, вміст яких після лікування не виходить за межі нормального рівня. Таким чином, у хворих на ЮРА до лікування виявляється дисфункція Т-ланки імунної відповіді, з активацією гуморальних реакцій та імуннопатологічних процесів. На тлі призначення тільки традиційної медикаментозної терапії простежується лише тенденція до нормалізації імунологічних показників. У II групі відмічалися подібні зміни в динаміці вмісту основних субпопуляцій лімфоцитів. Однак, у дітей в комплексну терапію яких було включено Епадол, рівень ЦІК був

наближений до нормальних показників і відмічалася незначне підвищення CD₈-супресорів. Це свідчить про ефективніше зменшення імунологічної відповіді організму в даній групі обстежених. На нашу думку, можливий імуномодуючий ефект Епадолу може бути пов'язаний із властивістю ω-3 поліненасичених жирних кислот знижувати синтез мононуклеарними клітинами імунорегуляторних і прозапальних цитокинів, а також з можливістю замінювати на конкурентній основі арахідонову кислоту в фосфоліпідах мембран імунокомпетентних клітин.

ДИСПЛАСТИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Филонова Т.А.

г. Харьков

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о значительной роли соединительной ткани в формировании сердечно-сосудистых заболеваний. Для своевременной диагностики и коррекции патологии на ранних этапах ее развития актуальным является изучение диспластических изменений сердца у детей младшего возраста. Проведен анализ частоты встречаемости и структуры малых аномалий развития сердца (МАРС) по данным историй развития 366 детей в возрасте 4-5 лет. По результатам доплерокардиографического исследования МАРС выявлены у 17,5% детей. При отсутствии субъективных кардиальных жалоб показанием для УЗИ-исследования сердца явилась клиническая манифестация диспластических аномалий в виде систолического шума в периоде новорожденности у 1/5 части детей, у половины обследованных – в возрасте 1 – 3 лет. У 2/3 детей отмечался отягощенный ante- и постнатальный анамнез (фото-

плацентарная недостаточность у матери, внутриутробная гипоксия, недоношенность). Среди МАРС наиболее часто диагностированы аномальные хорды левого желудочка (87,5%), при этом у 15% детей – множественные. Второе место в структуре МАРС занимает открытое овальное окно (25,1%). Проплап митрального клапана I степени без признаков миксоматозной дегенерации и регургитации диагностирован у 12,5% детей в сочетании с другими МАРС. У 6,3% обследованных выявлен погранично узкий корень аорты. Увеличение полости левого желудочка установлено у 9,4% детей. Показатели насосной и сократительной функции левого желудочка у большинства детей были в пределах возрастной нормы. Выявленные структурные особенности сердца у детей дошкольного возраста позволяют оптимизировать тактику медицинского наблюдения с целью профилактики реализации кардиоваскулярной патологии.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Челпан Л.Л., Прохоров Е.В., Бельская Е.А., Акимочкина Н.А.

г. Донецк

Инфекционная патология при ревматических заболеваниях (РЗ) имеет двойное значение. С одной стороны, инфекционный агент может играть роль триггерного механизма, запускающего иммунопатологические процессы. С другой – использование с лечебной целью иммуносупрессивных препаратов способствует развитию коморбидных инфекций (КИ) разнообразной локализации, которые неблагоприятно влияют на течение РЗ и качество жизни больных. При этом более частыми при РЗ являются инфекции мочеполовой, дыхательной систем, кожи и мягких тканей, реже – вирусные, грибковые инфекции, туберкулез и др. Обследовано 67 детей с РЗ в возрасте от 3 до 18 лет. Из них 22 больных ЮРА, 5 – СКВ, 10 с острой ревматической лихорадкой, 7 – с хронической ревматической болезнью сердца, 14 – реактивным артритом, 9 – с геморрагическим васкулитом. 23 ребенка с фебрильной лихорадкой в дебюте и частыми вирусными инфекция-

ми в анамнезе обследованы на персистирующую вирусную и бактериальную инфекцию. Всем больным проводили поиск очагов инфекции в ротоглотке, урогенитальной системе, желудочно-кишечном тракте. КИ имели место у 88,06% (59 из 67 детей): хронический тонзиллит у 31 ребенка, кариес зубов – у 22, инфекция мочевой системы – у 14, хламидийная инфекция – у 8, хеликобактерная инфекция – у 12. У каждого четвертого пациента наблюдали сочетание 2, реже 3-х очагов хронической инфекции. Практически у всех девочек-подростков имел место генитальный кандидоз. Персистирующая герпетическая инфекция выявлена у 18 больных. Эпштейн-Барр вирусная инфекция у 13. В комплексе терапии предусматривали санацию очагов, при необходимости назначение противовирусных препаратов. Курация пациента с РЗ требует тщательного мониторинга наличия КИ и их санации с целью улучшения прогноза и качества жизни больных.

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПРОЛОНГИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Чурилина А.В., Зяблицев С.В., Глуховская О.А., Лялька Л.В., Гудий Н.Г.

г. Донецк

На протяжении последних лет изменилась структура сердечно-сосудистых заболеваний у детей. На первый план вышли невоспалительные заболевания миокарда, в том числе малые аномалии сердца. Цель работы – изучить частоту малых аномалий сердца у детей с пролонгированным течением неонатальной желтухи. Материалы и методы исследования. Обследовано 118 детей в возрасте от 14 дней до 1,5 месяца, находившихся на стационарном лечении в ГДКБ № 1 г. Донецка по поводу пролонгированной неонатальной желтухи. Методы исследования включали: общеклинические, инструментально-лабораторные (клинический и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование сердца). Результаты исследования. У 118 (100%) детей с пролонгированным течением неонатальной желтухи при биохимическом

исследовании крови отмечено повышение уровня непрямого билирубина сыворотки крови, среднее значение этого показателя составило $107,7 \pm 9,7$ мкмоль/л. При проведении эхокардиографического исследования у 106 (89,83%) пациентов выявлены следующие малые аномалии сердца: aberrantная хорда в полости левого желудочка – 57 (48,31%), открытое овальное окно – 32 (27,12%), дополнительная трабекула в полости левого желудочка – 17 (14,4%). Выводы. Таким образом, по данным эхокардиографического исследования у 106 (89,83%) детей с пролонгированным течением неонатальной желтухи выявлены малые аномалии сердца: aberrantная хорда в полости левого желудочка – 57 (48,31%), открытое овальное окно – 32 (27,12%), дополнительная трабекула в полости левого желудочка – 17 (14,4%).

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ МАРКЕРЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Чурилина А.В., Налётов А.В., Анисимова Н.Н., Печура Т.Н.

г. Донецк

На сегодня в литературе большое внимание уделяется изучению дисплазии соединительной ткани (ДСТ). В свою очередь, ДСТ играет определенную роль в формировании врожденных аномалий толстой кишки (ВАТК). Цель работы. Выделить маркеры ДСТ, наиболее часто сопровождающие ВАТК у детей. Материалы и методы. Под нашим наблюдением на базе гастроэнтерологического отделения ГДКБ № 1 г. Донецка находилось 93 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет с ВАТК (долихосигма, колоноптоз, долихоколон, болезнь Пайра). Всем пациентам проводились общепринятые клинико-лабораторные, инструментальные методы исследования с акцентом на выявление внешних и висцеральных маркеров ДСТ. Результаты и обсуждение. При общем осмотре пациентов с ВАТК

обращало внимание обилие внешних маркеров, характерных для ДСТ. Наиболее часто регистрировалось астеническое телосложение у 64 (68,8%), нарушение осанки у 75 (80,6%), воронкообразная деформация грудной клетки у 32 (34,4%), слабость мышц передней брюшной стенки у 47 (50,5%) детей, которая у 38 (40,9%) сопровождалась диастазом прямых мышц живота. Среди висцеральных маркеров ДСТ у 53 (57,0%) детей выявлены перетяжки желчного пузыря, у 48 (51,6%) маркеры ДСТ сердца: пролап митрального клапана и ложная хорда в полости левого желудочка. Выводы. Выявление данных маркеров ДСТ должно повысить диагностическую настороженность специалистов в отношении сопутствующей патологии со стороны толстой кишки у детей.

ХАРАКТЕРИСТИКА РІВНІВ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Шлімкевич І.В., Синоверська О.Б., Іванишин Л.Я.

м. Івано-Франківськ

Мета роботи: проаналізувати особливості рівнів артеріального тиску (АТ) та їх добової варіабельності у дітей із різними клінічними формами артеріальної гіпертензії (АГ). Матеріал та методи. Обстежено 45 дітей віком від 13 до 18 років із АГ, в тому числі – 16 пацієнтів із первинною АГ (ПАГ), 18 - із нейроциркуляторною дистонією (НЦД) за гіпертензивним типом та 11 – із гіпоталамічним синдромом пубертатного віку (ГСПВ). Групу порівняння склали 12 здорових дітей аналогічного віку. В рамках дослідження проводили вимірювання рівня базального та додаткового АТ, а також його добове моніторування (ДМАТ). Результати та обговорення. Рівень базального АТ у здорових склав (116,3±1,8) мм.рт.ст., а додаткового - (9,83±0,66) мм.рт.ст. Серед пацієнтів із АГ максимального рівня базальний АТ сягав у пацієнтів із ПАГ, становляючи (139,8±4,9) мм.рт.ст., а додатковий – у обстежених із ГСПВ, складаючи (24,92±1,38) мм.рт.ст. Максимальні середньодобові рівні САТ визна-

чалися у обстежених із ПАГ та ГСПВ, складаючи (132,72±5,31) мм.рт.ст. та (129,93±6,17) мм.рт.ст. відповідно. Добова варіабельність САТ була максимальною у пацієнтів із НЦД, становлячи (33,17±2,14) мм.рт.ст. У пацієнтів із усіма формами АГ відмічено зростання середньодобових рівнів пульсового АТ (АТп). Максимальний середньодобовий рівень АТп встановлено у обстежених із ПАГ, що склав (59,12±6,84) мм.рт.ст. Типовим для пацієнтів із ПАГ був добовий профіль АТ типу "non-dipper", в той час, як серед підлітків із ГСПВ значно частіше зустрічався профіль "night-peaker", а серед обстежених із НЦД – профіль "over-dipper". Таким чином, пацієнти із АГ характеризуються підвищенням САТ та АТп протягом доби, значною добовою варіабельністю АТ та зміною його добового профілю. Втім, характеристичні змін АТ чітко визначаються варіантом АГ і в кожному конкретному випадку вимагають строго диференційованої корекції.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ (ФНО- α) У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шостакович-Корецькая Л.Р., Гайдук Т.А.

г. Днепропетровск

Данные ряда исследований демонстрируют существование ассоциации артериальной гипертензии (АГ) с иммунологическими биомаркерами воспаления, в частности, с уровнем фактора некроза опухолей- α (ФНО- α). С целью определения взаимосвязи между АГ и ФНО- α обследованы 70 подростков с повышением артериального давления (АД) в возрасте 13-17 лет. Всем подросткам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), определение ФНО- α в сыворотке крови иммуноферментным методом, исключен вторичный характер АГ. При проведении дисперсионного анализа достоверных отличий по уровню ФНО- α между группами детей с АГ (стабильной, лабильной формами и пре-гипертензией) выявлено не было ($P_H > 0,70$). Однако, отмечалась тенденция увеличения уровней ФНО- α в зависимости от клинической формы АГ: наиболее высокий уровень ФНО- α отмечался в группе де-

тей со стабильной формой АГ (9,82±0,83 пг/мл), в группе детей с лабильной АГ величина ФНО- α была несколько ниже (9,37±0,82 пг/мл). Такая же тенденция отмечалась у детей с прегипертензией, у которых уровень ФНО- α был ниже, чем у детей со стабильной и лабильной формами (8,65±1,17 пг/мл). Установлено достоверное увеличение средней величины (9,50±0,54 пг/мл) и частоты (45,6%) повышения уровня ФНО- α в группе детей с АГ по сравнению с группой детей с нормотензией (6,43±0,64 пг/мл и 12,5% соответственно, $P < 0,05$). Выявлена положительная корреляция ФНО- α с длительностью повышения АД ($r = 0,21$, $P = 0,086$), а также показателями СМАД: уровнем среднесуточного ($r = 0,27$, $P = 0,02$) и максимального ночного диастолического АД ($r = 0,23$, $P = 0,058$), среднего АД в дневное время ($r = 0,30$, $P = 0,014$), вариабельностью ДАД в ночное время ($r = 0,28$, $P = 0,022$).

ХАРАКТЕРИСТИКА ЧИННИКІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПІДЛІТКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Шостакович-Корецька Л.Р., Гайдук Т.А., Швирид І.І., Устименко М.А.

м. Дніпропетровськ

Наявність гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) у дітей характеризує перехід артеріальної гіпертензії (АГ) від дисрегуляторного стану до структурно-функціонального. З метою встановлення чинників, що впливають на розвиток ГЛШ обстежено 118 підлітків з первинною АГ у віці 12-18 років. Проведено добове моніторування артеріального тиску, доплерокардіографія, визначений ліпідний спектр крові, рівень базальної інсулінемії та інсулінорезистентності за індексом НОМА. Для вивчення чинників, що сприяють формуванню ГЛШ, було віділено 2 групи спостереження, залежно від наявності (n=40) або відсутності (n=78) у підлітків з АГ гіпертрофії лівого шлуночка. Встановлено, що наявність обтяженої спадковості по кардіоваскулярних і метаболічних захворюваннях у підлітків з АГ достовірно збільшувала частоту ГЛШ (44,7% проти 26,8% відповідно; $P < 0,044$). Виявлено істотну залежність

частоти ГЛШ від величини індексу маси тіла. При нормальній масі тіла ГЛШ виявлено в 6,4% випадків (n=3), при надлишку маси тіла - в 36,6% (n=15; $P < 0,001$), при ожирінні - 73,3% (n=22; $P < 0,001$). Частота ГЛШ за наявності атерогенної дисліпопротеїдемії була достовірно вища (41,5%, n=27; $P < 0,05$) ніж при її відсутності (24,5%, n=13). Виявлено залежність частоти ГЛШ від рівнів базального інсуліну в сироватці крові (25,7% (n=9) - при нормальному, 52,6% (n=10) - при підвищеному ($P < 0,05$) та індексу інсулінорезистентності НОМА (18,8% (n=3) при нормальному, 44,4% (n=20) - при підвищеному ($P = 0,061$)). Таким чином, ризик формування ГЛШ у дітей з АГ був достовірно ($P < 0,05-0,001$) асоційований з наявністю надлишку маси тіла, атерогенною дисліпопротеїдемією, інсулінорезистентністю та спадковою обтяженістю по кардіоваскулярних і метаболічних захворюваннях.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Шумна Т.Є.

м. Запорозьке

Підвищення ефективності комплексного лікування алергічних захворювань у дітей визначає необхідність оцінки їх функціонального стану серця та вегетативних механізмів регуляції серцевого ритму. З метою визначення особливостей вегетативної регуляції серцевої діяльності у дітей з алергічними захворюваннями обстежено 33 дитини (16 хлопчиків та 17 дівчаток) у віці від 6 до 18 років. Оцінка варіабельності серцевого ритму проводилася за допомогою спектрального аналізу показників ВРС у дітей з алергічними захворюваннями з використанням апаратно-програмного діагностичного комплексу «Cardiolab». При дослідженні вихідного вегетативного тону було виявлено, що у 18,18% дітей реєструвалася ваготонія (LF<HF>VLF), що свідчила про наявність гуморального шляху центрального регу-

лювання та напруженні адаптаційно-приспосувальних механізмів. Вихідна симпатикотонія реєструвалася у 34,38% дітей з напруженою вегетативною рівновагою (VLF>LF>HF) та була обумовлена переважно церебральними ерготропними, гуморально-метаболічними впливами. Вихідна ейтонія з ненапруженим вегетативним балансом (LF>VLF<HF) відмічалася у 21,21% дітей та напруженою вегетативною рівновагою зі зниженою активністю сегментарних систем (VLF>LF<HF) – у 27,27% пацієнтів. Виявлені особливості варіабельності серцевого ритму, що призводять до порушень адаптаційних можливостей, необхідно враховувати при клінічному веденні дітей з алергічними захворюваннями, а особливо, при призначенні бронхолітичних та антигістамінних препаратів.

СОСТОЯНИЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ У ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИИ

Кутькин М.Е.

г. Евпатория

На этапе санаторно-курортной реабилитации в КРУ ДКС «Чайка» с 1998 по 2005 гг. были обследованы 150 крымских детей. Из них, 82 ребёнка эвакуированные в Крым из зон радионуклидного загрязнения ЧАЭС и 68 детей родившихся в Крыму от родителей, пострадавших в

радиационной аварии на ЧАЭС. Все дети были разделены на 2 подгруппы: проживающие в условиях относительно благоприятной экологии сельской местности и курортов Крыма и проживающие в транспортно-промышленных регионах Крыма. Установлено, что среди детей

проживающих, после эвакуации в Крым, в условиях благоприятной экологии – 45,3% имели субклинические изменения на ЭКГ (нарушения сердечного ритма – 3,8%; нарушения сердечной проводимости – 28,3%; нарушения процессов реполяризации – 13,2%). При сравнении, у детей, проживавших после аварии ЧАЭС, в условиях экологического напряжения – 75% имели нарушения электрофизиологических процессов в миокарде (нарушения сердечного ритма – 14,3%; нарушения сердечной проводимости – 32,1%; нарушения процессов реполяризации – 32,1%). У детей радиационно-пострадавших родителей субклинические изменения на ЭКГ имели 67,9% проживавших в условиях благоприятной экологии и 82,5% детей проживавших в транспортно-промышленных регионах: нарушения сердечного ритма – 21,4% и

22,5%; нарушения сердечной проводимости – 39,3% и 50%; нарушения процессов реполяризации – 39,3% и 27,5% соответственно. Таким образом, проживание детей, перенесших прямое радиационное воздействие, в условиях благоприятной экологии оказывает позитивное влияние на электрофизиологические процессы в миокарде, а присоединение техногенного фактора значительно ухудшает процессы реполяризации в миокарде и способствует проявлениям аритмии. У детей, родившихся в Крыму от пострадавших в радиационной аварии родителей, состояние экологии места их постоянного жительства оказывается клинически менее значимым. В этой группе на первое место выходит влияние соматической патологии и вероятный стохастический эффект от перенесенного родителями радиационного воздействия.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНОСЯЩИХ ОСТРУЮ РЕСПИРАТОРНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Каладзе Н.Н., Штригель С.В., Ревенко Н.А.

г. Евпатория

Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются наиболее распространенными в детском возрасте и занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости. Перенесенные ОРИ могут способствовать формированию хронических патологических процессов не только в дыхательных путях, но и в других органах и системах. Они отрицательно сказываются на работе сердца, ведут к снижению адаптационных возможностей, углублению имеющихся патологических отклонений в организме. Сердце является мишенью при вирусной инфекции, следствием чего может быть развитие острого миокардита различной степени тяжести, исходом которого может стать хронический кардит и разнообразные нарушения ритма и проводимости. Диагностика и лечение этой патологии проводится, как правило, запоздало и указанные нарушения могут явиться в дальнейшем причиной развития кардиальной и сосудистой патологии, такой как кардиомиопатии, ИБС, атеросклероз. Целью нашей работы явилось улучшение диагностики патологических изменений в миокарде у детей, переносивших ОРИ. Использовались следующие методы исследования: клиничко-анамнестические, функциональные (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ – холтеровское мониторирование (ХМ)). Под наблюдением были 23 ребенка с ОРИ в возрасте 4-7 лет (средний возраст $5,5 \pm 2,2$), находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ДТМО г. Евпатория. 53% составили девочки и 47%

- мальчики. Основными жалобами у данной группы детей были: кашель, насморк, сниженный аппетит, головная боль, боль в горле; боли в сердце, перебои в работе сердца отмечались лишь у 17 % детей. Проведение стандартной ЭКГ и ХМ у детей с ОРИ позволяет впервые выявить нарушения ритма сердца и проводимости, у 69,5% Наиболее частым нарушением сердечного ритма у этих детей была экстрасистолия у 60,9%. Суправентрикулярная экстрасистолия выявлена у 63% детей, желудочковая у 37% детей, превалировал дневной тип экстрасистолии – у 81% детей. Нарушение проводимости в виде единичных СА-блокад второй степени обнаружены у 34,8% детей, миграция водителя ритма - у 21,7%, выскальзывающие комплексы и синусовая брадикардия зарегистрированы у одного ребенка. Сочетание СА-блокад, миграции водителя ритма, синусовой брадиаритмии, выскальзывающих комплексов позволили поставить диагноз синдром слабости синусового узла у одного ребенка. Нарушение процессов реполяризации в миокарде зарегистрировано у 60,9% детей и свидетельствует о наличии воспалительно-дистрофических нарушений в стенке сердца. Проведение ЭКГ и ХМ позволяет выявить нарушения возбудимости и проводимости миокарда и подтверждает наличие повреждений сердечной мышцы у детей, переносивших ОРИ, требующих раннего проведения дополнительной метаболической коррекции.