

алергологічний анамнез, реанімаційний анамнез, епізоди бронхообструкції в ранньому віці, надлишок маси тіла.

Хільчевська В.С., Шевчук Н.М., Гайдук Л.О., Фенюк А.О. (Чернівці, Україна)

КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ У ДІТЕЙ БУКОВИНИ

Вступ. Актуальність проблеми виразкового коліту (ВК) в дитячому віці обумовлена в першу чергу відсутністю чітких даних щодо його етіології, тяжким перебігом, мультисистемністю ураження та можливою подальшою інвалідизацією дитини. Захворюваність на ВК серед дітей коливається від 1 до 4 випадків на 100 тис. населення, що становить приблизно 15-20% від хворих усіх вікових груп.

Справжні причини і механізми розвитку ВК досі не з'ясовані. Істотна роль у патогенезі належить автоімунному запаленню, про що свідчать хронічний рецидивний перебіг, поява нейтрофільних перинуклеарних антитіл, наявність різноманітних позакишкових проявів тощо. Значущими чинниками ризику розглядаються прийом нестероїдних протизапальних препаратів, дефіцит вітаміну D, стресовий чинник, непереносимість лактози, раннє штучне вигодовування, кишкові інфекції, деякі інші. Діагностика ВК зазвичай не є складною, враховуючи наявність патогномонічних кишкових симптомів, та підтверджується лабораторним дослідженням та ендоскопічним обстеженням товстої кишки з вивченням гістологічної будови слизової оболонки товстої кишки.

Метою дослідження було вивчення особливостей анамнезу, маніфестації та перебігу виразкового коліту у дітей Буковини.

Матеріал і методи. Проаналізовано 5 історій хвороб стаціонарних хворих та 5 амбулаторних карт дітей віком від 5 до 17 років із ВК гастроентерологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці за 2020 рік. В групі дітей з ВК середній вік становив $12,6 \pm 2,1$ років, переважали хлопчики (80,0%) та жителі сільської місцевості (80,0%). Середній вік маніфестації становив $8,3 \pm 1,2$ років, що відповідає даним літератури, за якими маніфестація виразкового коліту частіше відмічається у віковому періоді 7-11 років. Тривалість хвороби в обстежених дітей на момент дослідження становила від 4 до 6 років (у середньому $4,6 \pm 0,4$ років). ВК дебютував гемоколітом та болем в животі у 9 дітей (90,0%), артритом – в 1 дитини. На момент ретроспективного аналізу 5

дітей знаходилось у стані ремісії, тривалість якої виявилась від 2 до 3 років (у середньому $2,7 \pm 0,7$ років). Використано ретроспективний клінічно-параклінічний та статистичний («Statistica 8.0» StatSoft Inc.) методи дослідження.

Результати та обговорення. Перинатальний, спадковий, алергологічний анамнез у 90,0% виявився без особливостей. Генеалогічний анамнез обтяжений в однієї дитини, у якої в сім'ї за лінією матері спостерігався ревматизм, системний червоний вовчак, цукровий діабет I типу. За видом вигодовування у ранньому віці діти розподілились наступним чином: 40,0% дітей знаходилися на грудному вигодовування, інші – на змішаному (40,0%) та штучному (20,0%), цільне коров'яче молоко після 6-ти місяців отримувало 40,0% дітей. Лактазна недостатність відмічалась в 4 дітей (40,0%). З анамнезу відомо, що гострими кишковими інфекціями в групі досліджуваних дітей не хворіли, в 3-х дітей в анамнезі вітряна віспа.

У клінічній картині в більшості пацієнтів домінували біль в животі (90,0%), часті кров'янисті розріджені випорожнення (90,0%), анемічний синдром (80,0%), епізоди підвищення температури тіла (50,0%). Цікавим виявився пацієнт з дебютом захворювання позакишковою симптоматикою у вигляді поліартриту не уточненої етіології з поступовим залученням у процес плечових, променево-зап'ясних, кульшових суглобів. Субтотальний ВК було діагностовано через два роки після першої госпіталізації з приводу артрити, надалі у клініці спостерігалась мультисистемність з приєднанням ознак перикардиту та полісерозиту. У всіх пацієнтів діагноз ВК було верифіковано копрограмою з наявністю крові та слизу, високим рівнем кальпротектину в калі (від 150 до 856 мкг/г), ендоскопічним обстеженням, біопсією з гістологічним дослідженням.

Кореляційний аналіз виявив вірогідні зв'язки такого важливого показника для виразкового коліту, як тривалість ремісії, з тривалістю хвороби ($r = -0,88$), грудним вигодовуванням ($r = 0,67$) та, відповідно, його тривалістю ($r = 0,62$), від якої по рахунку вагітності дитина ($r = 0,41$).

Висновки. Отже, в анамнезі у дітей з виразковим колітом прослідковується зв'язок з лактазною недостатністю, видом вигодовування у ранньому віці, обтяженим за автоімунною патологією генеалогічним анамнезом. Дебют виразкового коліту у переважній більшості проявлявся гемоколітом та больовим абдомінальним синдромом з наступним приєднанням анемічного синдрому і

лихоманки, однак в окремих випадках від самого початку патологія маніфестує позакишковою автоімунною симптоматикою. Обтяжений генеалогічний анамнез за автоімунною патологією може обумовлювати мультисистемність у клініці виразкового коліту.

Шахова О.О. (Чернівці, Україна)

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З АСТМОЮ ПІЗЬНОГО ПОЧАТКУ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Мета дослідження. Оцінити показники лабільності бронхів у дітей, хворих на астму пізнього початку, з урахуванням ацетиляторного статусу хворих.

Матеріал і методи. Сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) – 34 дитини із фенотипом БА пізнього початку та повільним характером ацетилювання, друга (II) – 38 дітей, хворих на БА пізнього початку, зі швидким ацетиляторним фенотипом. Лабільність бронхів визначали згідно рекомендацій шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію β_2 -агоніста короткої дії.

Результати дослідження та їх обговорення. Так, позитивна бронхоспастична проба спостерігалася у 44,2% пацієнтів із повільним характером ацетилювання та лише у 26,0% дітей зі швидким ацетиляторним статусом ($P < 0,05$). Показники ризику наявності бронхоспазму дихальних шляхів у відповідь на дозоване фізичне навантаження у хворих із повільним ацетиляторним фенотипом порівняно до швидких «ацетиляторів» дорівнювали: відносний ризик – 1,7 [95%ДІ: 1,04-2,6], при співвідношенні шансів – 2,2 [95%ДІ: 0,8-5,9]. Разом із тим повільний ацетиляторний фенотип підвищував відносний ризик виразної лабільності бронхів у 2,9 рази [95%ДІ: 1,9-4,6] при співвідношенні шансів – 4,7 [95%ДІ: 1,6-14,2]. Показник лабільності бронхів є інтегральним та відображає сумарну відповідь бронхів на дозоване фізичне навантаження та інгаляцію сальбутамолу, виразнішими його значення виявилися в дітей із повільним ацетиляторним статусом. Зокрема, виразна лабільність бронхів (ПЛБ більше 25%) притаманна майже кожному другому