



складав 2,5 (95% ДІ 1,8-5,9) при СШ - 8,4 (95% ДІ 1,7-42,3). ЗВР недостатньої ефективності лікування у ІІ групі становило 31,58% (95% ДІ 22,63-41,66), ЗАР – 9,7%, при цьому корекція терапії необхідна кожному третьому хворому (МКХ – 3,2 (95% ДІ 0,66-8,86)).

Таким чином, застосування бензилпеніциліну знижувало ризик виникнення потреби у заміні чи посиленні антибіотикотерапії у 4,4 рази, натомість при використанні цефотаксиму неефективність лікування передбачається у кожній 3-ої дитини.

УДК: 612.661-071-092+616.692-053

М.В. Воротняк

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГІПОТАЛАМІЧНИЙ СИНДРОМ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ

Кафедра педіатрії та медичної генетики
(керівник – ас. М.О. Ризничук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Юнацький гіпоталамічний синдром пубертатного віку — нейроендокринний синдром перебудови організму з дисфункцією гіпоталамуса, гіпофіза та інших ендокринних залоз. Поширеність гіпоталамічного синдрому серед підлітків останніми роками зростає і становить 3-4%. На сучасному етапі гіпоталамічний синдром розглядається як предиктор метаболічного синдрому в дорослих. Тому метою нашого дослідження було вивчення функціонального стану серцево-судинної системи в дітей, хворих на гіпоталамічний синдром пубертатного віку.

Нами обстежено 36 дітей з гіпоталамічним синдромом (11 дівчат (30,6%) та 25 хлопців (69,4%)), що знаходилися на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні ОДКЛ за період з вересня по листопад 2011 року. Середній вік пацієнтів становив $14,5 \pm 0,95$ років (10-18 років). Вивчалися параметри фізичного розвитку, клінічні та функціональні особливості серцево-судинної системи в дітей, хворих на гіпоталамічний синдром. 77,8% дітей проживали в районах області та 22,2% у м.Чернівці.

Хворі на гіпоталамічний синдром найчастіше скаржилися на надмірну масу тіла (87,6%), підвищений апетит (87,5%), головний біль (78,5%) різної інтенсивності, підвищення артеріального тиску (36,5%), погане самопочуття (33,2%), кардіалгію (23,2%), підвищену втомлюваність (15,6%), драгливість (12,4%). При об'єктивному огляді спостерігалось ожиріння різного ступеня (надлишок ваги – 36,1%; І ступеня – 27,8%, ІІ ступеня – 22,2%), а 13,9% дітей мали нормальну масу тіла.

У 78,5% дітей спостерігалось незначне прискорення ЧСС (на 10-15%) та прискорення частоти дихання (на 5%) при незначних фізичних навантаженнях, у 21,5% спостерігалась тахікардія. Рівень артеріального тиску у більшості випадків 86,2% був нормальним, у 9,7% випадків спостерігалися епізодичні його підйоми, а в 4,1% випадків спостерігалась стійка артеріальна гіпертензія І ступеня. Відмічалось виражене збільшення показника проби Руф'є в усіх випадках.

Усім хворим проводилась ЕКГ. У всіх випадках спостерігався синусовий ритм, у 87,6% спостерігалась синусова браді- або тахіаритмія. Посилення біопотенціалів у лівому шлуночку спостерігалось у 9,2% випадків.

Для вивчення мозкової гемодинаміки всім підліткам виконували реоенцефалографію (РЕГ). У 84,2% обстежених спостерігався ангіогіпотонічний тип мозкової гемодинаміки. Показник периферичного судинного опору (В/А) у них був знижений ($27,85 \pm 2,8\%$). Венозний відтік крові у них був утруднений. У 15,8% пацієнтів встановлено ангіоспастичний тип мозкової гемодинаміки, при якому спостерігався підвищений тонус дрібних мозкових судин ($77,35 \pm 2,6\%$) та утруднений венозний відтік крові ($33,21 \pm 1,1\%$) при нормальному кровонаповненні головного мозку.

Висновок. У більшості дітей з гіпоталамічним синдромом періоду статевого дозрівання встановлений ангіогіпотонічний тип мозкової гемодинаміки (84,2%), що зумовлює клінічну симптоматику з боку серцево-судинної системи і вимагає медикаментозної корекції.

УДК: 616.248-053.2

Т.М. Воротняк, О.Г. Григола, О.Ю. Кирилюк, О.Б. Майковська ДІАГНОСТИКА ПНЕВМОНІЇ НА ТЛІ НАПАДУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник – проф. О.К. Колоскова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Клінічні прояви нападу бронхіальної астми (БА) на фоні респіраторної інфекції часто співпадають із симптомами і ознаками, які визначаються за інфекції нижніх дихальних шляхів. З цієї позиції питання лікувальної тактики при надходженні до стаціонару дитини із загостренням БА та супутніми ознаками бактеріальної інфекції залишається суперечливим і визначається переважно клінічним досвідом лікуючого педіатра.

Мета дослідження. Вивчити діагностичну цінність окремих показників у виявленні пневмонії при нападі бронхіальної астми у дітей.

Матеріал і методи. На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 15 дітей, хворих на позалікарняну пневмонію на фоні загострення БА (І група), та 112 дітей із загостренням бронхіальної астми (ІІ група). Середній вік дітей І групи становив $8,8 \pm 0,7$ років (хлопчиків 66,7%), ІІ групи – $11,3 \pm 0,3$ років (хлопчиків 75,2%). У

периферичній крові дітей визначали показники НСТ-тесту нейтрофілів, у конденсаті видихуваного повітря досліджували вміст метаболітів оксиду азоту (Ємченко О.Є., 1994) і протеолітичну активність за лізисом азоколу (Веремеєнко К.Н., 1988).

Результати дослідження. Встановлено, що протеолітична активність за лізисом азоколу (лізис колагену клітин, що спостерігається при запаленні легеневої паренхіми) конденсату видихуваного повітря більше 0,27 мл/год володіє діагностичною цінністю на рівні: чутливість 33,3%, специфічність 91,1%, передбачувана цінність негативного результату 94,7%, відношення шансів 5,1, відносний ризик 4,2, атрибутивний ризик – 0,17, відношення правдоподібності – 3,7. Вміст оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря більше 45 мкмоль/л також має недостатню діагностичну цінність виявлення пневмонії на тлі БА: чутливість 53,3%, специфічність 59,4%, передбачувана цінність негативного результату 90%, відношення шансів наявності пневмонії 1,7, відносний ризик сягав 1,6, атрибутивний ризик – 0,06, відношення правдоподібності – 1,3.

Водночас, при поєднанні показників протеолітич-

ної активності за лізисом азоколу і вмісту метаболітів оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря з НСТ-тестом нейтрофілів крові дітей отримали достатні дані діагностичної цінності для виявлення пневмонії у дітей при нападі БА. Відмічено, що за одночасного застосування даних НСТ-тесту нейтрофілів крові (індекс стимуляції нейтрофілів периферійної крові більше 0,76 у.о.) та показників конденсату видихуваного повітря (протеолітична активність за лізисом азоколу більше 0,27 мл/год, вміст метаболітів оксиду азоту більше 45,0 мкмоль/л) можна верифікувати пневмонію при нападі бронхіальної астми із чутливістю 73,3%, специфічністю 97,3%, передбачуваною цінністю позитивного результату 78,6% та негативного результату 96,5%, відношенням шансів 99,9, відносним ризиком 22,2, атрибутивним ризиком – 0,75, відношенням правдоподібності – 27,1, посттестовою вірогідністю – 78,5%.

Висновок. Одночасне застосування показників конденсату видихуваного повітря та індексу стимуляції нейтрофілів крові є доцільним та інформативним для верифікації пневмонії при нападах бронхіальної астми у дітей.

УДК: 616.248-053.2:616.2-002

А.В. Галущинська

ПОКАЗНИКИ ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КОНДЕНСАТУ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ В ДІТЕЙ ІЗ ЕОЗИНОФІЛЬНИМ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник – проф. Л.О. Безруков)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Однією з основних патогенетичних ланок бронхіальної астми (БА) є хронічне запалення дихальних шляхів, яка фенотипово поділяється на еозинофільну та нееозинофільну. Дослідження бронхоальвеолярного лаважу дозволяє верифікувати тип запалення респіраторного тракту, але не визначає інтенсивність місцевих запальних змін. З позиції неінвазивності та діагностичної інформативності, увагу привертає методика аналізу конденсату видихуваного повітря (КВП), яка дозволяє оцінювати стан та характер місцевого процесу. Метою нашого дослідження було вивчення показників протеолітичної активності КВП у дітей з еозинофільним варіантом запалення дихальних шляхів. Матеріали та методи дослідження В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 100 дітей шкільного віку, хворих на БА. На підставі результатів цитологічного дослідження мокротиння сформовано клінічні групи спостереження. Першу групу склали 52 пацієнта з еозинофільним характером запалення дихальних шляхів, другу – 48 дітей з нееозинофільним варіантом. Для вивчення активності запалення дихальних шляхів у дітей з БА досліджували протеолітичну активність за лізисом азоальбуміну, азоказеїну та азоколу. Результати дослі-

дження протеолізу КВП були наступними: за лізисом азоальбуміну - $1,51 \pm 0,07$ мл/год у дітей 1 групи, $1,45 \pm 0,06$ мл/год – у дітей 2 групи; за лізисом азоказеїну - $1,41 \pm 0,07$ мл/год у осіб 1 групи, $1,42 \pm 0,07$ мл/год у пацієнтів 2 групи; за лізисом азоколу - $0,24 \pm 0,03$ мл/год і $0,21 \pm 0,02$ мл/год відповідно. Попри відсутність достовірної різниці між показниками протеолізу КВП відмічено підвищене накопичення низькомолекулярних білків при еозинофільній БА. Так, кількість пацієнтів із показниками протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну у КВП $>1,55$ мл/год серед дітей 1 групи становила - 67%, а серед дітей 2 групи – лише 31% спостережень ($P < 0,05$). Отже, за умов підвищеної еозинофільної інфільтрації слизової бронха, що спостерігається при еозинофільному типі запалення дихальних шляхів, відбувається повне розщеплення білкових сполук до низькомолекулярних білків – так званий повний протеоліз. Висновок Встановлено підвищене накопичення низькомолекулярних білків за лізисом азоальбуміну при еозинофільній БА (ступінь протеолітичної активності КВП за лізисом азоальбуміну становить – 67% проти 31% серед хворих із нееозинофільною БА).

