

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Подальше вивчення ефективності базисно терапі бронхіально астми у дітей інгаляційними глюкокортикостеро дами у комбінаці з пролонговани-

ми v_2 – агоністами за різних типів запалення дихальних шляхів дасть можливість значно покращити стан дітей та гемодинамічні і лабораторні показники.

Література

1. Збірник № 2 наказів МОЗ Укра ни / [підготов. Чернівецьким обл. осередком Асоціаці педіатрів Укра ни]. - Чернівці: ПП Валь Л.О., 2006. – 391 с.
 2. Mehuys E. Effectiveness of pharmacist intervention for asthma control improvement / E. Mehuys, L. Bortel, L. Bolle [et al.] // Eur. Respir. J. – 2008. – Vol. 31. – P. 790-799.
 3. Simon D. Eosinophilic disorder / D. Simon, H-U. Simon // J. Allergy Clin. Immunol. – 2007. – Vol. 119. – P. 1291-1300.
 4. Chapman K.R. Safer Inhaled Corticosteroid Therapy for Asthma / K.R. Chapman // Pediatrics. – 2008. Vol. 121. – P. 179- 180.
 5. Zhang X. Enhancement of human eosinophil apoptosis by fluticasone propionate, budesonide, and beclomethasone / X. Zhang, E. Moilanen, H. Kankaanranta // Eur. J. Pharmacol. – 2000. – Vol. 406. – P. 325-332.
 6. Covar R.A. Safety and application of induced sputum analysis in childhood asthma / R.A. Covar, J.D. Spahh, R.J. Martin [et al.] // Allergy Clin. Immunol. – 2004. – Vol. 114, N. 3. – P. 575-582.

7. Douwes J. Non-eosinophilic sthma: inporrance and possible mechanisms / J. Douwes, P. Gibson [et al.] // Thorax. – 2004. – Vol. 57. – P. 643-648.
 8. Berry M.A. Pathological features and inhaled corticosteroid response of eosinophilic and non-eosinophilic asthma / M.A. Berry, A. Morgan [et al.] // Thorax. – 2007. – Vol. 62. – P. 1043-1049.
 9. Pavord I.D. The use of induced sputum to investigate airway inflammation / I.D. Pavord, M.M. Pizzichini [et al.] // Thorax. - 1997. - Vol. 52. - P. 498-501.
 10. Tsoumakidou M. Airway inflammation and cellular stress in noneosinophilic atopic asthma / M. Tsoumakidou, E. Papadopouli [et al.] // Chest. - 2006. - Vol. 129, N5. - P. 1194- 1202.
 11. Boulet L-P. How should we quantify asthma control?: a proposal / L-P. Boulet, V. Boulet, J. Milot // Chest.- 2002.- Vol. 122. - P. 2217-2223.
 12. Li J.T. Attaining optimal asthma control: a practice parameter / J.T. Li, J. Oppenheimer, I.L. Bernstein, R.A. Nicklas // J. Allergy Clin. Immunol. – 2005. – Vol. 116, N. 5. – P. S3-S11.

УДК 616.248-053.2/6 + 616-003.96:159.943:616.018

М.М. Каладзе, Л.І. Мурадосілова

ВИВЧЕННЯ ГОРМОНІВ ГІПОФІЗАРНО-ГОНАДНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІВЧАТОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

ВИВЧЕННЯ ГОРМОНІВ ГІПОФІЗАРНО-ГОНАДНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІВЧАТОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД БРОНХІАЛЬНО АСТМИ. Обстежені групи дівчаток з бронхіальною астмою в різні періоди захворювання. Досліджено рівні гонадотропних і периферичних статевих гормонів, залежно від віку і періоду захворювання. Дана характеристика гіпофізарно-гонадних взаємовідносин в різні фази статевого дозрівання.

ИЗУЧЕНИЕ ГОРМОНОВ ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНОГО КОМПЛЕКСА У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. Обследованы группы девочек с бронхиальной астмой в различные периоды заболевания. Исследованы уровни гонадотропных и периферических половых гормонов в зависимости от возраста и периода заболевания. Дана характеристика гипофизарно-гонадных взаимоотношений в разные фазы полового созревания.

STUDYING OF HORMONES PITUITARY-HONADIS COMPLEX AT THE GIRLS, SUFFERING THE BRONCHIAL ASTHMA. Groups of girls with a bronchial asthma during the various periods of disease are surveyed. Levels гонадотропных and peripheral sexual hormones are investigated depending on age and the period of disease. The characteristic pituitary-honadis mutual relations in different phases of puberty is given.

Ключові слова: бронхіальна астма, дівчатка, гормони.

Ключевые слова: бронхиальная астма, девочки, гормоны.

Key words: a bronchial asthma, girls, hormones.

ВСТУП. Бронхіальна астма (БА) є однією з найбільш поширених хронічних патологій дитячого віку, що відносяться до розряду психосоматичних захворювань [1]. Хронічний психо-емоційний стрес і нейроендокринна дезінтеграція, що мають місце при БА, впливають на функціональний стан гіпофізарно-гонадно системи у дітей в період репродуктивного дозрівання [2,3]. Активація гормональних регуляторів при алергічному запаленні не завжди викликає відповідні зміни в органах-мішенях, але незмінно включається в механізми адаптації [2]. Гіпофіз визнаний центральним регулятором ендокринно функції організму [3,5,9]. Основні гормони аденогіпофізу не тільки відіграють ключову роль в процесі фізіологічного дозрівання організму, враховуючи й становлення репродуктивної функції, але і беруть участь в розвитку адаптаційних реакцій [3,4,5]. Необхідно відзначити, що відмінністю ендокринного статусу дітей і підлітків є незрілість системи гіпоталамус-гіпофіз-статеві залози і органи-мішені, незавершеність розвитку нейрогуморально регулюючої ендокринних залоз, ступені вираженості механізмів негативного зворотного зв'язку і чутливості статевих залоз до гонадотропних гормонів [3, 5, 6, 7]. Тому несприятливий вплив екзо- і ендогенних чинників в період становлення репродуктивної системи може спричинити за собою функціональну неповноцінність [8].

У зв'язку з вищевикладеним цікавими стають питання особливостей нейроендокринних взаємовідносин при БА у дівчаток.

Мета дослідження: вивчення стану гіпофізарно-гонадного комплексу у дівчаток, які страждають від бронхіальної астми.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстежено 46 дівчаток у віці від 7 до 16 років у фазі загострення і ремісії БА. Діти були розділені за віком на 2 групи: перша - діти від 7 до 11 років (20 чол.), друга - діти від 12 до 16 років (26 чол.). Клінічно перша група відповідала фазі препубертата, друга, - фазі пубертата. Контрольну групу склали 12 здорових дівчаток у віці від 7 до 16 років.

1. Всім дітям проводилось клініко-анамнестичне обстеження.

2. Всім дівчаткам проводилася оцінка стадії статевого розвитку (за Tanner) [10].

3. Функціональна активність гіпофізарно-гонадної системи вивчалася шляхом визначення рівнів

ФСГ, ЛГ, пролактину, тестостерону і естрадіолу в сироватці крові методом твердофазного імуноферментного аналізу з використанням тест-систем ТОВ «Хема-медика», Москва. Зразки сироватки зберігалися в замороженому стані при $t = -20$ °С. Концентрація тестостерону і естрадіолу виражалася в нмоль/л, ФСГ і ЛГ в МЕ/Л, пролактину в мМЕ/л.

4. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою комп'ютерного пакета Statistika v. 6 для роботи в середовищі Windows. Для оцінки достовірності отриманих результатів в порівнюваних групах використовували методи параметричної статистики (з обчисленням t -критерію Стьюдента). Для оцінки ступеня взаємозв'язків застосовували коефіцієнт кореляції (R, r) - параметр, що характеризує ступінь лінійного взаємозв'язку між вибірками.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ.

Серед обстежених 34 дівчинки знаходилися у фазі загострення і 12 дівчаток у фазі ремісії БА. Середня тривалість захворювання в молодшій віковій групі склала 6,11 років, в старшій віковій групі - 8,4 року. Середні бали статевого дозрівання в групі здорових і хворих на БА дівчаток відповідали віковим нормам [4]. Адекватна хронологія етапів появи і ступеня розвитку вторинних статевих ознак, що свідчить про фізіологічність статевого дозрівання, наголошувалася у більшості обстежуваних дітей. У 9,7% дівчаток констатували варіант затримки темпів статевого дозрівання - стан, при якому вторинні статеві ознаки з'являються в потрібні терміни, але розвиваються поволі, або х поява зовсім припиняється, у дівчаток не наступає менархе.

Вивчення рівня гонадотропних гормонів і статевих стероїдів у дітей з БА виявило значні зміни в обох вікових групах, порівняно із здоровими дітьми, що відображено в табл.1

Як видно з даних таблиці, у дівчаток з БА 7-11 років відзначалося достовірне підвищення рівня ФСГ, рівні ЛГ і пролактину практично не відрізнялися від показників здорових дітей, рівні тестостерону були достовірно ($p < 0,05$) підвищені. Зміни естрадіолу не носили достовірного характеру. У віковій категорії 12-16 років відзначалися достовірні ($p < 0,05$) вищі рівні ЛГ і пролактину в порівнянні з показниками здорових дітей. Тестостерон був достовірно підвищений у дівчаток з БА ($p < 0,05$), що мало компенсаторний характер на фоні гіпокор-

Таблиця 1. Рівні статевих гормонів у хворих на БА дівчаток, залежно від віку, (M±m)

Показники	Дівчатка 7-11 років		Дівчатка 12-16 років	
	БА (n=20)	здорові (n=7)	БА (n=26)	здорові (n=5)
ФСГ, мМЕ/л	4,11±1,57*	1,95±0,65*	4,38±1,19	4,97±1,62*
ЛГ, МЕ/л	1,88±0,65	2,55±0,65	19,39±5,10*	5,40±1,82
Пролактин, мМЕ/л	244,90±37,92	261,50±81,50	427,38±58,88*	350,00±64,27
Тестостерон, нмоль/л	40,51±12,21*	7,64±2,57*	41,27±10,70*	1,53±0,09
Естрадіол, нмоль/л	1,23±0,27	1,58±0,83	0,80±0,20*	2,40±0,55

*- достовірність $p < 0,05$ порівняно з даними здорових дітей.

тизолемі, характерно для БА. Естрадіол виявився достовірно пониженим ($p < 0,05$) в групі дівчаток 12-16 років. Також були визначені рівні статевих гормонів в різні періоди захворювання.

Як видно з даних таблиці, у дівчаток, які страждають від БА, відзначається зростання гонадотропних гормонів з віком, як в періоді загострення, так і в ремісію захворювання, що відповідає даним здорових дітей для ФСГ і ЛГ (наявність «стрибка» статевих гормонів). Достовірне підвищення рівня ЛГ в період загострення у дівчаток 7-11 років розцінювалося нами як стресіндуковане зростання даного гормону при загостренні БА.

Зниження рівня пролактину в періоді загострення захворювання у дівчаток 12-16 років відобразило недостатню адаптацію до стресу у даних хворих. Високі показники даного гормону в періоді ремісії свідчили про відновлення адаптаційного потенціалу у дівчаток з БА. Відносно периферичних стероїдів виявлені наступні особливості: рівень тестостерону був вищий в ремісію захворювання і практично не відзначалися його коливання з віком, рівень естрадіолу також був вищий в періоді ремісії, але з віком відзначалося його зниження в обидві фази процесу, достовірне ($p < 0,01$) лише старшій віковій групі.

Таблиця 2. Рівні статевих гормонів у хворих на БА дівчаток залежно від періоду захворювання (M±m)

Показники	Дівчатка 7-11 років		Дівчатка 12-16 років	
	загострення (n=15)	ремісія (n=5)	загострення (n=19)	ремісія (n=7)
ФСГ, мМЕ/л	4,20±1,85	3,73±0,38	3,79±0,80	6,18±5,06
ЛГ, МЕ/л	13,60±6,30*	0,80±0,30	26,72±14,55	4,73±1,99
Пролактин, мМЕ/л	252,65±50,40	299,20±31,60	378,33±76,23*	525,47±73,03
Тестостерон, нмоль/л	30,25±15,09*	51,24±9,63	36,21±15,96*	51,38±4,89
Естрадіол, нмоль/л	0,91±0,27	1,78±0,57	0,54±0,23*	1,32±0,05

* - достовірність $p < 0,05$ і $p < 0,001$ між віковими групами.

Таким чином, гормональний дисбаланс в гіпофізарно-гонадному комплексі у дівчаток, які страждають від БА, виражався у відсутності закономірного підвищення з віком статево специфічних стероїдів. Підвищення рівнів гонадотропних гормонів і пролактину у віці 12-16 років в порівнянні з показниками здорових дітей відобразило включення гіпофізарних гормонів в адаптаційні процеси в організмі дітей, які страждають від БА.

Внутрішньосистемний кореляційний аналіз дозволив виявити кореляційні зв'язки в групі дівчаток 12-16 років: збережений, як і у здорових дівчаток, прямий взаємозв'язок ЛГ/Пролактин ($r=0,75$; $p=0,020$) і виявлений зворотний взаємозв'язок ЛГ/тестостерон ($r=-0,83$; $p=0,005$). Останній свідчить про негативний вплив високого рівня тестостерону на ЛГ, тобто включення тестостерону в механізми регуляції гіпофізарно-гонадного комплексу у дівчаток з БА.

Таким чином, нейроендокринні зміни при БА у дівчаток характеризувалися в періоді загострення збільшенням рівня гіпофізарних гормонів і зниженням рівня статевоспецифічних стероїдів. У періоді ремісії нейроендокринні зміни відобразили зворотну динаміку у вигляді зниження рівня гіпофізарних гормонів і підвищення рівня пролактину. Показни-

ки естрадіолу в періоді ремісії не досягали рівня здорових дівчаток. Дані факти свідчать про нейроендокринну дезінтеграцію і зниження адаптаційного потенціалу у дітей з БА, що може посилювати перебіг основного захворювання. Зниження рівня статевоспецифічних стероїдів та нейроендокринний дисбаланс, у свою чергу, можуть бути обумовлені хронічною гіпоксією органів і тканин.

ВИСНОВКИ: 1. У дівчаток, які страждають від БА, є порушення в системі нейроендокринної регуляції, що зачіпають гіпофізарно-гонадні взаємовідношення, обумовлені перебігом основного захворювання. 2. Включення гонадотропних гормонів і статевих стероїдів в механізми адаптації до стресу у дітей, які страждають від БА, визначає зміну х плазмових рівнів з віком, тривалістю захворювання і активністю патологічного процесу.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Подальші дослідження направлені на вивчення нейроендокринних змін залежно від ступеня тяжкості БА, а також взаємовідношення гормонів гіпофізарно-гонадної осі із головними гормонами адаптації, а саме, АКТГ і кортизолом. Цікавим є вивчення нейроендокринних і імунних відносин при БА у дітей, оскільки імунні механізми визнані ведучими в патогенезі даного захворювання.

Література

1. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме / [Ф.Б. Березин, Е.М. Куликова, Н.Н. Шаталов и др.] // Клиника нервных и психических заболеваний. – 1997. – № 4. – С. 35–38.

2. Юхтина Н.В. Изменение гормонального статуса у детей с бронхиальной астмой / Н.В. Юхтина, А.Г. Кучеренко, Л.Д. Шакина // Рос. педиатрический журн. – 2002. – № 6. – С. 43–45.

3. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков / В.Ф. Коколина. – М.: МИА, 1998. – 607 с.
4. Пшенникова М.Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии / М.Г. Пшенникова / Патологическая физиология и эксперим. терапия. – 2001. – № 1. – С. 26-31.
5. Tsigos C. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress / С. Tsigos, G.P. Chrousos / J. Psychosom. Res. – 2002. – Vol. 53, №4. – P. 865–871.
6. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков / Е.А. Богданова. – М.: Мед. информ. агенство, 2000. – 332 с.
7. Чеботарева Ю.Ю., Яценко Т.А. Гинекология детского и подросткового возраста / Ю.Ю. Чеботарева, Т.А. Яценко. - Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2003. - 384с.
8. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков: справочник / под ред. проф. Н.П. Шабалова. – М.: МЕД-пресс-информ, 2003. – 544 с.
9. Жуковский М.А. Детская эндокринология: рук-во для врачей / М.А. Жуковский. – М.: Медицина, 1995. – 654 с.
10. Эндокринология детского возраста (вопросы пропедевтики) / под ред. В.К. Сосновского. Симферополь: ООО «ДИАЙПИ», 2007. – 84 с.

УДК 616-053.2:343.62]-085.851

А.П. Носкова

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ – ЖЕРТВ СИНДРОМА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Одесский государственный медицинский университет

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ – ЖЕРТВ СИНДРОМУ ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ. В статті розглянута психологічна підтримка дітей, постраждалих у наслідок різних форм жорстокого поводження. Встановлена ефективність психологічно реабілітації, посилено методами арт-терапії.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ – ЖЕРТВ СИНДРОМА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ. В статье рассматривается психологическая поддержка детей, пострадавших в результате различных форм жестокого обращения. Установлена эффективность психологической реабилитации, усиленной методами арт-терапии.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CHILDREN – VICTIMS OF CHILD ABUSE AND NEGLECT SYNDROME. The present article considers the psychological support of children suffered from a abuse and neglect. The effectiveness of the psychological support for those children was determined as strengthened by art-therapy methods.

Ключові слова: синдром жорстокого поводження з дітьми, психологічні розлади, психотерапія.

Ключевые слова: синдром жестокого обращения с детьми, психологические расстройства, психотерапия.

Key words: child abuse and neglect syndrome, psychological disorders, psychotherapy.

ВСТУПЛЕНИЕ. Важной составляющей частью ведения детей и подростков, пострадавших от жестокого обращения, является психологическая помощь. Насилие, совершенное по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к самым тяжелым психологическим травмам, и может приводить к посттравматическому стрессовому расстройству [2, 4, 5].

Психологические последствия жестокого обращения затрагивают все сферы: эмоциональную, когнитивную, интеллектуальную и поведенческую. Терапия и реабилитация пострадавших детей объединяет широкий спектр лечебных и профилактических мероприятий, требующих междисциплинарного подхода [1, 3, 4]

Цель исследования: определить эффективность психологической поддержки, усиленной

арт-терапией у детей, пострадавших в результате жестокого обращения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В когорту исследования для определения эффективности психологической поддержки были включены две группы – основная и контрольная, идентичные по возрасту, полу, вариантам психоэмоциональных и психосоциальных нарушений. В составе основной группы был 51 ребенок, прошедший психологическую реабилитацию, усиленную арт-терапией (25 мальчиков и 26 девочек). Контрольную группу составили 49 детей (23 мальчика и 26 девочек), получивших психологическую помощь без арт-терапии.

Психотерапевтическое воздействие проводилось во время пребывания детей в Центре социальной и психологической реабилитации детей и подростков г. Одессы, Приюте для несовершенно-