

Деструктивная пневмония развивалась в 55% у детей, рожденных в срок, у недоношенных в 32%, перенесенных в 13%. Анализ начала заболевания показал, что пусковым механизмом явились ОРВИ — 80%, в том числе осложнившиеся вирусно-бактериальной бронхопневмонией — 67%, синуситами — 48%, бронхитами — 50%. Дети после амбулаторного лечения поступали в стационар на 14,4 сутки в тяжелом (76%) и крайне тяжелом (24%) состоянии. Среди больных преобладали легочные формы (63%), легочно-плевральные формы отмечались у 37% детей. Эмпиему плевры регистрировали в 53%, пиопневмоторакс с образованием бронхолегочных свищей 10%, внутрилегочные абсцессы наблюдались у 8,6%, в 2,3% имелась гангрена легкого.

**Заключение.** Выявлены группы риска развития деструктивной пневмонии:

1. Патология со стороны беременности (гестозы) 50,7%, хроническая плацентарная недостаточность 41,4%, хронические заболевания верхних дыхательных путей 35,9%, вредные привычки (курение) 37%.)

2. Со стороны патологии новорожденности (недоношенность 32%).

3. Со стороны заболеваний у детей верхних дыхательных путей (ОРВИ 80%)

Для профилактики развития деструктивных форм пневмонии необходимо оценивать факторы риска на разных уровнях оказания медицинской помощи.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 4 И 8 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОЗДНЕГО НАЧАЛА**

*Марусик У.И.*

Буковинский государственный медицинский университет

Черновцы, Украина

Недостаточная эффективность контролирующей терапии бронхиальной астмы у детей, возможно, обусловлена различными фенотипами заболевания, в частности, различным возрастом дебюта. Известно, что повышенное содержание интерлейкинов -4 и -8 косвенно отражает тип воспалительного процесса бронхов, понимание которого позволяет индивидуализировать терапию и,

таким образом, повысить её эффективность.

**Цель:** оценить показатели содержания интерлейкинов -4 и -8 в сыворотке крови детей, больных бронхиальной астмой позднего начала для повышения уровня контроля заболевания.

В условиях пульмонологического отделения ОДКБ г. Черновцы комплексно обследовано 11 детей школьного возраста, больных бронхиальной астмой в периоде ремиссии, у которых заболевание началось после 6 лет. Всем детям проводились иммунологические исследования крови II-III уровня, а также оценивали содержание интерлейкинов-4 и -8 в сыворотке крови.

В результате проведенного обследования выявлено, что у школьников с указанным выше фенотипом бронхиальной астмы отмечался несколько более высокий уровень интерлейкина-4 в сыворотке крови. Так, среднее содержание данного цитокина в сыворотке больных детей составлял  $9,13 \pm 10,9$  пг/мл, а уровень интерлейкина-8 —  $7,06 \pm 5,3$  пг/мл ( $P > 0,05$ ). В тоже время, повышенный уровень интерлейкина-4 в сыворотке крови (более 3,6 пг/мл) определялся у 70% детей, тогда как увеличение содержания в крови интерлейкина-8 (более 5,3 пг/мл) регистрировалось только в 54% случаев ( $P > 0,05$ ).

Таким образом, у двух третей детей с поздним началом бронхиальной астмы преобладают атопические, эозинофильно-опосредованные механизмы воспалительного процесса в бронхах, о чем, косвенно свидетельствует высокое содержание интерлейкина-4, стимулирующего продукцию иммуноглобулина E, что следует учитывать при составлении индивидуального плана лечения.

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ДЕРМОГРАФИЯ В КАЧЕСТВЕ МОНИТОРИНГА ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Матвеева Л.И., Осин А.Я.*

ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Владивосток

**Цель:** определить возможности использования компьютерной дермографии (КД) для мониторинга течения бронхиальной астмы (БА) у детей и подростков.