

частоты пульса. В данной работе контингент, занимающихся каратэ и легкой атлетикой составил, 16 и 15 человек соответственно. Контрольную группу составили 30 школьников, 4-6 класса школы № 12 города Самарканда, не занимающихся спортом. У детей был тщательно собран анамнез, были собраны сведения о недавно перенесенных заболеваниях (ОРВИ, пневмонии и др.), т.к. это могло повлиять на функциональное состояние сердечно – сосудистой системы. Дети, перенесшие за последние 2 месяца какие – либо заболевания, не были включены в контрольную группу. Систолическое артериальное давление в контрольной группе, в покое составило $112,82 \pm 1,15$ мм.рт.ст. У детей, занимающихся каратэ в покое на 7 мм.рт.ст. ниже, чем в контрольной группе и составил $105,81 \pm 2,13$. У легкоатлетов данный показатель меньше, чем у каратистов и составил $101,32 \pm 2,54$ мм.рт.ст. Разницы в диастолическом артериальном давлении в контрольной группе и детей, занимающихся легкой атлетикой не оказалось. Однако у каратистов этот показатель был статистически достоверно увеличен на 7 мм.рт.ст. При приведении пробы с дозированной мышечной нагрузкой по Шалкову №8 у 20 детей контрольной группы показатели нормализовались на 3 минуте, а у 9-ых на 5 минуте. Лишь у одного школьника показатели нор-

мализовались на 10-й минуте. Частота пульса в контрольной группе увеличилась в пределах от 15 до 20%. У всех детей, занимающихся легкой атлетикой и каратэ, отмечалась положительная реакция на физическую нагрузку, т.е. отсутствовали одышка, утомление, слабость. Учащение пульса по сравнению с состоянием покоя не превысило 15% у 12 легкоатлетов и 14 каратистов. У 3-х легкоатлетов и 2-х каратистов частота пульса увеличилось на 20% по сравнению с состоянием покоя. Максимальное артериальное давление умеренно повысилось, а минимальное не изменилось и незначительно повысилось.. Пульсовое давление увеличилось. Через 3 минуты после нагрузки все показатели пришли к исходным у 27 спортсменов, а у 4 показатели нормализовались на 5 минуте. Повышение диастолического артериального давления у каратистов по сравнению с контрольной группой, по-видимому, указывает на то, что занятия силовыми видами спорта способствуют в большой степени, чем другие виды спорта, увеличению артериального давления. **Выводы.** Вероятно, часто повторяющиеся натуживания, сопровождающиеся увеличением артериального давления, приводят к перенапряжению высших регулирующих нервных центров, что в последствии приводит к росту показателей артериального давления.

АССОЦИАТИВНЫЕ СВЯЗИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ АКТИВНОСТИ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ МОКРОТЫ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Петрик У.Я., Ортеменка Е.П., Сажин С.П.

Научный руководитель: профессор Безруков А.А.

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

(Заведующий кафедрой профессор Колоскова Е.К.)

*Буковинский государственный медицинский университет,
Черновцы, Украина*

С точки зрения современных взглядов, наиболее значимым патофизиологическим компонентом бронхиальной астмы (БА) является хроническое воспаление дыхательных путей, в развитии которого играют роль разнообразные клетки и клеточные элементы. В последнее время особенно пристальное внимание исследователей сконцентрировано на изучении роли нейтрофильных гранулоцитов в реализации воспалительного ответа при БА. Нейтрофилы представлены в наибольшем количестве относительно других клеток в циркулирующей крови и тканях, особенно в легких. Такой тканевой резервуар нейтрофильных лейкоцитов дает возможность их немедленного вовлечения в ответ на провоцирующие факторы. Одними из первых нейтрофильные гранулоциты

рекрутируются в дыхательные пути в ответ на воздействие аллергенов или других повреждающих факторов. Следует отметить ограниченность публикаций относительно взаимосвязи метаболической активности нейтрофилов с клиническими проявлениями БА, особенно в детской популяции, поскольку большинство исследований в данном направлении представлена экспериментальными данными. **Цель исследования.** Изучить корреляционные связи внутриклеточной активности миелопероксидазы нейтрофилов мокроты с клиническими проявлениями бронхиальной астмы у детей школьного возраста. **Материалы и методы исследования.** На базе пульмоаллергологического отделения ОДКБ №1 г. Черновцы обследовано 68 детей

школьного возраста, страдающих БА (I клиническая группа). Контрольную группу сформировали 10 практически здоровых школьников без отягощенного индивидуального и семейного аллергологического анамнеза, у которых не регистрировались острые респираторные заболевания в течение последних трех месяцев (II клиническая группа сравнения). Внутриклеточное содержание миелопероксидазы (МП) в нейтрофильных гранулоцитах мокроты определялся методом Грекхема-Кнолля (1978). Результаты гистохимической реакции выражали в относительных величинах (%) и с учетом цитохимического коэффициента (ус. ед.).

Полученные результаты. Достоверно большая пероксидазная активность нейтрофильных лейкоцитов мокроты у больных БА детей подтверждала, по-видимому, данные о роли миелопероксидазы гранулоцитов в реализации воспалительного ответа дыхательных путей при данной патологии. Так, внутриклеточное содержание МП в бронхиальных нейтрофилах составляло $26,5 \pm 1,9$ % т.е. $0,52 \pm 0,04$ ус. ед. в I группе и $13,6 \pm 2,0$ % ($P < 0,03$) и $0,26 \pm 0,03$ ус. ед. ($P < 0,02$) во II группе сравнения соответственно. В то же время, количество МП-положительных бронхиальных нейтрофилов более чем 17% и их ЦХК более чем 0,33 ус. ед. зарегистрировано в 12,5% случаев у здоровых детей и в 64,7% ($P < 0,01$) и 69,1% ($P < 0,01$) наблюдений среди пациентов основной клинической группы наблюдения соответственно. Наличие у больных основной клинической группы наблюдения достоверной положительной корреляционной

связи относительного количества миелопероксидаз-положительных нейтрофилов мокроты с частотой возникновения бронхообструктивного синдрома в ответ на физическую нагрузку ($r=0,3$; $p < 0,05$) и, соответственно, с ограничением физической активности пациентов ($r=0,3$; $p < 0,03$), а также с частотой обострений заболевания ($r=0,3$; $p=0,01$) опосредованно подтверждало роль ферментативной активности бронхиальных нейтрофильных лейкоцитов в реализации клинических проявлений БА. Зарегистрированная слабая, но достоверная положительная корреляционная взаимосвязь внутриклеточной активности МП нейтрофильных гранулоцитов мокроты с наличием у больных бронхиальной астмой сопутствующего атопического дерматита ($r=0,3$; $p < 0,05$), вероятно, свидетельствовала об ассоциации цитотоксической активности нейтрофильных гранулоцитов с атопической реактивностью при данном заболевании.

Выводы. Для бронхиальной астмы у детей школьного возраста характерным является повышенная цитотоксическая способность бронхиальных нейтрофильных гранулоцитов, а именно высокая внутриклеточная активность миелопероксидазы. При этом высокая ферментативная цитотоксичность нейтрофильных гранулоцитов мокроты ассоциирует с гипервосприимчивостью дыхательных путей к физической нагрузке и измененной атопической реактивностью.

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ

Пирназаров Ш. - студент 513 группы педиатрического факультета

Научный руководитель: Бобоева Н.Т.

Кафедра неонатологии

(Заведующая кафедрой профессор Абдуллаева М.Н.)

Самаркандский государственный медицинский институт

Респираторный дистресс синдром у новорожденных является серьезным осложнением беременности, родов, послеродового периода и приводят к неонатальной смертности. **Цель исследования.** Изучение особенностей содержания некоторых микроэлементов (МЭ) у новорожденных детей с РДС. Выбор микроэлементов — фосфор (P), железо (Fe), магний (Mg) обусловлен их высокой эссенциальностью и огромным влиянием на функционирование различных ферментных систем организма. **Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 37 пар (мать, новорожденный), в которых

дети имели РДС неинфекционного генеза. В основной группе были выделены 4 подгруппы: 1а — доношенные ($n=12$), 1б — новорожденные с малой массой тела при рождении ($n=14$), 1в — новорожденные с очень малой массой тела при рождении ($n=7$), 1г — новорожденный с чрезвычайно малой массой тела при рождении ($n=4$). Группу сравнения составили здоровые новорожденные от матерей с нормально протекающими беременностью и родами (13 пары мать, новорожденный). Забор крови у новорожденных проводили после рождения из вены. Определение содержания МЭ проводили методом спектрофо-