

Лобанова Т.О.

ЧИ ВІДОБРАЖУЄ ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ КАТІОННИЙ ПРОТЕЇН ВИРАЗНІСТЬ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ?

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Актуальність. Бронхіальна астма як хронічний запальний процес дихальних шляхів із їх розповсюдженою, але варіабельною обструкцією внаслідок бронхіальної гіперреактивності до різних стимулів, є одним із найпоширеніших хронічних захворювань дитячого віку. Основними морфологічними елементами алергічного запалення при астмі є еозинофіли, Т-лімфоцити, опасисті клітини. У гранулах еозинофілів містяться лужні білки, головні з яких – великий основний протеїн, еозинофільний катіонний протеїн, еозинофільна пероксидаза, еозинофільний нейротоксин, що визначають прозапальні властивості даних клітин.

Метою дослідження було оптимізувати лікувально-профілактичні заходи при бронхіальній астмі у дітей шляхом встановлення діагностичної цінності еозинофільного катіонного протеїну у мокротинні.

Матеріал та методи. В умовах обласного пульмоалергологічного стаціонару обстежено 76 дітей шкільного віку, хворих на персистувальну бронхіальну астму (БА). Усім хворим у позанападному періоді здійснювали забір мокротиння для визначення у надосадовій рідкій фракції, отриманій після центрифугування, вмісту еозинофільного катіонного білку (human eosinophil cationic protein - ECP), середній рівень якого становив $2,28 \pm 2,2$ нг/мл (мінімальне значення 0, максимальне 9,2 нг/мл). Залежно від вмісту ECP у мокротинні дітей розподіляли на 2 клінічні групи. Першу (основну) склали 29 хворих із вмістом у мокротинні ECP більше середньо-групового значення, а решта хворих увійшла до II групи (порівняння), оскільки концентрація ECP у їх мокротинні не перевищувала 2,3 нг/мл. За основними клінічними характеристиками групи були співставлювані.

Результати та обговорення. У роботі показано, що у групах порівняння збіглися клінічні показники контролю БА ($18,3 \pm 1,5$ проти $18,6 \pm 1,3$ бали, $P > 0,05$), клітинного складу мокротинні, зокрема за кількістю еозинофільних гранулоцитів ($9,24 \pm 2,3$ проти $9,28 \pm 2,2\%$, $P > 0,05$). Проте вміст у мокротинні VEGF, який відображує стан процесів ремоделювання бронхів, у 1,25 разу був вищим у представників I групи ($P > 0,05$).

Висновок. Таким чином, у дітей із підвищеним відносно середнього рівня вмістом ECP у мокротинні виразнішим є запальний процес у бронхах, про що свідчить вищий вміст VEGF, хоча рівень контролю та зміни у клітинному складі мокротиння відносно хворих референтної групи у цих хворих не відрізнялися.

Завгородня Н.Ю., Лук'яненко О.Ю., Ягмур В.Б., Петішко О.П.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ БІЛІАРНИМИ ТА ІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

Інститут гастроентерології НАМН України, Днепропетровск, Україна

Відділ захворювань шлунку

(науковий керівник - д.мед.н. Степанов Ю.М.)

Метою нашої роботи було вивчення клініко-лабораторних особливостей неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у дітей з функціональними біліарними та інтестинальними розладами.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 34 дитини 5-17 років з функціональними біліарними та інтестинальними порушеннями. Нами проведено вивчення скарг, даних клінічного обстеження, антропометричних та лабораторних даних. Визначення наявності й ступеня стеатозу печінки проводилось за допомогою апарату «FibroScan-touch-502» з дослідженням параметру ультразвукового загасання (CAP). За результатами фібросканування печінки визначені групи спостереження: основну групу склали 13 дітей (38,2%) з діагностованим стеатозом печінки, контрольну групу - 21 дитина (61,7%) без стеатозу печінки. Статистичний аналіз одержаних даних проведений за допомогою пакету прикладних програм Statistica 6,0.

Результати та обговорення. Встановлено, що діти із стеатозом печінки достовірно частіше мали прояви диспептичного та астено-вегетативного синдромів ($p < 0,05$). Ожиріння абдомінального типу виявлено у 92,3% дітей основної групи й 47,6% дітей групи контролю ($p < 0,05$). Клінічні ознаки гіпоталамічного синдрому спостерігались у 61,5% хворих основної групи й не виявлялись в групі контролю ($p = 0,05$).

Виявлені достовірні відмінності між групами за показниками ліпідного обміну. Так, середній рівень тригліцеридів в основній групі склав 0,99 мг/мл (95% ДІ: 0,53-1,45), в контрольній – 0,51 мг/мл (95% ДІ: 0,33-0,70) ($p = 0,05$). Середній показник вмісту ліпопротеїдів дуже низької щільності був достовірно нижчим в основній групі й склав 0,98 мг/мл (95% ДІ: 0,20-2,05) ($p < 0,01$). Досліджувані групи відрізнялись за середніми рівнями аланінамінотрансферази: цей показник в основній групі склав 28,38 ОД/л проти 17,07 ОД/л групи контролю, але відмінності не мали достатньої значущості ($p = 0,1$).

Висновки. Характерними клініко-лабораторними маркерами неалкогольної жирової хвороби печінки у дітей є ожиріння за абдомінальним типом, диспептичні та астено-вегетативні прояви, ознаки дисліпідуїтаризму та дисліпідемії.