

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XIII з'їзду педіатрів України
(11-13 жовтня 2016 року, м. Київ)

За редакцією Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the XIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 11-13th, 2016, Kiev)

Edited by J.G. Antypkin, V.G. Maidannyk

Мета: вивчити поліморфізм генів системи детоксикації: першої фази – CYP2D6*4, другої фази - GSTM1, GSTT1, третьої фази – MDR1 у дітей з виразковим колітом.

Пацієнти та методи: Нами було обстежено 26 дітей віком від 3 до 18 років з виразковим колітом, з них група дівчаток – 16, хлопчиків – 10.

Для проведення молекулярно-генетичного дослідження здійснювали забір периферичної крові у стерильні моновети на 2,7 мл з антикоагулянтом ЕДТА. Із зразків периферичної крові проводили виділення геномної ДНК із використанням набору ДНК-сорб-В. Визначення делеційного поліморфізму генів системи детоксикації GSTM1, GSTT1 проводили методом мультиплексної полімеразної реакції, а поліморфних варіантів генів CYP2D6*4 (G1934A), MDR1 (C3435T) – методом полімеразної ланцюгової реакції з подальшим аналізом поліморфізму довжини рестрикційних фрагментів (ПДРФ). Стан ампліфікаційних та рестрикційних фрагментів аналізували в 2% агарозному гелі, з додаванням бромистого етидію, маркера молекулярної ваги GeneRuler 50 bp DNA Ladder («Thermo Scientific», США). Візуалізували отримані результати в транслюмінаторі та комп'ютерною обробкою.

Результати: У обстежених пацієнтів було визначено наступний розподіл генотипів за дослідженими генами: CYP2D6*4 алель GG – 16 дітей, що складає 61%, GA – алель у 9 (35%), алель AA у 1 дитини (4%). GSTT1 deletion/deletion виявлено у 5 (19%), GSTM1 deletion/deletion у 22 (84%). При дослідженні поліморфізму гену MDR1, алель TT виявлена у 8 дітей (31%), CC алель у 5 (19%), CT алель 13 (50%). Нами виявлено, що, порівняно з даними розповсюдження цих генотипів у представників європейських популяцій, спостерігається тенденція до зростання генотипів GA та AA за геном CYP2D6*4, генотипу GSTM1 deletion/deletion, генотипів CT та TT за геном MDR1.

Висновки: Виявлене зростання частот окремих поліморфних варіантів генів системи детоксикації свідчить про їх можливий внесок у розвиток виразкового коліту у дітей. Необхідно провести аналіз внеску перерахованих генів на особливості перебігу виразкового коліту у дітей.

НЕІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХАХ ПРИ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЯХ У ДІТЕЙ

Білоус Т.М., Білоус В.В., Гнатюк М.Г.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. Як гостре інфекційне захворювання, позалікарняні пневмонії зумовлені запальним ураженням альвеолярної частини респіраторної системи, що супроводжується міграцією клітин, гіперпродукцією медіаторів запалення, ексудативними процесами тощо. Вирішення питання щодо призначення антибактеріальної терапії хворим при гострих запальних захворюваннях дихальних шляхів повсякчас викликає певні труднощі. З одного боку, вірусна респіраторна інфекція, визначає недоцільність призначення антибактеріальних препаратів, хоча за допомогою існуючих клінічно-параклінічних методів обстеження повністю аргументовано виключити бактеріальну інфекцію на тлі ГРВІ майже неможливо, а з іншого боку, бактеріальний запальний процес нижніх дихальних шляхів без своєчасного призначення адекватної антибактеріальної терапії дуже швидко може призводити до незворотних змін в організмі та летальності.

Мета. Вивчити маркери запального процесу в конденсаті видихуваного повітря у дітей, хворих на позалікарняні пневмонії.

Матеріал і методи. Для досягнення мети роботи обстежено 25 дітей із верифікованою негоспітальною неускладненою пневмонією (I, основна група). Отримані результати порівнювали з результатами обстеження 21 хворого на неускладнені ГРВІ (II, група порівняння) та 15 хворих із виявленою на тлі загострення бронхіальної астми (БА) ПП. Середній вік дітей із пневмонією становив $10,7 \pm 1,1$ років, з них 50% було хлопчиків та 80% сільських мешканців. Середній вік хворих на ГРВІ становив $15,1 \pm 0,4$ років, серед них частка хлопчиків сягала 56,2% випадків ($p > 0,05$), а частка пацієнтів з сільської місцевості становила 71% спостережень ($p > 0,05$). Середній вік хворих на пневмонію на фоні загострення БА становив $8,8 \pm 0,71$ років, серед них частка хлопчиків сягала 66,7% випадків ($p > 0,05$), а пацієнти з сільської місцевості склали 80% спостережень ($p > 0,05$).

Результати. Виявлено, що при пневмонії середній вміст метаболітів монооксиду нітрогена становив $55,25 \pm 8,56$ мкмоль/л, у II групі – $38,57 \pm 6,77$ мкмоль/л, а у хворих із пневмонією на тлі загострення астми – $44,9 \pm 4,1$ мкмоль/л ($p > 0,05$), причому за його вмісту в конденсаті більше 40 мкмоль/л можливість верифікації запалення нижніх дихальних шляхів при підозрі на пневмонію у дітей була на рівні: чутливість становила 80,0% (95% ДІ: 44,4-97,48), передбачувана цінність негативного результату – 77,8% (95% ДІ: 40,0-97,2), відношення шансів – 3,5 (95% ДІ: 0,6-22,3). Відмічено й зміни показників окислювальної модифікації білків у конденсаті у хворих на пневмонію на тлі загострення астми відносно інших хворих. Так, вміст загального білку у конденсаті видихуваного повітря у дітей I групи становив $3,28 \pm 0,27$ г/л, II групи – $3,4 \pm 0,43$ г/л і III групи – $4,1 \pm 0,3$ г/л ($p: I:III < 0,05$).

Висновки. При інфекційно-зумовленому запаленні нижніх дихальних шляхів при позалікарняних неускладнених пневмоніях у дітей у конденсаті видихуваного повітря зростає вміст метаболітів монооксиду нітрогену та зменшується рівень загального білку, причому вміст метаболітів монооксиду нітрогену більше 40,0 мкмоль/л у конденсаті повітря, що видихується, із задовільною чутливістю (80%), проте недостатньою специфічністю (46,7%) свідчить на користь інфекційно-запального процесу нижніх дихальних шляхів.