

Вінтоняк М.В., Ходан В.В., Багрій М.М.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
Кафедра педіатрії

(науковий керівник - д.мед.н. Волосянко А.Б.)

Актуальність. У всьому світі спостерігається тенденція до зростання частоти бронхолегеневої дисплазії (БЛД) за рахунок зниження смертності саме серед глибоко недоношених дітей. Відомості про клінічні, рентгенологічні та морфологічні прояви БЛД у недоношених дітей практично відсутні або суперечливі. Перед спеціалістами залишається ряд проблем, пов'язаних з підвищенням якості надання невідкладної допомоги немовлятам з критичним станом на фоні респіраторного дистрес синдрому.

Мета дослідження: вивчення морфологічних змін легеневої тканини у дітей із БЛД.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих, карти інтенсивної терапії, протоколи патанатомічного дослідження, мікрорізи препаратів легеневої тканини десятиох дітей із верифікованим діагнозом БЛД.

Результати. Досліджено, що БЛД при макроскопічному огляді у восьми аутопсійних випадках тканина легень неоднорідна: задньо-нижні відділи легень вишневого кольору, пальпаторно щільнуваті, передньо-верхні – білуваті-рожеві, підвищеної повітряності. У двох випадках ле-

генева тканина була щільною, вишневого кольору в усіх відділах. На розрізі в усіх випадках із поверхні стікає помірна кількість вишневого кольору непінистої рідини, з дрібних бронхів при натиску виділяються в'язкі білуваті або коричнеуваті маси. Слизова оболонка дихальних шляхів (головні, часткові, сегментарні бронхи) гіперемована, на поверхні – слизисті, переважно коричнеуваті, іноді білуваті, маси. Патогістологічно міжальвеолярні перегородки (МАП) нерівномірного кровонаповнення, переважно потовщені. Малокрів'я капілярів МАП корелює з їх потовщенням, що зумовлено набряком інтерстицію перегородок, їх запальною (лімфоцитарно-макрофагальною) інфільтрацією, склерозом. Просвіти більшої частини альвеол розширені, різного розміру. Частина альвеол містить запальний ексудат і деструктивно змінені клітини альвеолярного епітелію. Серед клітин ексудату візуалізуються макрофаги, лімфоцити, нейтрофільні сегментоядерні лейкоцити. У пневмонічних фокусах наявні групи емфізематозно розширених альвеол.

Висновки. Бронхолегенева дисплазія у недоношених дітей морфологічно проявляється інтерстиційним запаленням легеневої тканини.

Власова О.В., Корконішко О.І., Коцаба О.М.

ФЕНОТИПОВІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЧАСУ ДЕБЮТУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Колюбакіна Л.В.)

Мета дослідження: Вивчити клінічно-анамнестичні показники фенотипів бронхіальної астми (БА) залежно від часу дебюту захворювання.

Матеріали і методи: методом простої випадкової вибірки на базі пульмонологічного відділення ОДКЛ обстежено 50 дітей шкільного віку, хворих на БА. На підставі результатів дебюту захворювання сформовані дві клінічні групи спостереження. У I групу увійшли 25 дітей з фенотипом раннього початку (до 3 років) БА, а у II – 25 пацієнтів з фенотипом БА пізнього початку (старше 6 років). За основними клінічними характеристиками групи порівняння не відрізнялися.

Результати: Аналіз отриманих даних показав, що дітям із БА раннього початку найбільш характерні наступні фенотипові особливості: тяжкий перебіг захворювання з недостатнім контролем симптомів хвороби, надлишкова маса тіла за індексом маси тіла, переважання тригерної ролі загострення респіраторної вірусної інфекції, фізичних і метеорологічних факторів, шкірна гіперсприйнятливості до харчових і побутових алергенів, сімейна обтяженість на atopічні захворювання по материнській лінії, а також наявність

інтоксикації, гіперемії зівя, ознак риніту і синуситу при надходженні в стаціонар, денні симптоми захворювання з частотою більше одного разу на тиждень, а також необхідність використання в процесі лікування більше однієї дози β_2 -агоністів у день. У той же час для пацієнтів із бронхіальною астмою пізнього початку характерна необхідність у частішій госпіталізації при дещо легшому перебізі захворювання, переважання тригерної ролі загострення інгаляційних факторів, сімейна обтяженість atopічними захворюваннями як по материнській, так і по батьківській лінії, народження дітей переважно від першої і другої вагітностей, денні симптоми захворювання переважно після фізичного навантаження, а також нічні симптоми захворювання з частотою більше одного на місяць, але менш одного на два тижні.

Висновки: виділення клінічних фенотипів БА залежно від часу дебюту, особливо при ранньому дебюті захворювання, дозволяє не тільки своєчасно діагностувати БА у дітей, але й досягти контролю за перебігом захворювання шляхом призначення адекватного індивідуалізованого базисного лікування.