

являлись ригидность затылочных мышц, или опистотонус 18 (34,0%), судороги 46 (86,8%), расширение, анизокория зрачка - 20 (37,7%), отсутствие реакции его на свет - 15 (28,3%), очаговая симптоматика - 25 (47,2%), сопор или кома - 23 (43,4%), синдромы дыхательной - 21 (39,6%), сердечно-сосудистой недостаточности - 29 (54,7%) и ДВС-синдром - (11,3%). При поступлении у больных отмечалась анемия тяжелой степени - Нв - $45,8 \pm 4,1$ г/л. Уровень Ht был снижен до $26,7 \pm 2,5\%$. Начало свертывания крови определялось в пределах $7,2 \pm 1,3$ мин., конец $11,3 \pm 1,9$ мин. Патогномоничные признаки геморрагического синдрома вследствие дефицита витамина К-зависимых факторов свертывания крови - увеличение протромбинового времени достигало до $33,7 \pm 2,9$ секунд, протромбиновый индекс снижался до $65,2 \pm 2,1\%$ и уровень фибриногена оставался в пределах нормы. **Выводы.**

Таким образом, ведущими достоверными модифицирующими факторами риска развития являются: отсутствие введения в родильном доме витамина К, наличия исключительно грудного вскармливания и острой респираторной инфекции с диареей. К диагностическим критериям, относятся: острое начало, признаки выраженного беспокойства, монотонный «мозговой» крик, срыгивания или рвота, судороги, нарушения сознания, резкая бледность, кровотечение из мест инъекций, ригидность затылочных мышц. Не менее значимыми являются анемия тяжелой степени, удлинение времени свертывания крови и патогномоничным признаком заболевания - увеличение протромбинового времени и протромбинового индекса, при наличии которых, в абсолютном большинстве случаев выявляется заболевание, что в дальнейшем подтверждается инструментальными методами обследования.

СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ - 4 И - 8 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ШКОЛЬНИКОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО НАЧАЛА

Марусик У.П.

Научный руководитель: профессор Безруков Л.А.

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

(Заведующий кафедрой профессор Колоскова Е.К.)

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Недостаточная эффективность контролирующей терапии бронхиальной астмы (БА) у детей обусловлена, видимо, наличием фенотипов заболевания, которые, в частности, определяются различными сроками его дебюта. Известно, что повышенное содержание интерлейкинов -4 и -8 (ИЛ-4, ИЛ-8) косвенно отображает характер воспалительного процесса бронхов, понимание которого позволяет индивидуализировать контролируемую терапию и, таким образом, повысить её эффективность. **Цель исследования.** Оценить показатели содержания интерлейкинов -4 и -8 в сыворотке крови детей больных бронхиальной астмой раннего и позднего начала для повышения уровня контроля заболевания. **Материалы и методы исследования.** В условиях пульмонологического отделения Областной детской клинической больницы г. Черновцы комплексно обследовано 50 школьников, больных БА. Распределение детей по группам сравнения осуществлялось с учётом возраста начала заболевания: у пациентов с дебютом БА в возрасте до 3 лет регистрировали астму раннего (I группа), а после 6 лет - позднего начала (II группа). Всем пациентам проводилось комплексное аллергологическое исследование: анализ генетического и аллергологического анамнеза, с учетом генетиче-

ского индекса (ГИ) по отношению катопическим заболеваниям (отношения числа родственников больных аллергическими заболеваниями к общему количеству членов семьи), содержание интерлейкинов -4 и -8 в сыворотке крови. **Результаты исследования** оценивались с позиций клинической эпидемиологии с определением чувствительности (ЧТ) и специфичности (СП) тестов, положительного (ОП+) и отрицательного (ОП-) отношения правдоподобия, а также с учетом абсолютного (АР), относительного (ОР) рисков и соотношения шансов (СП) с указанием 95% доверительного интервала (95% ДИ). Результаты: Сравнительный анализ наличия атопии в анамнезе детей с разными фенотипами БА показал, что средние значения ГИ пациентов обеих групп сравнения практически не отличался. Так, среднее значение данного показателя составило $0,13 \pm 0,01$ у школьников I группы и $0,17 \pm 0,02$ у детей (P>0,05), страдающих астмой позднего начала. ГИ больше 0,19, регистрировался у 40,0% детей с ранним астма-фенотипом и только у 28,0% пациентов (P<0,05) II группы. Отягощенный аллергологический анамнез отмечался практически у всех детей I группы ($96,0 \pm 3,9\%$), и, только, у каждого третьего школьника второй ($69,57 \pm 9,2\%$ (P<0,05)). Повышенное содержа-

ние ИЛ-4 в сыворотке крови (более 3,6 пг/мл) определялся в 80,0% детей с ранним астма-фенотипом и только в 66,0% лиц ($P > 0,05$) II группы. Показатели диагностической ценности повышенного содержания ИЛ-4 в сыворотке крови для выявления фенотипа раннего начала БА у школьников относительно позднего были следующими: чувствительность - 80,0% (95% ДИ 70,82-87,33), специфичность - 34,0% (95 % ДИ 24,82-44,15), ОП +1,21 и ОП - 0,58. Указанное сывороточное содержание ИЛ-4 ассоциировалось с риском наличия фенотипа раннего начала БА следующим образом: АР - 0,17, ОР - 1,47 (95% ДИ 1,2-1,7) при СШ - 2,1 (95% ДИ 1,1-3,9). Среднее содержание ИЛ-8 в сыворотке крови лиц первой группы составило $6,5 \pm 2,6$ пг/мл, а у лиц II группы - $8,9 \pm 5,3$ пг/мл ($P > 0,05$), что более чем в четыре раза превышало норму по данным производителя (2,0 пг/мл). Следует отметить, что показатели сывороточного содержания ИЛ-8, больше 7,62 пг/мл, регистрировали практически у каждого второго ребенка, больного астмой позднего начала, в отличие от представителей I группы. Так, указанное выше содержание ИЛ-8 в сыворотке крови регистрировалось в 44,0% детей с поздним астма-фенотипом и лишь в 18,0% паци-

ентов II группы ($P > 0,05$). Указанное содержание ИЛ-8 в сыворотке крови ассоциировалось с риском наличия фенотипа позднего начала БА следующим образом: АР - 0,27, ОР - 1,62 (95% ДИ 1,0-2,5), при СШ - 3,1 (95% ДИ 1,6-6,0). При этом обнаружение увеличенной концентрации ИЛ-8 в сыворотке крови пациентов II группы сопровождалось следующими показателями диагностической ценности выявления астма-фенотипа позднего начала: ЧТ - 44,0% (95% ДИ 34,08-54,28), СП - 80,0 % (95% ДИ 70,25-87,69), ОП + 2,2 и ОП - 0,7. **Выводы.** У большинства детей с ранним началом БА преобладают атопические, эозинофил-опосредованные механизмы воспалительного процесса в бронхах, о чем, косвенно свидетельствует тенденция к более высокому содержанию ИЛ -4, стимулирующего продукцию иммуноглобулина Е. У пациентов с астмой позднего начала отмечается повышенное содержание ИЛ-8 в крови, что указывает на преобладание нейтрофильного характера местного воспаления в бронхах. Найденные во время исследования ассоциации необходимо учитывать при составлении индивидуализированного контролирующего лечения БА у детей.

АНАЛИЗ ЗУБЦА «Р» ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ НЕЗАРОЩЕНИИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ

Махаммадиев Б.А. - резидент магистратуры

Научный руководитель: профессор Саламов И.Т.

Кафедра неотложной педиатрии и протекции детских болезней

(Заведующий кафедрой профессор Шавизи Н.М.)

Самаркандский государственный медицинский институт

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - это один из наиболее распространенных врожденных пороков сердца. Анализ зубца «Р» ЭКГ даёт возможность о степени перезагрузок предсердий сердца. Такие исследования в литературе крайне недостаточны и если считать, что за год в кардиологическом отделении Самаркандской областной многопрофильной детским медицинском центре поступают более 200 больных с ДМЖП в стадии субкомпенсации или декомпенсации глубокий анализ зубца «Р» считаем актуальным. На материале областного детского многопрофильного медицинского центра Самарканда у 20 больных детей с ДМЖП в зависимости от размеров дефекта, определяемые методом доплерографии, проведен анализ зубца «Р» в стандартных и однополосных отведениях ЭКГ. У 20 больных с ДМЖП размеры дефекта на доплерографическом исследовании колебались в пределах от 6 до 11 мм. Во втором стандартном отведении продолжительность зубца «Р» колебалась

в пределах $0,078 \pm 0,005$ с. Несколько меньше $0,0746 \pm 0,0027$ отмечались во V_2 отведении, здесь же амплитуда «Р» была достоверно меньше. В нашем исследовании наблюдался случай с больным: Бекиров Т., 1998 года рождения, с диагнозом «дефект межжелудочковой перегородки (подаортальный)». На ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 88 сокращений в мин. отклонение электрической оси сердца (ЭОС) влево $< \alpha = -70^\circ$. Во втором стандартном отведении продолжительность зубца Р составляла 0,08 с, амплитуда 1 мм, и находился выше изолинии, а во V_2 - отведении продолжительность его составляла 0,07 сек. Амплитуда зубца Р составляла 0,8 мм над изолинии. Заключение доплерокардиографии сердца: Врожденный порок сердца. Дефект межжелудочковой перегородки (подаортальный). Перегрузка обоих желудочков. Гиперкинез стенок левого желудочка. Частота сердечных сокращений - 100 в минуту. Размер дефекта составлял 14 мм. Во всех случаях во II стандартном отведе-