

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ДУ «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН УКРАЇНИ»
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ХМАПО
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ДУ «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ
НАМН УКРАЇНИ»

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

**Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з
міжнародною участю**

16 березня 2016 року – Харків, 2016. - 80 с.

Відповідальний за випуск

Волкова Ю.В.

Харків 2016

Збільшення печінки спостерігалось у п'ятій частини обстежених хворих. Частота виявлення гепатомегалії збільшувалась по мірі зростання ступеня стеатозу й була максимальною в групі S_3 (60%). Спленомегалія не була виявлена в жодного з обстежених хворих.

При дослідженні ліпідного спектру сироватки крові виявлено, що у дітей групи S_1 спостерігалась тенденція до підвищення вмісту тригліцеридів (ТГ) в 1,5 рази, ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) в 1,6 рази порівняно з групою S_0 . У дітей групи S_2 спостерігалось підвищення вмісту ТГ в 1,55 рази та достовірне зниження вмісту ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) в 1,5 рази ($p < 0,05$), а вміст ХС ЛПДНЩ зростав в 1,7 рази порівняно з групою S_0 . Коефіцієнт атерогенності (КА) в групі S_2 підвищувався в 1,4 рази порівняно з контролем. На пізніх стадіях стеатозу (група S_3) концентрація ТГ в крові в 2,0 рази перевищувала аналогічний показник групи S_0 ($p < 0,05$), вміст ХС ЛПВЩ зменшувався в 1,3 рази порівняно з контролем. КА в групі S_3 зростав в 1,5 рази порівняно з групою S_0 ($p < 0,05$). Отже, отримані результати продемонстрували поступове зростання фракції ТГ, пов'язане з ступенем стеатозу, і зниження ЛПВЩ. Встановлено кореляційний зв'язок цих змін з ступенем стеатозу, максимальні зміни зареєстровані в групі S_3 .

Рівень інсуліну у хворих з стеатозом був вірогідно підвищеним: у групі S_1 – в 2,4 рази, у групі S_2 – в 2,8 рази, у групі S_3 – в 6,3 рази порівняно з контролем. Середні значення індексу НОМА склали: у групі S_0 - 2,38; у групі S_1 - 5,25; у групі S_2 - 4,65; у групі S_3 - 8,7, що свідчило про розвиток інсулінорезистентності у хворих з стеатозом печінки.

Висновки. Ранні стадії стеатозу печінки перебігають без специфічної клінічної симптоматики з переважанням диспептичних та астено-вегетативних проявів. При прогресуванні стеатозу печінки з'являються об'єктивні зміни у вигляді гепатомегалії, яка може супроводжуватися больовим синдромом. Вже на початкових стадіях стеатозу печінки виявляються ознаки інсулінорезистентності та дисліпідемії, які можуть бути чинниками прогресування захворювання й розвитку кардіоваскулярних ускладнень.

ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ІЗ ФЕНОТИПОМ АСТМИ ФІЗИЧНОГО ЗУСИЛЛЯ, ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Здинюк Н.О., Шахова О.О.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Мета дослідження. Оцінити показники лабільності бронхів у дітей, хворих на астму фізичного зусилля, з урахуванням ацетиляторного статусу.

Матеріали і методи. Сформовані дві клінічні групи: перша (I) – 27 дітей із фенотипом БА фізичного зусилля за повільного характеру ацетилювання, друга (II) – 23 хворих зі швидким типом ацетилюванням. Лабільність бронхів визначали згідно рекомендацій шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження та інгаляцію β_2 -агоніста короткої дії.

Результати та їх обговорення. Так, позитивна бронхомоторна проба з β_2 -адреноміметиком спостерігалася у 81,2% пацієнтів з повільним типом ацетилювання та лише у 19% дітей зі швидким ацетиляторним статусом ($P < 0,05$). Показники ризику наявності позитивної реакції дихальних шляхів на β_2 -адреноміметик були виразнішими у хворих з повільним ацетиляторним фенотипом порівняно до швидких «ацетиляторів» та дорівнювали: відносний ризик – 2,5 [95%ДІ: 1,9-3,2], при співвідношенні шансів – 3,8 [95%ДІ: 2,0-7,1]. Виразна дилатаційна реакція дихальних шляхів (ПЛБ більше 25%)

притаманна кожному другому пацієнту I групи з повільним ацетиляторним статусом (51%) та кожному третьому хворому (35%) з фенотипом швидких ацетиляторів ($P < 0,05$). Повільний ацетиляторний фенотип підвищував відносний ризик виразної дилатаційної реакції дихальних шляхів у 1,5 рази [95%ДІ: 0,9-2,5] при співвідношенні шансів – 2,0 [95%ДІ: 0,6-6,3].

Висновки. Таким чином, дітям хворим на бронхіальну астму фізичного зусилля з повільним ацетиляторним статусом притаманна тенденція до виразнішої лабільності бронхів, що можна використовувати для вирішення клінічного завдання щодо верифікації повної клінічно-інструментальної ремісії захворювання.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ РОСТОВЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Каладзе Н.Н., Езерницкая А.И., Бабак М.Л.

ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра педиатрии, физиотерапии и курортологии

Аллергические заболевания у детей занимают одно из ведущих мест среди проблем современной медицины. Лечение и профилактика бронхиальной астмы (БА) остается одной из актуальнейших проблем современности.

Под нашим наблюдением находилось 20 больных детей, страдающих БА. Нами были исследованы уровни ростовых факторов (инсулиноподобного фактора роста - 1 и эпидермального фактора роста) в сыворотке крови детей в период ремиссии основного заболевания методом ИФА.

У пациентов с БА инсулиноподобный фактор роста - 1 (IGF-1) превышал в 1,4 раза контрольную величину (90 пг/мл), то есть уровень проапоптотической защиты иммунных клеток был выше компенсаторно увеличенному апоптозу лимфоцитов. После окончания санаторно-курортного лечения (СКЛ) его величина возросла еще более и превышала контрольное значение в 2 раза, что свидетельствует о дальнейшем росте системы защиты иммунных клеток. Наиболее высокие показатели IGF-1 отмечены у пациентов с III степенью БА (173,33 пг/мл). После СКЛ при легком персистирующем течении заболевания IGF-1 возрос на 35%, при течении средней степени тяжести на 82% (316,4 пг/мл), а при интермиттирующем течении снизился в 1,4 раза.

Эпидермальный фактор роста (EGF) у пациентов с БА исходно был ниже контрольного значения на 6,3% (1674,3 пг/мл). Его величина практически не изменилась под влиянием СКЛ. Следует отметить, что при I степени болезни уровень EGF превышал контрольное значение на 15,4%, при II степени соответствовал контрольному значению, а при III степени был снижен на 31,7%. В ходе терапии нами зарегистрировано снижение уровня данного фактора роста в сыворотке крови при интермиттирующем течении БА в 3 раза, а при легком персистирующем - только примерно на 10%. Тогда как при III степени болезни уровень EGF возрастал после окончания СКЛ более чем в 2 раза.

Таким образом, установлено, что проводимое СКЛ оказывает положительное влияние на состояние ростовых факторов у пациентов с бронхиальной астмой.