

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

ХИСТ

ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

ЧЕРНІВЦІ
2017

Сапункова Л. О.

ОСОБЛИВОСТІ АТОПІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ, ЩО НАРОДИЛИСЯ З НИЗЬКОЮ ДО ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ МАСОЮ ТІЛА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Ортеменка Є. П.)

Бронхіальна астма (БА) належить до найбільш поширених (від 5 до 30%) хронічних захворювань дитячого віку. Одним із факторів ризику розвитку БА є народження дитини із низькою до гестаційного віку масою тіла.

Мета: вивчити особливості atopічного статусу у хворих на БА дітей шкільного віку, що народилися з низькою масою тіла (НМТ).

Матеріал та методи. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежений 61 хворий на персистуючу БА. До першої (I) групи увійшли 35 пацієнтів із БА та НМТ (≤ 2500 г) при народженні, а другу (II) групу сформували 26 хворих на БА дітей із масою при народженні > 2500 г. Хворим проводили визначення шкірної чутливості негайного типу до небактеріальних (харчових, пилоквих та епідермальних) алергенів методом прік-тестів та визначення у сироватці крові вмісту загального імуноглобуліну класу E (IgE) та інтерлейкінів 5 та 8 (ІЛ-5, ІЛ-8).

Результати. При актуальному обстеженні у більшості школярів груп спостереження реєструвалися супутні алергічні захворювання (алергічний риніт або/та atopічний дерматит), із більшою часткою коморбідності в контрольній групі спостереження: 61,5% проти 54,3% хворих I групи ($P > 0,05$). При цьому поліалергія (на харчові, побутові та медикаментозні алергени) зареєстрована лише у третини (27,3% випадків) I групи, проте у майже половини (44%) пацієнтів II групи ($P > 0,05$). Аналіз результатів шкірних прік-тестів показав, що хворим на БА дітям, народженим із НМТ, більш притаманна нижча реактивність шкіри до алергенів. Так, у хворих II групи реєструвалися вірогідно більші розміри папули ($13,3 \pm 1,8$ мм) та гіперемії ($36,0 \pm 4,17$ мм) у відповідь на пух/перо порівняно із результатами алерготестів у пацієнтів I групи (папула $8,3 \pm 0,8$ мм; $P < 0,05$ та гіперемія $23,9 \pm 4,02$ мм; $P < 0,05$). Уміст загального IgE у сироватці крові менше ніж 200 МО/мл, реєструвався у більшості пацієнтів (52,9%) I групи та лише у 5,9% дітей II групи ($P < 0,01$). При цьому, у хворих на БА дітей, народжених із НМТ, частіше траплялися низькі (≤ 4 пг/мл) рівні сироваткового ІЛ-5 (66,7% школярів) та середні (> 4 пг/мл, але менше 7,5 пг/мл) показники ІЛ-8 (70% випадків) відносно II групи порівняння (44,4% дітей ($P > 0,05$) та 42,9% пацієнтів ($P > 0,05$) відповідно).

Висновки. Одержані дані дали підстави вважати, що хворим на БА дітям, народженим із НМТ, притаманний нижчий рівень atopічної реактивності, що проявлялася невиразною чутливістю шкіри до небактеріальних алергенів, асоційованою з нижчим рівнем загального IgE, ІЛ-5 та ІЛ-8 у сироватці крові.

Семенюк М. О.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ СПОЛУЧНОТКАНИННОЇ ДИСПЛАЗІЇ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії №2

(науковий керівник - к.мед.н. Алексєєва Н. П.)

Актуальність. У дітей на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) спостерігається недосконалість будови та зменшення колагенових та еластичних волокон сполучної тканини, які складають основу трахеобронхіального каркасу. Це супроводжується ранніми структурними та морфологічними змінами стінок трахеї і бронхів, зниженням їх еластичності, а також виникненням передумови до швидкого прогресування бронхіальної астми (БА).

Мета роботи: проаналізувати особливості перебігу бронхіальної астми у дітей з ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Матеріали і методи. Під наглядом перебувало 62 дітей, які хворіли на БА. Хворі були розділені на 2 групи: першу групу склали 47 дітей із частково контрольованим перебігом астми, другу групу – 15 пацієнтів із контрольованим перебігом хвороби. Проведено аналіз клініко-анамнестичних даних у обстежених хворих.

Результати досліджень. У обстежених хворих виявлені кісткові, шкірні, м'язові і суглобові маркери НДСТ. Найбільш часто відмічались сколіотична деформація хребта, підвищена розтяжність шкіри, гіпермобільність суглобів, плоскостопість. 32% (15) дітей в групі з частково контрольованим перебігом БА мали індекс Варги (ІВ) нижче за 1,5; 20% (3) дітей із контрольованим перебігом БА мали ІВ нижче 1,5. У всіх обстежених дітей з БА незалежно від віку і статі визначалися численні стигми дизембріогенезу. Екскреція оксипроліну з сечею у хворих з БА достовірно була вище, ніж у здорових дітей. Достовірних відмінностей у показниках оксипроліну мочі залежно від тяжкості перебігу БА не виявлено.

Висновки. Проведене клінічне обстеження виявило значну частоту НДСТ серед обстежених дітей з БА: найчастіше траплялись сколіотична деформація хребта, підвищена розтяжність шкіри, гіпермобільність суглобів, плоскостопість, арахнодактілія. Дані зовнішні стигми НДСТ достовірно частіше зареєстровані у дітей з тяжким перебігом БА. Підвищення екскреції оксипроліну з сечею відображають наявність дисплазії сполучної тканини, але не є маркером тяжкості запального процесу у дітей з БА. Наявність клінічних ознак НДСТ, низький ІВ у дітей з БА впливають на перебіг захворювання і в 1,87 разів збільшують ризик формування частково контрольованого перебігу БА.