

Підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації Кальф-Каліфом було виявлено у $(30,55 \pm 7,67)\%$ дітей, що склало $(2,1 \pm 0,41)$ ум. од. Отримані дані відповідають легкому ступіню ендотоксикозу у обстежених підлітків, хворих на позалікарняну пневмонію.

Висновки. Розрахунок лейкоцитарних індексів є інформативним методом оцінки ступеню інтоксикації та маркером важкого перебігу у підлітків хворих на позалікарняну пневмонію у випадку відсутності типових запальних змін у клінічному аналізі крові.

ПОЗАЛІКАРНЯНА ПНЕВМОНІЯ У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Зубаренко О.В., Копійка Г.К., Коваль Л.І., Бочерова Т.І., Плотна О.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Дитяча міська клінічна лікарня №3 м. Одеса, Україна

Актуальність. Перебіг позалікарняної пневмонії (ПП) у дітей, на фоні супутньої неврологічної патології має визначені особливості. Щодо дитячого церебрального паралічу (ДЦП), частота якого на сьогодні не має тенденції до зниження, то можна зауважити на тому, що дана патологія формує певний преморбідний фон, який у значній мірі визначає перебіг захворювань, а також впливає на розвиток можливих ускладнень.

Мета. Визначення клініко-анамнестичних особливостей перебігу ПП у дітей раннього віку на фоні ДЦП.

Матеріал та методи. Під наглядом перебувало 37 дітей зі спастичними формами ДЦП, хворих на ПП, віком від 1 до 3-х років. У групу порівняння увійшло 30 дітей відповідного віку, які також лікувались з приводу ПП, але не мали супутньої неврологічної патології.

Результати. Згідно анамнестичним даним було виявлено, що 17 $(46 \pm 8,2\%)$ дітей із ПП на фоні ДЦП мали респіраторні епізоди більше ніж 6–8 раз на рік. У той же час, діти без неврологічної патології хворіли у 2,7 разів рідше: посилення на рекурентні захворювання респіраторного тракту у них були виявлені лише у 5 $(16,7 \pm 6,8\%)$ дітей (ВШ=2,55 (95ДІ 0,76 – 8,47). 11 $(29,7 \pm 7,5\%)$ дітей з ДЦП вже мали в анамнезі випадки ПП в минулому. У дітей без неврологічної патології повторна ПП була зареєстрована усього у двох випадках, що склало $(6,7 \pm 4,5\%)$ (ВШ= 5,92 (95ДІ 1,19 – 29,29). Фебрильні судоми мали місце у 10 $(27 \pm 7,3\%)$ дітей з ПП на фоні ДЦП, та лише у 2 $(6,7 \pm 4,5\%)$ дітей з ПП без неврологічної патології (ВШ = 5,18 (95ДІ 1,04 – 25,88).

Варто зазначити, що діти з ПП на фоні ДЦП потребували більш тривалого лікування в умовах стаціонару. Так у 34 $(91,9 \pm 4,5\%)$ дітей тривалість перебування у стаціонарі склала більш ніж 20 днів, а курс антибактеріальної терапії сягав майже 30 днів. У 23 $(76,7 \pm 7,7\%)$ дітей з ПП без неврологічної патології тривалість перебування у стаціонарі склала не більш ніж 10 днів, а потреба у антибактеріальній терапії обмежувалась курсом у 10–12 днів.

Висновки. Наявність ДЦП у дитини дозволяє віднести її до групи ризику розвитку респіраторної патології. Повторні випадки захворювання на пневмонію зазвичай характеризується затяжним перебігом, що в свою чергу обумовлює потребу у тривалому перебуванні дитини у стаціонарі та подовжених курсах антибактеріальної терапії. Ризик виникнення пневмонії у дітей з ДЦП, а також виділені обтяжуючі особливості анамнезу та перебігу захворювання варто враховувати на первинній ланці надання медичної допомоги дітям із супутньою неврологічною патологією.

ЗНАЧЕННЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНИХ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНІВ СІМЕЙСТВА NFATC В РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ ПРИ ПЕРВИННІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ

Іванько О.Г., Товма А.В., Пацера М.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Метою нашої роботи було визначення можливості асоціювання однонуклеотидних поліморфізмів генів сімейства NFATC1 (rs7240256, rs11665469, rs754505) і NFATC4 (rs2229309) з формуванням в підлітковому віці гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) при первинній артеріальній гіпертензії (АГ).

Об'єктом дослідження були підлітки у віці 16-18 років, студенти першого курсу медичного університету. Відібрано 74 підлітка (50 юнаків і 24 дівчини), у яких на підставі офісних вимірювань артеріального тиску (АТ), добового моніторингу АТ за допомогою «Cardio Tens» та клініко-лабораторного обстеження була встановлена АГ. Усіх досліджуваних було поділено на групу «випадків» – 32 (43%) підлітка, у яких при проведенні УЗД серця встановлено ознаки концентричної ГЛШ, а саме підвищення індексу маси міокарда лівого шлуночка більше $39,36 \text{ г/зріст в м}^{2,7}$ у юнаків, і більше $36,88 \text{ г/зріст в м}^{2,7}$ у дівчат,

одночасне потовщення задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ) в діастолі > 10 мм з тенденцією до зменшення діаметра порожнини лівого шлуночка в діастолі. У 42 (57%) молодих людей з АГ групи «контролю» показники лівого шлуночка серця були в межах вікової норми. Подальшим етапом дослідження було генотипування за означеними генами хворих з використанням зразків тотальної ДНК, виділеної з цільної венозної крові стандартним методом. Молекулярно-генетичне дослідження проводились методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в режимі реального часу («Real-time»). ПЛР для генотипування проводили згідно з інструкцією Applied Biosystems, США. Розподіл генотипів досліджуваних поліморфних локусів перевіряли на відповідність рівновазі Харді-Вайнберга за допомогою критерія χ^2 , за умов відповідності тесту для «випадків» і «контролю» обирали модель для визначення типу успадкування. Для порівняння частот алелей між різними групами використовували критерій χ^2 з поправкою Йейтса. Значущими вважали відмінності при $p < 0,05$. Відношення шансів розраховували за формулою: $OR = ad/bc$, де a – частота аналізованої алелі у хворих з ГЛШ, b – частота даної алелі у хворих без ГЛШ в групі «контролю», c і d – сумарна частота інших алелей в «випадку» і «контролі» відповідно. Важливою особливістю дослідження було те, що залучені хворі були із вперше діагностованою АГ і медикаментозного лікування ще не отримували.

Одержані результати свідчать, що розподіл частот алелей за вивченими поліморфізмами гену NFATC1 у осіб вибірок «випадок-контроль» істотно не відрізнялися один від одного. Одночасно статистично значущі відмінності ($p < 0,05$) за частотами алелей були зафіксовані для rs2229309 гену NFATC4. В подальшому нами була вибрана мультиплікативна модель успадкування ознаки ГЛШ за цим поліморфізмом та встановлено переважання алелі G ($OR = 2,08$, 95% CI 1,06 – 4,10) у групі «випадку» в порівнянні з групою «контролю».

Таким чином, встановлена асоціація алелі G rs2229309 гену NFATC4 з формуванням концентричної ГЛШ серця, яка розвивається в підлітковому віці у хворих на первинну АГ, що можна використовувати в стратифікації ризику швидко прогресуючого перебігу захворювання.

ТАХІСИСТОЛІЯ НА ТЛІ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ

Іванько О.Г., Пацера М.В., Патрєва К.П.

ДЗ «Запорізький державний медичний університет», м. Запоріжжя

Розповсюдженість артеріальної гіпертензії (АГ) у дітей і підлітків невинно зростає з кожним роком. Кількість дорослих, які страждають на кардіо-церебральні ускладнення гіпертонічної хвороби, поширюється з виникненням високого ризику інвалідизації і ранньої летальності.

Тахісистолією (ТС) вважають підвищення середньої частоти серцевих скорочень (ЧСС) протягом доби понад 84 уд./хв. зі збереженням синусового ритму і нормальною тривалістю комплексу QRS на електрокардіограмі (ЕКГ). Доведено, що ТС є одним з провідних факторів ризику в патогенезі виникнення несприятливих кардіо-васкулярних подій. Чинниками ТС у підлітків можуть бути серцева недостатність, гормональні дисфункції, вегетативні порушення роботи синусового вузла, електролітні і метаболічні розлади, інфекційні захворювання та інтоксикації, генетична схильність.

Метою дослідження було вивчити значення ТС у підлітків зі стабільною формою первинної АГ. Об'єктом дослідження були 6 юнаків і 5 дівчат з АГ у віці 16-18 років, у яких за даними добового холтеровського моніторингу, незважаючи на суб'єктивно нормальний стан, виявили ТС. ЧСС за добу в середньому становила 89 ± 4 уд./хв. у юнаків, і 91 ± 1 уд./хв. у дівчат. Групу порівняння склали 36 юнаків і 12 дівчат з АГ, середня ЧСС за добу була 74 ± 34 уд./хв. у юнаків, і 78 ± 1 уд./хв. у дівчат. Лікування АГ адреноблокаторами не проводили. У хворих на АГ вивчали показники добового моніторингу артеріального тиску (АТ), варіабельність пульсу, УЗД морфологію лівого шлуночка серця. Дані дослідження проводили в динаміці, що підтверджувало стійкий характер ТС. Отримані дані обробили за допомогою статистики.

Встановлено, що юнаки з ТС демонстрували вищі показники діастолічного АТ в денні години (83 ± 4 мм рт. ст.), ніж у контрольній групі (71 ± 3 мм рт. ст., $p < 0,05$). Циркадний ритм АТ в групі підлітків з ТС найчастіше відповідав типу «non dipper». Показники УЗД маси міокарда лівого шлуночка і товщини його задньої стінки ($> 0,8$ см) у юнаків перевищували вікову норму у 5 з 6 хворих (0,83), у порівнянні з контролем – 13 з 36 (0,36, $p < 0,05$). У всіх досліджуваних було виключено відомі причини тахікардії, тому ТС найімовірніше була ідіопатичною або відображала приховані прояви наростаючої серцевої недостатності. На ЕКГ зубець Р був у всіх відведеннях, що дозволило ідентифікувати ритм як синусовий, тривалість комплексу QRS була у межах норми. Параметри варіабельності серцевого ритму у підлітків з ТС значно відрізнялися і виявляли ознаки активації автономного контуру регуляції пейсмекеру серця від контрольної групи. Відомо, що контроль пейсмекерної активності серця здійснюється високо спеціалізованими міоцитами синусового вузла і тісно пов'язаний з функціональною активністю Na^+ і K^+ залежними f-каналами, через які протікає I_f струм. Велика кількість відкритих f-каналів збільшує ЧСС, на це також впливають ендogenous нейромедіатори (можливо, уротензин II) і екзогенні хімічні сполуки.