

BUKOVINIAN STATE
MEDICAL UNIVERSITY

BIMCO JOURNAL

ABSTRACTS BOOK

CHERNIVTSI 2021

Погрібна А. О.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ВІТАМІНУ Д ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 У РОЗВИТКУ АНЕМІЇ ЗАПАЛЕННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЗАПАЛЬНІ БАКТЕРІАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра госпітальної педіатрії

(науковий керівник - д.мед.н. Леженко Г. О.)

Гепсидин грає важливу роль у розвитку анемії запалення (АЗ). Його експресія регулюється прозапальними цитокинами. Збільшення рівня гепсидину зумовлює обмеження пула позаклітинного заліза, вивільнення його з клітин та доступність еритропоєзу, призводить до секвестрації заліза у кишківнику, у відповідь на що спостерігається маніфестація анемії залізоперерозподільного генезу. На початку вивчення гепсидин був описаний як антимікробний пептид. Індукований ним залізодефіцит уявляється як механізм імунного захисту для зменшення доступності заліза для позаклітинних патогенів. Вітамін Д інгібує експресію гепсидину шляхом пригнічення прозапальних цитокінів, які стимулюють його вироблення. У зв'язку з цим J. Vacchetta et al. (2014) припустили, що вітамін Д регулює експресію гепсидину аналогічно його впливу на інші антимікробні пептиди, а його низький вміст в організм може сприяти розвитку АЗ.

Групи дослідження склали 80 дітей (1,6±0,4 років). Основну групу склали 40 дітей, хворих на гострі запальні бактеріальні захворювання органів дихання: першу підгрупу склали 20 дітей із АЗ, другу – 20 пацієнтів без анемії, групу контролю – 20 умовно здорових дітей. Вміст гепсидину та 25(OH)D3 було визначено методом імуноферментного аналізу (ІФА). Застосовано метод кореляційного аналізу з обчисленням коефіцієнта Спірмена. Для оцінки відмінностей показників - непараметричний критерій (U) Манна-Уїтні. Відмінності вважали достовірними при p<0,05.

Перебіг основного захворювання відбувався на тлі недостатнього забезпечення вітаміном Д (28,6 (26,6; 31,7) нг/мл). У першій підгрупі рівень 25(OH)D3 - на межі норми (29,99 (28,1; 36,5) нг/мл), в другій групі - недостатність (27,4 (26,1; 31,2) нг/мл). Рівень 25(OH)D3 був нижчим в 1,3-1,6 разів за показники групи контролю (43,0 (38,2; 47,0) нг/мл) (p<0,05). Встановили, що АЗ перебігає на тлі високого рівня гепсидина: в обох підгрупах у гострий період - достовірно більший (2,09 (1,81; 2,24) нг/мл і 1,89 (1,48; 2,28) нг/мл, p<0,01), найвищі показники - у дітей з АЗ, більше за групу контролю в 2 рази (1,07 (0,98; 1,17) нг/мл, p<0,01). Пацієнти з низьким рівнем 25(OH)D3 мали достовірно вищі показники гепсидина порівняно з групою контролю, встановлено зворотній кореляційний зв'язок (r=-0,47, p<0,05).

АЗ у дітей раннього віку, хворих на гострі запальні бактеріальні захворювання органів дихання, перебігає на тлі високого рівня гепсидина та недостатності вітаміну Д, який реалізує вплив на обмін заліза шляхом супресивної дії на прозапальні цитокини.

Рудан К. В.

ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ СУПУТНІМ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Тарнавська С. І.)

Дослідження коморбідності бронхіальної астми (БА) та алергічного риніту (АР) в дітей є надзвичайно актуальними, в зв'язку із зростанням частоти одночасної поширеності даної патології в дитячому віці. Особлива увага науковців акцентована на патогенетичних механізмах розвитку запального процесу дихальних шляхів. Мета роботи цієї роботи - оцінити показники цитологічного складу назального секрету у дітей, хворих на БА із супутнім алергічним ринітом.

Проведено комплексне клініко-імунологічне обстеження 33 дітей, хворих на БА із супутнім АР. У всіх пацієнтів проведено цитологічне дослідження мазків назального секрету (назоцитограма). Залежно від перебігу АР пацієнти розподілені на 2 клінічні групи: I група – 17 дітей, що хворіють на БА та інтермітуючий АР (середній вік – 13,4 ±0,8 року, частка хлопчиків – 70,5%), II група – 16 хворих на БА, які мають персистуючий перебіг АР (середній вік – 12,1 ±1,1 року (p>0,05), частка хлопчиків – 81,2% (p>0,05). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними.

Аналіз результатів назоцитограми виявив, що відносний вміст еозинофільних гранулоцитів в назальному секреті у дітей I групи дорівнював 21,5%, а в представників II групи - 33,7% (p>0,05) відповідно. Водночас, частка пацієнтів, в який відносний вміст еозинофілів за показниками назоцитограми перевищував 21,5%, виявилася майже вдвічі вищою в хворих II клінічної групи (33,4%), порівняно з відповідними показниками представників I групи (15,4%, p<0,05). Показники ризику виразного еозинофіл-опосередкованого запалення слизової оболонки носа за наявності коморбідного перебігу БА та персистувального АР порівняно до пацієнтів з інтермітуючим перебігом АР дорівнювали: відносний ризик – 2,0 (95%ДІ: 1,0-4,2) при співвідношенні шансів – 3,3 (95%ДІ: 1,6-5,2). Подальше дослідження мазків назального секрету не виявило суттєвої різниці щодо інших показників назоцитограми. Частка нейтрофільних гранулоцитів, лімфоцитів, макрофагів та епітеліальних клітин назального секрету у пацієнтів I групи дорівнювала 58,2%, 1,7%, 9,1%, 21,5% відповідно, а в хворих II групи – 54,9% (p>0,05), 1,6% (p>0,05), 12,4% (p>0,05) та 7,1% (p>0,05) відповідно.

У дітей за наявності коморбідного перебігу бронхіальної астми та персистувального алергічного риніту шанси розвитку виразного еозинофіл-опосередкованого запалення слизової оболонки носа зростають у 3,3 рази.

| | |
|--|-----|
| Гуліцький Б. І., Мельникович Г. В. | 177 |
| КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК COVID-19 НА ТЛІ ВРОДЖЕНОЇ ВАДИ СЕРЦЯ У ДИТИНИ | |
| Декет М. М. | 178 |
| ВИКОРИСТАННЯ КОНСТЕЛЯЦІЙНИХ ШКАЛ ДЛЯ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСУ ЗА УМОВ РІЗНОГО ВПЛИВУ ЕКОФАКТОРІВ | |
| Дойчук С. Б. | 178 |
| ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ЗАПАЛЬНИХ ІНДЕКСІВ ЩОДО ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ | |
| Жога У. Ю. | 179 |
| СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ «СОНЯЧНИХ» ДІТЕЙ В УКРАЇНІ | |
| Заєць А. В., Євпак Д. В. | 179 |
| РОЛЬ КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДАНИХ У ДІАГНОСТИЦІ БРОНХІОЛІТУ У ДІТЕЙ | |
| Коржовська Т. В., Нестерук Д. О. | 180 |
| СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ БРОНХІОЛІТІВ У ДІТЕЙ | |
| Краснова Т. В. | 180 |
| ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ОКРЕМИХ ЗАПАЛЬНИХ МАРКЕРІВ КРОВІ В ДІФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ | |
| Кучерук А. А. | 181 |
| ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ, ПРИЧИН, ПЕРЕБІГУ, МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВАД СЕРЦЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ | |
| Кцюєва А. Є. | 181 |
| ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА АСТМУ ПІЗЬНОГО ПОЧАТКУ | |
| Мартинюк Ю. О., Бойко С. В. | 182 |
| ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ КРОВІ ДЛЯ ВЕРИФІКАЦІЇ ГОСТРИХ НЕСТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ | |
| Молинь Л. Р., Хлуновська Л. Ю., Огороднік Р. М. | 182 |
| ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ СТУДЕНТІВ ЗА УМОВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ | |
| Остапенко І. В. | 183 |
| КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПАЦІЄНТА З НЕФРОБЛАСТОМОЮ | |
| Побережний А. О. | 183 |
| АСПЕКТИ ХАРЧУВАННЯ ШКОЛЯРІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ | |
| Погрібна А. О. | 184 |
| ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ВІТАМІНУ Д ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 У РОЗВИТКУ АНЕМІЇ ЗАПАЛЕННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЗАПАЛЬНІ БАКТЕРІАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ | |
| Рудан К. В. | 184 |
| ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ СУПУТНІМ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ | |
| Рудейчук Д. В. | 185 |
| ОКРЕМІ КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ | |
| Свентозельська Т. В., Стрелкова М. І., Амідова Г. Д., Степанова В. А. | 185 |
| ВІДМІННОСТІ РІВНЯ ЦИНКУ В ПЛАЗМІ КРОВІ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ БРОНХІТ УКЛАДНЕНОГО БРОНХОСПАЗМОМ ТА ОЗНАКАМИ НЕДЕФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ | |
| Сікірінцька А. С., Приходько М. І. | 186 |
| СИНДРОМ МАК-КЬЮНА - ОЛБРАЙТА - БРАЙЦЕВА У ДІТЕЙ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ) | |