

**КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. С.І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

УСАЧОВА ОЛЕНА ВІТАЛІВНА

УДК: 616.2–022.6–06:616.438–007.61]–053.3-085.357

**КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ
ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ГОСТРИХ
РЕСПІРАТОРНО-ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З
ТИМОМЕГАЛІЄЮ**

14.01.10 – педіатрія

**АВТОРЕФЕРАТ
ДИСЕРТАЦІЇ НА ЗДОБУТТЯ НАУКОВОГО СТУПЕНЮ
КАНДИДАТА МЕДИЧНИХ НАУК**

Сімферополь – 2002

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Запорізькому державному медичному університеті МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Ткаченко Юлій Петрович**, Запорізький державний медичний університет, завідувач кафедрою госпітальної педіатрії.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Кобець Тетяна Володимирівна**, Кримський державний медичний університет ім. С.І. Гергієвського, професор кафедри педіатрії;

доктор медичних наук, професор **Юліш Євгеній Ісаакович**, Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, завідувач кафедри пропедевтики дитячих хвороб

Провідна установа: Інститут педіатрії, акушерства та гінекології Академії медичних наук України, м. Київ, відділ профілактики та терапії дитячих захворювань.

Захист відбудеться “27” лютого 2002 р. о 14 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 52.600.01 при Кримському державному медичному університеті ім. С.І.Георгієвського МОЗ України (95006, м. Сімферополь, бульвар Леніна 5/7).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського МОЗ України (95006, м. Сімферополь, бульвар Леніна 5/7).

Автореферат розісланий “11” січня 2002 року.

Вчений секретар
Спеціалізованої вченої ради,
професор

О.А.Хренов

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Гострі респіраторно-вірусні інфекції (ГРВІ) являють собою найбільш поширену дитячу патологію, яка у дітей перших років життя досить часто перебігає з ускладненнями у вигляді стенозуючого ларинготрахеїту, бронхіту, або пневмонії. Досить важливе значення у несприятливому перебігу ГРВІ приділяється тимомегалії (Тяжка А.В., 1996; Івановська Т.С. та співавт., 1996; Овчаренко Л.С. та співавт., 2000).

Особливості перебігу ГРВІ у дітей зі збільшеною загрудинною залозою пов'язані з наявністю у хворих більш чи менш значного імунодефіцитного стану та дисгормонозу з проявами надниркової недостатності (Кузьменко Л.Г., Іноземцева-Фермін Є.А., 1993; Воронцов І.М. та співавт., 1995; Верещагін І.А. та співавт., 1996; Ткаченко Ю.П., 1998). Виходячи з цих даних, в педіатричній практиці склалася думка про необхідність замісної терапії глюкокортикоїдами при проведенні комплексу лікування дітей з ускладненими формами ГРВІ, які мають збільшення загрудинної залози (Щекотін І.Б., 1991; Овчаренко Л.С., 1996). При цьому сучасні данні про етіологію та патогенез тимомегалії у дітей раннього віку свідчать про неоднорідність цієї патології (Тяжка А.В., 1996; Ткаченко Ю.П., 1994).

На теперішній час невизначено групи ризику виникнення тих чи інших ускладнень ГРВІ у дітей з тимомегалією в залежності від причин збільшення загрудинної залози; не сформульовано чіткого погляду на необхідність призначення глюкокортикоїдів у дітей з тимомегалією в разі виникнення у них гострого стенозуючого ларинготрахеїту, бронхіту, або пневмонії як ускладнення ГРВІ, що і обумовлює актуальність обраної теми.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: Робота виконана згідно плану науково-дослідних робіт кафедри госпітальної педіатрії Запорізького державного медичного університету і є складовою часткою комплексної науково-дослідної роботи за темою: “Закономірності морфогенезу лімфоїдних органів в післянатальному періоді в нормі та після внутрішньочеревної антигенної стимуляції і розробка засобів корекції імунологічного дефіциту за допомогою імуномодуляторів” (номер держреєстрації – 01.94.U.008429).

Мета роботи. Удосконалення методів лікування та прогнозу ускладнених форм ГРВІ у дітей раннього віку зі збільшеною загрудинною залозою на підставі вивчення імуного статусу та функції надниркових залоз в динаміці гострого стенозуючого ларинготрахеїту, бронхіту та пневмонії.

Задачі дослідження.

1. Вивчити особливості клінічного перебігу ускладнених форм гострих респіраторно-вірусних інфекцій у дітей раннього віку з тимомегалією.
2. Визначити вірусні чинники ускладнених форм гострих респіраторно-вірусних інфекцій у дітей раннього віку зі збільшеною загрудинною залозою.
3. Дослідити іmunний стан хворих на різні ускладнені форми гострих респіраторно-вірусних інфекцій дітей раннього віку з тимомегалією у динаміці захворювання.
4. Дослідити функціональний стан надниркових залоз у хворих на ускладнені форми респіраторної вірусної інфекції дітей зі збільшеною загрудинною залозою в динаміці захворювання.
5. Визначити прогностичні критерії виникнення ускладнень, в разі захворювання дітей з тимомегалією на гострі респіраторно-вірусні інфекції.
6. Розробити показання до призначення глюкокортикоїдів дітям, хворим на ускладнені форми гострих респіраторно-вірусних інфекцій, зі збільшеною загрудинною залозою.

Об'єкт дослідження. Діти раннього віку із збільшеною загрудинною залозою та з хворобами органів дихання, які виникали як ускладнення ГРВІ.

Предмет дослідження. Особливості перебігу, функціонування іmunної системи і кори надниркових залоз, та шляхи підвищення ефективності лікування гострого стенозуючого ларинготрахеїту, бронхіту та пневмонії у дітей раннього віку з тимомегалією.

Методи дослідження. За для досягнення поставленої мети, до комплексу досліджень ввійшли, крім загально-клінічних методів, імунологічні. Функціональний стан гіпофізарно-надниркової системи оцінювався за рівнем адренкортикотропна (АКТГ) та гормонів кори надниркових залоз крові дітей.

Наукова новизна отриманих результатів. У роботі вперше, шляхом застосування комплексу клінічних, імунологічних та біохімічних методів, визначені особливості перебігу ускладнених форм ГРВІ у дітей раннього віку з тимомегалією в залежності від патогенезу останньої.

Встановлено, що стенозуючий ларинготрахеїт найбільш часто ускладнював ГРВІ при наявності у дитини тимомегалії конституційного походження (ЛГД); гострий бронхіт виникав у дітей з тимомегалією вторинного походження при не значних ступенях збільшення загрудинної залози; обструктивний бронхіт – при вторинній тимомегалії, виникнення якої пов'язувалося з наявністю у

дитини гіпертензійно-гідроцефального синдрому; а пневмонія – при вторинній тимомегалії, яка розвивалася в наслідок дії чужинних антигенів в антенатальному та перинатальному періодах.

Вперше показано неоднорідність у функціонуванні надниркових залоз у дітей з тимомегалією при різних клінічних варіантах ускладнень ГРВІ: короткострокова кортизолова недостатність при стенозуючому ларинготрахеїті, пролонгована і прогресуюча – при обструктивному бронхіті, і відсутність значної недостатності при бронхіті та пневмонії. На основі аналізу результатів вивчення імунного і гормонального стану дітей з тимомегалією, обґрунтовано диференційований підхід до призначення глюкокортикоїдної терапії таким хворим.

Показано, що інфекційне захворювання у дітей з тимомегалією змінює їх вихідний імунний статус, наближаючи останній до фізіологічного, що дозволило обґрунтувати доцільність щеплювань таких дітей проти керованих інфекцій та грипу.

Практичне значення. Встановлено, що для забезпечення прогнозу характеру можливих ускладнень гострих респіраторно-вірусних інфекцій у дітей з тимомегалією необхідно визначення причин походження збільшення загрудинної залози.

Доведена відсутність впливу етіологічного чинника на виникнення того чи іншого ускладнення ГРВІ і показано його залежність від функціонування кори надниркових залоз. Обґрунтована необхідність дослідження функціонального стану надниркових залоз у дітей з тимомегалією, ГРВІ яких ускладнюється обструктивним бронхітом.

Встановлено, що терапія дітей з гострим стенозуючим ларинготрахеїтом потребує раннього призначення глюкокортикоїдів, як метода запобігання розвитку декомпенсованих форм патології. Патогенетично обґрунтована необхідність призначення глюкокортикоїдів на протязі всього періоду клінічних проявів обструктивного бронхіту. Установлено, що глюкокортикоїдна терапія у дітей зі збільшеною загрудинною залозою, що захворіли на бронхіт та пневмонію, які виникли як ускладнення ГРВІ, недоцільна.

Обґрунтована доцільність проведення профілактичних щеплень дітям раннього віку з тимомегалією проти керованих інфекційних захворювань, а також проти грипу, для запобігання розвитку його ускладнень.

Впровадження результатів роботи в практику. Основні результати проведених досліджень по прогнозуванню виникнення ускладнень ГРВІ та їх лікуванню у дітей раннього віку з тимомегалією впроваджено в практику міських дитячих клінічних лікарень, обласної дитячої клінічної лікарні, інфекційної клінічної лікарні м. Запоріжжя.

Теоретичні положення втілені в учбовий процес на кафедрі факультетської педіатрії, госпітальної педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною працею автора. Автор проаналізував сучасні вітчизняні та іноземні літературні данні з проблеми, що вивчалася. Основним внеском автора є отримання результатів наукових досліджень: підбір хворих та їх комплексне обстеження, забір матеріалу для імунологічних та біохімічних досліджень, вивчення рівню імуноглобулінів крові, призначення лікування хворим. Пошукачем розроблено прогностичні критерії виникнення ускладнень ГРВІ, обґрунтована доцільність глюкокортикоїдної терапії у хворих на ускладнені форми гострих респіраторних захворювань дітей раннього віку з тимомегалією. Автор самостійно провела обробку отриманих результатів та їх науковий аналіз, підготувала наукові данні до публікації.

Апробація результатів дисертації. Положення роботи було представлено та обговорено на: V з'їзді інфекціоністів України (Тернопіль, 1998р.), Пленумах інфекціоністів України: "Нове у діагностиці і лікуванні інфекційних захворювань" (Львів, 2000р.) та "Нейроінфекції. Інші розповсюджені вірусні хвороби" (Харків, 2001р.), 4-му Міжнародному медичному конгресі студентів і молодих вчених (Тернопіль, 2000р.), 2-ої Науково-практичної конференції "Антибактеріальна, протизапальна та імуноактивна терапія в педіатрії" (Київ, 2001р.), Міжнародної науково-практичної конференції "Санаторно-курортная реабілітація детей, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС" (Євпаторія, 2001р.).

Матеріали дисертації неодноразово викладалися на засіданнях товариства дитячих лікарів (1999р.) та лікарів-інфекціоністів Запорізької області (1998-2001р.р.), на обласній науково-практичній конференції лікарів санітарно-епідеміологічної служби Запорізької області (1998р.). Також апробація результатів дисертаційної роботи проведена на міжкафедральному засіданні співробітників педіатричних кафедр Запорізького державного медичного університету та кафедри педіатрії Запорізького інституту удосконалення лікарів.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 14 робіт, з яких 5 розміщені у виданнях, зареєстрованих ВАК України, та ще 9 у вигляді статей та тез доповідей, що опубліковані у інших журналах, збірниках матеріалів наукових конференцій та конгресів.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 132 сторінках друкованого тексту. Робота складається із вступу, огляду літератури, опису методів дослідження, трьох розділів власних досліджень та обговорення отриманих результатів, висновків і практичних рекомендацій. Робота ілюстрована 19 таблицями та 7 малюнками, що складають 20 сторінок. Список використаних джерел містить 221 роботу.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Матеріали та методи дослідження. У клінічні дослідження було залучено 241 дитину з тимомегалією, хвору на ускладнені форми ГРВІ, в віці від 1 місяця до 3 років. Контингент хворих складався з 166 (68,7%) хлопчиків та 75 (31,3%) дівчаток. Серед обстежених стенозуючий ларинготрахеїт мав місце у 29 дітей (12,0±3%), хворих на гострий бронхіт було 55 (22,8±4%), з проявами обструктивного бронхіту – 97 (40,3±5%), а хворих на пневмонію – 60 (24,9±4%). Діагноз був верифікований на підставі ретельного вивчення скарг, анамнезу захворювання та життя, результатів об'єктивного огляду та додаткових клініко-лабораторних досліджень. Поряд з вивченням загального аналізу крові, сечі та калу, проводили біохімічне дослідження крові, яке передбачало визначення загального білку і його фракцій, вмісту кальцію, калію, натрію сироватки, контроль глікемії. Рентгенографія органів грудної клітини проводилась в першій день стаціонарного лікування та в динаміці в цілях контролю одужання. Всі діти підлягали огляду врача-невролога з проведенням нейросонографічного дослідження, або ЄХО-дослідження у випадках закритого великого джерельця.

Наявність тимомегалії встановлювалась за даними рентгенограми органів грудної клітини, за якою обчислювався кардіо-тиміко-торакальний індекс.

Етіологічна розшифровка ГРВІ проводилася методом парних сироваток з використанням комерційних антигенів до вірусів грипу А₁, А₂, В, парагрипу 1, 2 і 3 типів, аденовірусів 7 і 3 типів та респіраторно-синтиціального вірусу співробітниками вірусологічної лабораторії обласної санітарно-епідеміологічної станції міста Запоріжжя.

Вміст гормонів системи гіпофіз-кора надниркових залоз у плазмі крові визначався радіоімунним методом з використанням комерційних діагностичних наборів. АКТГ-синтезуюча функція вивчалася за рівнем адренкортикотропіну плазми крові (набір "АСТНК-PR" фірми International-CIS Франція). Вміст кортизолу крові встановлювали за допомогою набору "Стерон-К-125-І", тестостерону – "Стерон-Т-125-І, прогестерону – "Стерон-П-125-І", виробництва інституту біоорганічної хімії АН Білорусії. Кількість кортикостерону встановлювали за допомогою набору "РИН-В-3-Н" (Росія) і альдостерону – набору "Aldosterone radioimmossay KIT" виробництва фірми International-CIS, Італія.

Стан імунної системи вивчався на основі визначення кількості Е-РУК і ЕАС-РУК за методом Jandal M., Kolm Y., Widzell H. (1972) в модифікації Pand Y.T.M., Baguley D.M., Wilson J.D. (1975). Для розподілу за субпопуляціями Т-лімфоцитів ми визначали кількість теофілінчутливих та теофілінрезистентних лімфоцитів за методом Е-розеткоутворення.

Вміст в плазмі крові імуноглобулінів А, М, G досліджували методом радіальної імунодифузії в агарі по Manchini et al. (1965) з використанням антисироваток до імуноглобулінів людини виробництва Горьківського НДІ епідеміології та мікробіології.

Функціональну активність нейтрофілів оцінювали за їх схильністю до відновлення нітросинього тетразолію (NST-тест) за допомогою комерційного набору, виготовленого кооперативом "Реакомплекс" (м. Чита). Активність комплементу вивчали методом Резникова Л.С. (1967).

Для запобігання впливу лікування на показники, що нас цікавили, перший забір крові проводився до призначення глюкокортикоїдних препаратів перед початком лікування у стаціонарі. Повторний забір крові для оцінки функціонування надниркових залоз в динаміці захворювання проводився нами через 5-7 діб після відміни глюкокортикоїдного лікування. Забір крові для імунологічних досліджень у більшості випадків проведено в один день з забором крові для обстеження на рівень гормонів.

Контрольна група складала 60 дітей раннього віку. Двадцять чотири дитини з них були виділені нами у підгрупу здорових. Ці діти не мали клінічних ознак лімфатико-гіпопластичної аномалії конституції та шкіряних проявів алергії, були ейтрофіками. Показники периферійної крові у них відповідали віковим нормам. За динними неврологічного обстеження ці діти не мали клінічних ознак патології центральної нервової системи. Виключення у них тимомегалії проводилося за допомогою ультразвукового методу.

Тридцять шість дітей склали другу контрольну підгрупу. Це були пацієнти з тимомегалією та без проявів гострої респіраторної вірусної інфекції на протязі не менше 3 місяців. Збільшення загрудинної залози у них було встановлено при попередніх обстеженнях, або ультразвуковим методом у випадках наявності фенотипічних ознак лімфатизму.

Математична обробка, кореляційний аналіз, побудова діаграм та набір тексту виконані на персональній ЕОМ IBM з процесором PENTIUM 1, операційна система Windows 95, з використанням прикладних програм – Microsoft Excel 97 та Microsoft Word 97. Визначення середньостатистичної помилки відносних показників проведено за таблицею В.С. Генеса (1967) з монографії Гублера Е.В. (1990).

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз анамнестичних даних хворих з тимомегалією показав, що більшість із них зазнали несприятливих умов на різних етапах антенатального, інтранатального та постнатального розвитку. Так, гестози відмічені у $60 \pm 5\%$ випадків, внутрішньоутробне інфікування – у $29,5 \pm 4\%$, патологічні пологи – у $45 \pm 4\%$, раннє штучне вигодовування – у $54,3 \pm 5\%$. Пролонгована дія небезпечних чинників на організм плоду та немовляти впливала на стан їх системи резистентності і такі діти часто хворіли: $76,5 \pm 5\%$ дітей раніш вже переносили ГРВІ, а $25,4 \pm 3\%$ з них – більше ніж 2 рази. Більшість пацієнтів мали перинатальні ушкодження ЦНС ($71,4 \pm 5\%$), причому гіпертензійно-гідроцефальний синдром спостерігався у $39,8 \pm 4\%$ обстежених.

На основі індивідуального аналізу клініко-анамнестичних даних ми розподілили дітей з тимомегалією на групи в залежності від ведучого механізму виникнення збільшення за грудинної залози. Для цього було використано класифікацію тимомегалії Ю.П.Ткаченка (1994), де відображена гетерогенність походження цього синдрому. Проведене групування показало, що у більшості хворих мала місце вторинна тимомегалія. У 114 дітей вона була пов'язана з перинатальною патологією центральної нервової системи неінфекційного генезу, а у 56 дітей – виникала в наслідок передчасного антигенного стимулюванням інфекційною або неінфекційної природи. Лише у 58 обстежених збільшення за грудинної залози було проявом лімфатико-гіпопластичної аномалії конституції.

За допомогою серологічного дослідження методом парних сироваток етіологію захворювання було встановлено у 68 із 98 обстежених хворих ($74,7 \pm 5\%$). Серед вірусів, що стали чинниками ускладнених ГРВІ у дітей основної групи домінували: вірус грипу А₂ – у 25 ($27,5 \pm 3\%$) та парагрипу 3 типу – у 21 ($23,1 \pm 2\%$). Нами було відмічено, що будь-яке з ускладнень ГРВІ у дітей з тимомегалією виникало не залежно від етіологічного чинника і вирішення питання про прогноз розвитку стенозуючого ларинготрахеїту, бронхіту, обструктивного бронхіту, або пневмонії треба шукати у особливостях стану регулюючих систем таких хворих.

Під час порівняльного аналізу даних анамнезу обстежених дітей ми виявили їх неоднорідність в залежності від форми ускладнення. Серед хворих, які переносили ГРВІ ускладнену гострим стенозуючим ларинготрахеїтом, були найбільше розповсюдженими прояви лімфатико-гіпопластичного діатезу ($72,4 \pm 3\%$). Ускладнення ГРВІ у формі стенозуючого ларинготрахеїту виникало у дітей з тимомегалією частіше у віці – 6-12 місяців і переважно у випадку повторного респіраторного вірусного захворювання.

Найвищою була частота патології вагітності ($70,4 \pm 5\%$) та пологів ($51,9 \pm 6\%$) у анамнезі хворих на запалення легенів, яке розвинулося як ускладнення ГРВІ. Саме в них найчастіше діагностували внутрішньоутробне інфікування ($63,3 \pm 5\%$) та перинатальну патологію центральної нервової системи ($88,3 \pm 3\%$), яка у $53,3 \pm 4\%$ дітей цієї клінічної групи супроводжувалася формуванням гіпертензійно-гідроцефального синдрому. Серед хворих на пневмонію був найвищим відсоток передчасно народжених ($43,3 \pm 6\%$) та тих, хто на період захворювання мав вагу нижче вікової норми – гіпотрофію або ЗВУР ($33,0 \pm 7\%$).

У анамнезі хворих на гострий бронхіт та обструктивний бронхіт теж часто відмічено дані про патологічний перебіг вагітності та пологів. При цьому, прояви перинатального пошкодження ЦНС частіше реєструвалися у хворих на обструктивний бронхіт (у $79,4 \pm 4\%$ проти $65,4 \pm 4\%$ з необструктивним бронхітом, $p < 0,05$). У дітей обох груп найчастіше відмічалися клінічні ознаки ексудативного діатезу (у $49,0 \pm 5\%$ хворих на гострий бронхіт та у $45,4 \pm 3\%$ – на обструктивний бронхіт) та харчової алергії, чому сприяв ранішній перехід на штучне вигодовування ($65 \pm 5\%$ осіб 2 групи, $40,2 \pm 4\%$ – 3 групи). Діти з наведеними анамнестичними даними при першій зустрічі з респіраторними вірусами, частіше переносили ГРВІ з ускладненням у вигляді звичайного бронхіту. Як що ж епізоди респіраторних вірусних інфекцій повторювалися, то виникала небезпека розвитку більш тяжкої патології – обструктивного бронхіту.

Аналіз даних про розміри за грудинної залози вказав на те, що 3-4 ступінь тимомегалії частіше спостерігалася у дітей з ознаками стенозуючого ларинготрахеїту (у $55,3 \pm 4\%$ хворих). Такі данні збігаються з розповсюдженою думкою про те, що значні ступені збільшення тимусу виникають внаслідок ендогенної недостатності кортизолу (Карзов М.В., 1991; Тяжка А.В., 1997; Ткаченко Ю.П., 1997), яка саме і реєструється у дітей з лімфатико-гіпопластичною аномалією конституції (Овчаренко Л.С., 1996). Ми звернули увагу також на те, що в групах обстежених, в яких ГРВІ ускладнилася гострим необструктивним та обструктивним бронхітом, частота реєстрації значних

ступенів збільшення тимусу була неоднаковою. Лише у $11,5 \pm 2\%$ хворих на обструктивний бронхіт тимомегалія була 1 ступеню, а у $44,3 - 3$ та 4 , тоді як при необструктивному варіанті ураження бронхів відмічена протилежна тенденція: найменшу ступінь збільшення за грудинної залози діагностовано у $32,3 \pm 4\%$, а 3 та $4 -$ лише у $26,3 \pm 3\%$ ($p < 0,05$).

Перебіг ускладнених форм ГРВІ у дітей раннього віку з тимомегалією відрізнявся значною тяжкістю – тяжких форм було зареєстровано $130 (53 \pm 5\%)$, а 52 хворим ($21,3 \pm 4\%$) лікування проводилося в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Серед особливостей перебігу ГРВІ у дітей раннього віку з тимомегалією ми відмітили схильність до розвитку бронхообструкції, яка виникала досить рано і мала стійкий характер; часте виникнення клінічних проявів нейротоксикозу (у $22,3 \pm 4\%$), який майже у кожного другого супроводжувався судомою; а також наявність короткострокової діареї (у $30,2 \pm 4\%$), яку у більшості випадків нам не вдалося на підставі бактеріологічного дослідження калу зв'язати з інфекційним ураженням шлунково-кишкового тракту. Діти з тимомегалією одужували від ускладнених форм ГРВІ повільно і в середньому виписувалися з лікарні на 21 ± 5 день хвороби.

Загалом гострому періоду ускладненого перебігу ГРВІ у дітей зі збільшеною за грудинною залозою були притаманні певні позитивні імунологічні зсуви (незначне зростання ферментативної активності нейтрофілів по відновленню нітросинього тетразолію, приближення до контрольних показників здорових дітей рівню Е-РУК та підвищення чисельності Е-активних РУК, зростання концентрації Ig M). Тобто, перенесене інфекційне захворювання приближувало стан імунної системи дітей зі збільшеною за грудинною залозою до фізіологічних показників дітей раннього віку, що може свідчити про доцільність проведення профілактичних щеплень дітям з тимомегалією, в тому числі проти грипу, як важливого захворювання по бронхолегеневих ускладненнях.

У гострому періоді стенозуючого ларинготрахеїту у дітей з тимомегалією ми визначили найнижчу активність нейтрофілів периферійної крові по відновленню нітросинього тетразолію ($13 \pm 4,3\%$ проти $25,8 \pm 2,62\%$ у здорових; $p < 0,01$) з запізнілою їх активацією на період одужання; компенсаторний лімфоцитоз та найменший показник Е-РУК ($24,1 \pm 6,3\%$ проти $53,6 \pm 1,8\%$ у здорових; $p < 0,01$). У дітей цієї групи на фоні зростання кількості ЕАС-РУК крові була відсутньою активація антитілоутворення.

Динаміка показників, що характеризують стан системи імунітету, при гострому бронхіті відповідала класичній імунній відповіді – підвищувалася ферментативна активність нейтрофілів (до $36,5 \pm 7,3\%$; $p < 0,05$ відносно здорових) та динамічно зростала антитілопродукція (рівень IgM підвищився з $7,5 \pm 0,7$ г/л у гострому періоді до $10,1 \pm 2,1$ г/л на період одужання).

Направленість імунних змін у хворих на пневмонію була закономірною для бактеріальних запальних процесів: відзначена значна активація нейтрофілів по відновленню нітросинього тетразолію (до $34,0 \pm 2,4\%$), високі кількості Е-активних РУК ($2,21 \pm 0,5 \times 10^9$ /л, проти $0,31 \pm 0,01 \times 10^9$ /л у здорових; $p < 0,01$), зареєстрований найвищий рівень IgM у гострому періоді ($10,3 \pm 1,2$ г/л, проти $8,4 \pm 0,4$ г/л у здорових з тимомегалією; $p < 0,01$) та зростання концентрації IgG в динаміці захворювання (з $59,2 \pm 4,3$ г/л до $77,2 \pm 7,1$ г/л; $p < 0,05$; при $54,8 \pm 1,5$ г/л у здорових з тимомегалією).

У дітей з обструктивним бронхітом у динаміці захворювання за даними NST-тесту відмічена запізнiла активація ферментативних систем нейтрофілів (з $22,0 \pm 8,0\%$ у гострому періоді, до $34,5 \pm 8,5\%$ на період клінічного одужання) та відсутність підвищення рівню імуноглобулінів А, М, G на фоні зростання кількості ЕАС-РУК (з $1,42 \pm 0,51 \times 10^9$ /л, до $2,73 \pm 0,9 \times 10^9$ /л на період клінічного одужання; $p < 0,01$, при $0,79 \pm 0,13 \times 10^9$ /л у здорових дітей). Високий показник NST-тесту, який на період клінічного одужання виріс на 35% і досяг $34,5 \pm 8,5\%$, як і низький коефіцієнт супресії ($1,70 \pm 0,32$, проти $2,25 \pm 0,02$ у здорових з тимомегалією; $p < 0,05$), свідчили про недовершеність запального процесу.

На рис. 1 графічно відображені як рівні імуноглобулінів, так і гормонів кори надниркових залоз, зареєстровані в динаміці ускладнених форм ГРВІ у дітей з тимомегалією. При цьому за одиницю прийнятий рівень кожного з показників здорових дітей.

Індивідуальний аналіз забезпеченості дітей з тимомегалією гормонами системи гіпофіз-кори надниркових залоз в залежності від форми ускладнення ГРВІ також показав певну різницю гормональних відношень у групах, які були співставленні.

На фоні найменшої забезпеченості кортизолом в гострому періоді стенозуючого ларинготрахеїту ($410,7 \pm 12,2$ нмоль/мл, проти $536,8 \pm 17,8$ нмоль/мл у здорових; $p < 0,05$) спостерігалися найнижчий вміст прогестерону ($0,08 \pm 0,01$ нмоль/мл, проти $0,22 \pm 0,09$ нмоль/мл у здорових; $p < 0,05$) зниження рівню тестостерону ($2,05 \pm 0,43$ нмоль/мл, при $7,6 \pm 1,2$ нмоль/мл у здорових; $p < 0,01$) і близька до вихідного концентрація альдостерону ($313,9 \pm 12,07$ нг/мл, при $347,8 \pm 39,3$ нг/мл у здорових з тимомегалією).

В гострому періоді ГРВІ, що ускладнилася бронхітом, на фоні нормокортицизму ($434,7 \pm 62,3$ нмоль/мл) нами відмічено найбільш значне компенсаторне підвищення рівню кортикостерону (з $3,7 \pm 1,9$ нмоль/мл у здорових з тимомегалією до $27,7 \pm 4,6$ нмоль/мл; $p < 0,01$). У хворих цієї групи не відмічено альдостеронізму, притаманного дітям з тимомегалією ($269,8 \pm 22,5$ нг/мл в гострому періоді і 219 ± 42 нг/мл – на період клінічного одужання).

У групі хворих на пневмонію, як і у попередній, зареєстровано компенсаторне підвищення рівню кортикостерону ($8,23 \pm 2,0$ нмоль/мл; $p < 0,05$ відносно вихідного у дітей з тимомегалією). При цьому вміст прогестерону хоча і був нижчим за дітей другої контрольної підгрупи ($0,54 \pm 0,02$ нмоль/мл та $2,35 \pm 0,28$ нмоль/мл відповідно), але перевищував данні, отримані у здорових дітей ($p < 0,05$).

Лише при обструктивному бронхіті у гострому періоді нами відмічена тенденція до збільшення концентрації кортизолу крові ($564,9 \pm 48,9$ нмоль/мл). Зростання рівню головного глюкокортикоїдного гормону відбувалося на фоні значного зниження вмісту АКТГ ($40,9 \pm 8,4$ пг/мл при $72,1 \pm 6,8$ пг/мл у здорових; $p < 0,01$), що вказувало не на активацію кортизолотворення, а на блокування його дії на периферії – зниження його засвоєння. Таке наше припущення підтверджувалося отриманими даними про високу забезпеченість цих хворих прогестероном ($0,45 \pm 0,05$ нмоль/мл) – гормоном, що є попередником всіх стероїдів. Для хворих цієї групи був притаманним альдостеронізм (рівень альдостерону сягав $364,4 \pm 45$ нг/мл проти $263,9 \pm 4,8$ нг/мл у здорових дітей; $p < 0,05$).

Неоднорідним було і відновлення функції кори надниркових залоз під час одужання дітей раннього віку з тимомегалією. Найбільш значно до фізіологічних показників наблизилися діти, які одужували від гострого бронхіту: рівень кортизолу їх крові не відрізнявся від контрольного у здорових ($539,6 \pm 149,3$ нмоль/мл при $536,8 \pm 17,8$ нмоль/мл у здорових); не реєструвався альдостеронізм (рівень альдостерону сягав 219 ± 42 нг/мл); зросла концентрація тестостерону (з $1,58 \pm 0,3$ нмоль/мл у гострому періоді до $2,32 \pm 0,7$ нмоль/мл на період одужання; $p < 0,05$) та прогестерону (з $0,35 \pm 0,1$ нмоль/мл до $0,45 \pm 0,1$ нмоль/мл). Забезпеченість кортизолом хворих на пневмонію на момент одужання практично не відрізнялася від вихідного рівню дітей з тимомегалією (дорівнювала $440,7 \pm 68,8$ нмоль/мл).

Найбільш швидко кількість кортизолу, тестостерону та альдостерону (сягали на момент клінічного одужання $529,95 \pm 86$ нмоль/мл; $2,65 \pm 1,25$ нмоль/мл та $334,9 \pm 107,7$ нг/мл відповідно) збільшувалася у динаміці стенозуючого ларинготрахеїту, що може бути пов'язано, по-перше, з раннім призначенням глюкокортикоїдів, яке забезпечувало протезування функції системи гіпофіз-кора надниркових залоз на час інтоксикації, а, по-друге, залежала від складу цієї групи, до якої входили в більшості діти з лімфатико-гіпопластичним діатезом і найменша кількість – з проявами перинатального ушкодження ЦНС.

Лише при обструктивному бронхіті одужання дітей з тимомегалією перебігало на фоні падіння рівню кортизолу крові нижче показників здорових дітей (до $358,8 \pm 65,7$ нмоль/мл; $p < 0,05$) і вихідних концентрацій цього гормону у дітей з тимомегалією ($p < 0,05$). В динаміці обструктивного бронхіту нами також встановлено зниження синтезу тестостерону (до $1,34 \pm 0,3$ нмоль/мл; $p < 0,05$ відносно гострого періоду), прогестерону (до $0,27 \pm 0,08$ нмоль/мл; $p < 0,05$ відносно гострого періоду) і альдостерону (до $204 \pm 38,7$ нг/мл; $p < 0,05$ відносно гострого періоду), що свідчить про виснаження гормоносинтезуючої функції кори надниркових залоз.

Одержані данні про неоднорідність функції системи гіпофіз-кора надниркових залоз в динаміці ускладнених форм ГРВІ дітей зі збільшеною за грудинною залозою дозволяють диференційовано підходити до призначення глюкокортикоїдних препаратів таким хворим.

ВИСНОВКИ

У дітей раннього віку при наявності тимомегалії кожному з ускладнень гострих респіраторно-вірусних інфекцій характерні певні особливості імунного статусу та функції кори надниркових залоз, як в гострому періоді, так і під час одужання, що обумовлює необхідність індивідуального підходу до призначення глюкокортикоїдних препаратів відповідним хворим.

1. Ускладнення гострих респіраторно-вірусних інфекцій у дітей раннього віку з тимомегалією виникають рано, мають тяжкий та тривалий перебіг з частим розвитком бронхообструктивного, нейротоксичного та діарейного синдромів.
2. Характер ускладнень гострих респіраторно-вірусних інфекцій у дітей раннього віку з тимомегалією не залежить від етіології захворювання.
3. Клінічні форми ускладнень гострих респіраторно-вірусних інфекцій у дітей раннього віку з тимомегалією залежать від основної причини збільшення за грудинною залози у хворого, визначення якої може бути використано для прогнозування перебігу захворювання.
4. Функціональний стан імунної системи у дітей раннього віку з тимомегалією при ускладненні гострих респіраторно-вірусних інфекцій стенозуючим ларинготрахеїтом характеризувався

недостатністю гуморальної ланки імунітету; при обструктивному бронхіті – запізненням активації ферментних систем нейтрофілів та відсутністю, закономірного інфекційним хворобам, підвищення рівню імуноглобулінів на фоні зростання кількості ЕАС-РУК. При гострому бронхіті та пневмонії динаміка показників імунітету відповідала класичній імунній відповіді: підвищувалась активність нейтрофілів щодо відновлення нітросинього тетразолія та динамічно зростала функція гуморальної ланки.

5. Гормоносинтезуюча функція надниркових залоз у дітей раннього віку з тимомегалією при стенозуючому ларинготрахеїті характеризувалася значним дискортицизмом зі зниженням синтезу кортизолу, тестостерону, прогестерону на фоні підвищення рівню альдостерону; при обструктивному бронхіті – виснаженням в процесі хвороби і виникненням тотального гіпокортицизму на період клінічного одужання; при гострому бронхіті та пневмонії на протязі хвороби не реєструвалось зниження кількості кортизолу та підвищення рівню альдостерону.

6. Теоретично обґрунтованим є показання до призначення глюкокортикоїдів при лікуванні ускладнених форм гострих респіраторно-вірусних інфекцій у дітей раннього віку на фоні тимомегалії лише при гострому стенозуючому ларинготрахеїті та обструктивному бронхіті

7. Приймаючи до уваги той факт, що інфекційний процес в цілому діяв стимулюючи на систему імунітету дітей з тимомегалією і забезпечував приближення її показників до фізіологічних, доцільне проведення профілактичних щеплень дітям зі збільшеною загрудинною залозою, в тому числі проти грипу, як важливого захворювання по бронхолегеневих ускладненнях.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Тимомегалія у дітей раннього віку являє собою патологію, на тлі якої виникають різні ускладнення при захворюванні на гострі респіраторно-вірусні інфекції. В залежності від клінічного варіанту тимомегалії та ступеню збільшення загрудинної залози слід очікувати такі ускладнення:

– При тимомегалії конституційного походження (лімфатико-гіпопластичний діатез) на фоні гострих респіраторно-вірусних інфекцій у дітей старших 6 місяців найбільш вірогідне виникнення стенозуючого ларинготрахеїту. Частіше це ускладнення має місце при повторних епізодах респіраторно-вірусного захворювання.

– При тимомегалії вторинного походження, пов'язаного з гіпоксичним ураженням центральної нервової системи, з незначним ступенем збільшення тимусу гострі респіраторно-вірусні інфекції ускладнюються гострим бронхітом, який перебігає з проявами середньої тяжкості.

– При вторинній тимомегалії, обумовленій внутрішньоутробним антигенним стимулюванням (внутрішньоутробне інфікування) гострі респіраторні вірусні інфекції ускладнюються пневмонією. Більш як у половини дітей з цим ускладненням спостерігається бронхообструктивний синдром.

– При значному ступеню тимомегалії первинного та вторинного походження повторні епізоди гострих респіраторно-вірусних інфекцій ускладнюються обструктивним бронхітом.

Наведені данні можуть допомогти у прогнозуванні перебігу гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей з тимомегалією і дозволять корегувати терапію для запобігання розвитку ускладнень.

2. В зв'язку з тим, що при гострому стенозуючому ларинготрахеїті у дітей з тимомегалією спостерігається недостатність синтезу кортизолу, прогестерону, тестостерону, їм показано призначення глюкокортикоїдів при всіх ступенях стенозу гортані. Це забезпечить своєчасну протизапальну терапію та усуне можливість поглиблення тяжкості хвороби.

3. Динамічне зниження забезпеченості дітей з тимомегалією, хворих на обструктивний бронхіт, кортизолом та данні про недовершеність запального процесу є підґрунтям для проведення тривалої протизапальної терапії глюкокортикоїдними препаратами системної та місцевої дії (інгаляційними) до повної ліквідації проявів бронхіту.

4. Діти з тимомегалією складають групу ризику за розвитком бронхолегеневих ускладнень гострих респіраторно-вірусних інфекцій, в зв'язку з чим їм показано проведення специфічної та неспецифічної профілактики захворювань, викликаних респіраторною групою вірусів. Характер імунної відповіді у дітей зі збільшеною загрудинною залозою близький до фізіологічного, що дозволяє рекомендувати проведення імунізації проти грипу всім дітям з тимомегалією.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ,

ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Принципы лечения бронхиальной астмы у детей раннего возраста // Имунология та алергология. – 1998. – №1-2. – С.138-143 (спіавт. Ткаченко Ю.П.). Здобувачем самостійно виконано 60% роботи. Самостійно проведено добір та виконання клінічних методів дослідження 97 хворих і 60 здорових дітей, статистичну обробку отриманих результатів, формулювання висновків щодо показань для призначення глюкокортикоїдів.

2. Зміни показників клітинної та гуморальної ланок імунітету у дітей, що часто хворіють на ГРВІ // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – №4. – С.72-73 (співавт. Грищенко В.І., Стафурін С.Ф.). Здобувачем самостійно виконано 50% роботи. Власний вклад здобувача: обстеження 28 частохворіючих дітей та 38 здорових і статистична обробка отриманого матеріалу.
3. Стан функціонування системи гіпофіз-кора наднирок в гострому періоді ускладнених форм ГРВІ у дітей зі збільшеною загрудинною залозою // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупіка. – Київ, 2001. – Вип. 2. – С.200-207 (співавт. Ткаченко Ю.П.). Здобувачем самостійно виконано 75% роботи. Самостійно проведено добір хворих та виконання основних загально клінічних методів обстеження, забір матеріалу для радіоімунних досліджень, статистична обробка отриманих результатів.
4. Состояние иммунной системы у детей раннего возраста с тимомегалией при ОРВИ // Збірник наукових праць “Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. – Київ-Луганськ, 2001. – Вип. 5. – С.240-244.
5. Клініко-патогенетичні принципи призначення глюкокортикоїдної терапії хворим на ускладнені форми ГРВІ дітям з тимомегалією // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – №4. – С.66 (співавт. Ткаченко Ю.П.). Здобувачем самостійно виконано 80% роботи. Самостійно проведено добір хворих та обстеження хворих, забір матеріалу для імунологічних та радіоімунних досліджень, призначення лікування, статистична обробка отриманих результатів, формулювання висновків.
6. О показаниях к назначению иммуноглобулинов детям раннего возраста с тимомегалией, большим пневмонией // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки і практики: зб. наук. праць ЗДМУ. – Запоріжжя. – 1999. – Вип.4. – С.257-259 (співавт. Малюга В.Г.). Здобувачем самостійно виконано 80% роботи. Самостійно проведено добір хворих на пневмонію та виконання їх обстеження, призначення лікування, статистична обробка отриманих результатів, формулювання висновків.
7. Повторяющийся обструктивный бронхит у детей раннего возраста // Врачебная практика. – 2000. – №1-2. – С.138-143 (співавт. Ткаченко Ю.П.). Здобувачем самостійно виконано 65% роботи. Самостійно проведено добір 97 хворих та виконання основних загальноклінічних методів обстеження, забір матеріалу для імунологічних та радіоімунних досліджень, статистична обробка отриманих результатів.
8. Состояние системы неспецифической резистентности у часто болеющих детей // Актуальные проблемы педиатрии: сб. науч. трудов сотрудников ЗГМУ. – Запорожье. – 1995 – С.131-132 (співавт. Грищенко В.И., Стафурин С.Ф.).
9. Особенности гормонопродуцирующей функции надпочечников у больных ОРВИ детей с тимомегалией // Тимомегалия: сб. науч. трудов кафедры детских болезней №2 ЗГМУ. – Запорожье. – 1996. – С.73-75.
10. Клініко-гуморальні особливості перебігу ГРВІ в дітей раннього віку з тимомегалією // Вікові особливості інфекційних хвороб: Матер. наук. конф. Асоціації інфекціоністів України (Мукачєво, 28-29 квітня 1998 р.). – Тернопіль. – 1998. – С.125-126. (Тези).
11. Особливості кортикоїдної функції надниркових залоз у дітей раннього віку з тимомегалією, хворих на ГРВІ // Актуальні питання клінічної інфектології: Матер. V з'їзду інфекціоністів України (Тернопіль, 7-9 жовтня 1998 р.). – Тернопіль. – 1998. – С.341-343. (Тези).
12. Нові підходи до призначення глюкокортикоїдної терапії дітям, хворим на ускладнені форми ГРВІ // Нове в діагностиці і терапії інфекційних хвороб: Матер. наук. конф. Асоціації інфекціоністів України (Львів, 18-19 травня 2000 р.). – Тернопіль. – 2000. – С.292-294. (Тези).
13. Стан системи екстреної адаптації у дітей раннього віку з тимомегалією при стенозуючому ларинготрахеїті // Матер. IV міжнародного медичного конгресу студентів і молодих вчених (Тернопіль, 11-13 травня, 2000 р.). – Тернопіль. – 2000. – С.219-220 (співавт. Н.Горох, С.Якимович). (Тези).
14. Клініко-патогенетичне обґрунтування призначення глюкокортикоїдної та імунокорегуючої терапії хворим на ускладнені форми ГРВІ дітям раннього віку з тимомегалією // Нейроінфекції. Інші вірусні інфекції: Матер. наук. конф. Асоціації інфекціоністів України (Харків, 26-27 квітня, 2001). – Тернопіль. – 2001. – С.265-267. (Тези).

Усачова О.В. Клініко-патогенетичне обґрунтування глюкокортикоїдної терапії при ускладнених формах гострих респіраторно-вірусних інфекції у дітей раннього віку з тимомегалією. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10. – педіатрія. – Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського МОЗ України, Сімферополь, 2002р.

Дисертація присвячена дослідженню особливостей перебігу ускладнених форм ГРВІ у дітей раннього віку з тимомегалією та функціонального стану їх імунної системи і кори надниркових залоз.

Показано, що в залежності від варіанту тимомегалії у дітей раннього віку розвиваються різні ускладнення ГРВІ. Це може бути використано при прогнозуванні їх виникненні.

Виявлено, що кожному з ускладнень ГРВІ у дітей зі збільшеною загрудинною залозою притаманні певні особливості імунного та гормонального статусів, як в гострому періоді, так і під час одужання. Це покладено у основу диференційованого підходу до призначення глюкокортикоїдних препаратів хворим на ускладнені форми ГРВІ з тимомегалією.

Показано, що інфекційний процес в цілому діє стимулюючи на систему імунітету дітей зі збільшеною загрудинною залозою, що вказує на доцільність проведення їм профілактичних щеплень.

Ключові слова: гострі респіраторні вірусні інфекції, діти, тимомегалія, глюкокортикоїдна терапія.

Усачева Е.В. Клинико-патогенетическое обоснование глюкокортикоидной терапии при осложненных формах острых респираторно-вирусных инфекций у детей раннего возраста с тимомегалией. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.10. – педиатрия. – Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского МЗ Украины, Симферополь, 2002р.

Диссертация посвящена изучению особенностей течения осложненных форм ОРВИ у детей раннего возраста с тимомегалией и функционального состояния их иммунной системы и коры надпочечников в зависимости от формы осложнения.

Обследован 241 ребенок раннего возраста с увеличенной вилочковой железой в динамике острого стенозирующего ларинготрахеита, острого бронхита, обструктивного бронхита и пневмонии, которые развились как осложнения ОРВИ.

Определение уровня гормонов гипофизарно-надпочечниковой системы (АКТГ, кортизола, кортикостерона, прогестерона, тестостерона и альдостерона) проводилось радиоиммунным методом. Состояние иммунной системы оценивалось на основании изучения количества Е-РОК, ЕАС-РОК, Е-активных РОК лимфоцитов, теофиллинчувствительных и теофиллинрезистентных лимфоцитов, уровня иммуноглобулинов А, М, G. Функциональная активность нейтрофилов оценена по NST-тесту.

Результаты исследования показали, что осложненные формы ОРВИ у детей с тимомегалией протекают тяжело, часто с бронхообструктивным синдромом, явлениями нейротоксикоза или кратковременной диареей.

Определение варианта тимомегалии у пациента с увеличенной вилочковой железой может быть использовано для раннего прогнозирования возможности развития у него определенного осложнения ОРВИ.

Было показано, что инфекционный процесс в целом действовал стимулирующе на систему иммунитета детей раннего возраста с тимомегалией и обеспечивал приближение ее показателей к физиологическим. Такой характер иммунного ответа детей с увеличенной вилочковой железой говорит о целесообразности их иммунизации.

Показано, что каждому из осложнений ОРВИ у детей с увеличенной вилочковой железой характерны определенные особенности иммунного и гормонального статусов, как в остром периоде, так и в период выздоровления.

Стенозирующий ларинготрахеит характеризовался недостаточность гуморального звена иммунитета и гипокортицизмом на фоне повышенного уровня альдостерона. Динамика показателей иммунной системы при остром бронхите соответствовала классическому иммунному ответу, хотя и была замедленной. При этом гормоносинтезирующая функция коры надпочечников практически не страдала: наблюдался нормокортицизм и нормоальдостеронизм. В динамике обструктивного бронхита отмечалась запоздавшая активация нейтрофилов, и отсутствовало повышение уровня изученных иммуноглобулинов на фоне истощения гормоносинтезирующей функции коры надпочечников с развитием тотального субклинического гипокортицизма к периоду выздоровления. Изменения состояния иммунной системе при пневмонии были закономерными для бактериальных воспалительных процессов, а гормоносинтезирующая функция таких больных удерживалась в близких к контрольным показателях.

Данные, полученные в результате анализа функционального состояния иммунитета и системы гипофиз-кора надпочечников у детей с увеличением вилочковой железы в динамике осложненных

форм ОРВИ, позволяют обосновать целесообразность назначения им глюкокортикоидов только при остром стенозирующем ларинготрахеите и обструктивном бронхите.

Результаты работы нашли отражение в 14 печатных работах и внедрены в ряде лечебных учреждений практического здравоохранения Украины.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, дети, тимомегалия, глюкокортикоидная терапия.

E.V. Usachova. Clinical and Patogenetic Foundation of Glucocorticoidal Therapy on Complicated Forms of Acute Respiratory Viral Infections in Children of Early Age with Thymomtgalia. – Manuscript.

Dissertation for scientific degree of Candidate of Medical Science in speciality 14.01.10 – Pediatrics. – Crimean State Medical University by S. I. Georgiyevskiy, Simferopol, 2002.

The dissertation is aimed to study the peculiarities of the course of complicated forms of acute respiratory viral infections in children of early age with thymomegalia and the functional condition of their immune system and adrenal cote.

It is shown that different complications of acute respiratory viral infections are developed depending on thymomegalia's variant in children of early age. It is revealed that every complication of acute respiratory viral infection in children with increased thymus is characterized by a certain immune and hormonal status as in acute period so at the moment of clinical recovery. It is put info the ground of differentiated approach to the administration such patients the glucocorticoidal preparations.

Key words: Acute Respiratory Viral Infections, children, thymomegalia, glucocorticoidal therapy.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АКТГ – адренкортикотропін гормон

ГРВІ – гостра респіраторна вірусна інфекція

ГСЛТ – гострий стенозуючий ларинготрахеїт

Еакт.-РУК – активовані Е-розеткоутворюючі клітини (лімфоцити)

ЕАС-РУК – ЕАС-розеткоутворюючі клітини (лімфоцити)

Е-РУК – Е-розеткоутворюючі клітини (лімфоцити)

ЗВУР – затримка внутрішньоутробного розвитку

НДІ – науково-дослідний інститут

ЦНС – центральна нервова система

Ig A – імуноглобулін А

Ig G – імуноглобулін G

Ig M – імуноглобулін М

NST-тест – тест відновлення нітросинього тетразолію нейтрофілами

Видавництво “Мотор-Січ”
69068, м. Запоріжжя, вул. 8 Березня, 15