

пригнічувалось експонування CD38- та CD95-рецепторів апоптозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фролов В.М. Использование «иммунологического компаса» для диагностики иммунных нарушений / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, С.Е. Казакова // Клиническая лабораторная диагностика. – 1994. – № 1. – С. 10-13.
2. Попова О.Е. Гепатит А (общие вопросы этиологии, диагностики и вакцинопрофилактики) / О.Е. Попова, Н.А. Замятина // Мир вирусных гепатитов. – 2001. – № 8. – С. 5-8.
3. Фролов В.М. Глутаргин в лечении больных вирусным гепатитом А при эпидемической заболеваемости / В.М. Фролов, А.Н. Тищенко, Н.И. Хомутянская // Ліки України. – 2003. – № 9 (74). – С. 46-48.
4. Луговсков А.Д. Анализ эффективности профилактиче-

ского применения амизона при вспышечной заболеваемости вирусными гепатитами А и Е в индустриальном регионе / А.Д. Луговсков // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць – Київ; Луганськ; Харків, 2004. – Вип. 6 (59). – С. 438-447

5. Михайлов М.И. Гепатит А: проблемы диагностики, эпидемиологии и вакцинопрофилактики / М.И. Михайлов, И.В. Шахгильдян // Лечащий врач. – 2005. – № 1. – С. 14-18.
6. Чистенко Г.А. Эпидемиология. Противозидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней / Г.А. Чистенко, А.Н. Близнюк. – М.: Новое знание, 2007. – 368 с.
7. Порушення імунного статусу організму людини за дії хімічних чинників та методи їх визначення / І.М. Трахтенберг, Н.М. Дмитруха, О.С. Моложава, Ю.М. Миронюк // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 4. – С. 82-89.

Луговсков А.Д., Козикова О.А., Жила А.В., Руденко А.А., Головчанская С.Е. ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ АПОПТОЗА ИМУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

Резюме. В работе представлены результаты изучения клеток, которые находятся в состоянии апоптоза и экспонирования на мембранах этих клеток CD95- и CD38-рецепторов. Установлено, что у больных ВГА, увеличивается часть иммуноцитов, которые имеют типичные морфологические проявления апоптоза. Под влиянием амизона на цитоплазматических мембранах моноцитов и Т-лимфоцитах уменьшается экспонирование CD38- та CD95-рецепторов апоптоза.

Ключевые слова: вирусный гепатит А, апоптоз, амизон

Lugovskov A.D., Kozikova O.A., Zhila A.V., Rudenko A.A. Golovchanskaya S.E. STUDYING OF A CONDITION OF PROCESSES APOPTOSIS IMMUNOKOMPETENTNY CELLS IN THE PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS A

Summary. In work results of studying of cells which are in a condition apoptosis and exhibiting on membranes of these cells of CD95- and CD38 receptors are presented. It is established that in the patients with VGA, the part of immunocytes which have typical morphological manifestations apoptosis increases. Under influence amizon on sitoplazmatic membranes of monocytes and T-lymphocytes CD38-exhibiting and CD95 receptors apoptosis decreases.

Keywords: viral hepatitis A, apoptosis, amizone

Рецензет: проф. Іванова Л.М.

УДК 616.233-002.193-053.5:616.361

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕЦИДИВУЮЧОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНЬОЮ БІЛІАРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Бабінова О.В.

Кафедра пропедевтики педіатрії з доглядом за хворими, ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Резюме. Обстежено 42 дитини із рецидивуючим бронхітом і 85 пацієнтів із рецидивуючим бронхітом на фоні супутньої патології біліарної системи віком від 6 до 14 років. Для дітей із рецидивуючим бронхітом і супутньою патологією біліарної системи було характерним більш часті рецидиви бронхіту, довша тривалість кожного епізоду основного захворювання і тенденція до більш тривалого перебігу.

Ключевые слова: рецидивуючий бронхіт, біліарна патологія, діти

Вступ. Нині в багатьох індустріальних країнах світу, в тому числі в Україні, відмічається збільшення кількості дітей з бронхолегеневою патологією, особливо хворих на рецидивуючий і хронічний бронхіт [1, 2, 5]. Патологічні процеси бронхолегеневого апарату в дитячому віці мають тенденцію до тривалого та ускладненого перебігу, а також трансформації в більш складні форми з послідовною інвалідизацією [4, 6]. Тому рецидивуючий бронхіт (РБ) несе у собі потужну загрозу здоров'ю населення майбутнього і, відповідно, суттєву втрату працездатного потенціалу країни [1, 2, 5].

За даними різних авторів, майже 50% хворих на хронічну та рецидивуючу бронхолегеневу патологією мають поєднане ураження гепатобіліарної системи [3, 5]. У дітей із функціональними розладами біліарного тракту (ФРБТ) змінюються літогенні властивості жовчі, розвиваються дисбіотичні порушення кишечника та дисфункція імунної системи. Ці процеси призводять до поглиблення змін в імунному статусі дітей із РБ та ускладнюють здійснення лікувально-реабілітаційних заходів [1, 2, 4, 6].

Вплив стану біліарної системи на патогенез рецидивуючого перебігу бронхі-

ту в сучасній літературі висвітлений недостатньо, тому потребує подальшого вивчення.

Метою даної роботи було вивчити клінічні особливості перебігу рецидивуючого бронхіту у дітей із супутньою біліарною патологією.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 127 дітей віком від 6 до 14 років (хлопчиків 46 – 54%, дівчаток 39 – 46%). З них 42 дитини хворіли на РБ (перша група), 85 пацієнтів були із РБ і супутньою біліарною патологією (друга група). Хворі були обстежені в періоді загострення основного захворювання. Діагноз РБ ставили згідно наказу МОЗ України № 18 від 13.01.2005 р. «Про затвердження клінічного протоколу лікування рецидивуючого бронхіту». При діагностуванні захворювань біліарної системи керувались наказом МОЗ України № 438 від 26.05.2010 р. «Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей». У структурі захворювань біліарної системи було діагностовано ФРБТ за гіпокінетичним типом у 38 (44,7%) хворих, ФРБТ за гіперкінетичним типом у 25 (29,4%), хронічний нека-

лькульозний холецистит у 14 (16,5%), хронічний холецистохолангіт у 8 (9,4%). Контрольну групу склали 30 практично здорових дітей, які постійно мешкають у місті Луганськ.

Обговорення результатів дослідження. Рецидиви бронхіту у дітей обох груп, як правило, спостерігались в осінньо-зимовий період і супроводжувались ГРВІ. При обстеженні встановлено, що кількість рецидивів бронхіту у дітей першої і другої груп була неоднаковою (рисунок 1).

Більшість пацієнтів першої групи (30 дітей – 64,3%) мала 3-4 рецидиви бронхіту на рік, а кількість хворих, у яких спостерігалось більше 6 епізодів бронхіту, складала лише 9,7% (4 дитини). У групі дітей із поєднаною патологією кількість хворих, у яких спостерігалось більше 6 епізодів бронхіту на рік була майже в 1,6 рази більше – 13 хворих (15,3%).

Середня тривалість рецидиву основного захворювання у пацієнтів із поєднаною патологією була теж достовірно більшою, ніж у дітей, хворих тільки на РБ – $21,4 \pm 1,2$ дні та $17,7 \pm 1,1$ днів відповідно ($p < 0,05$).

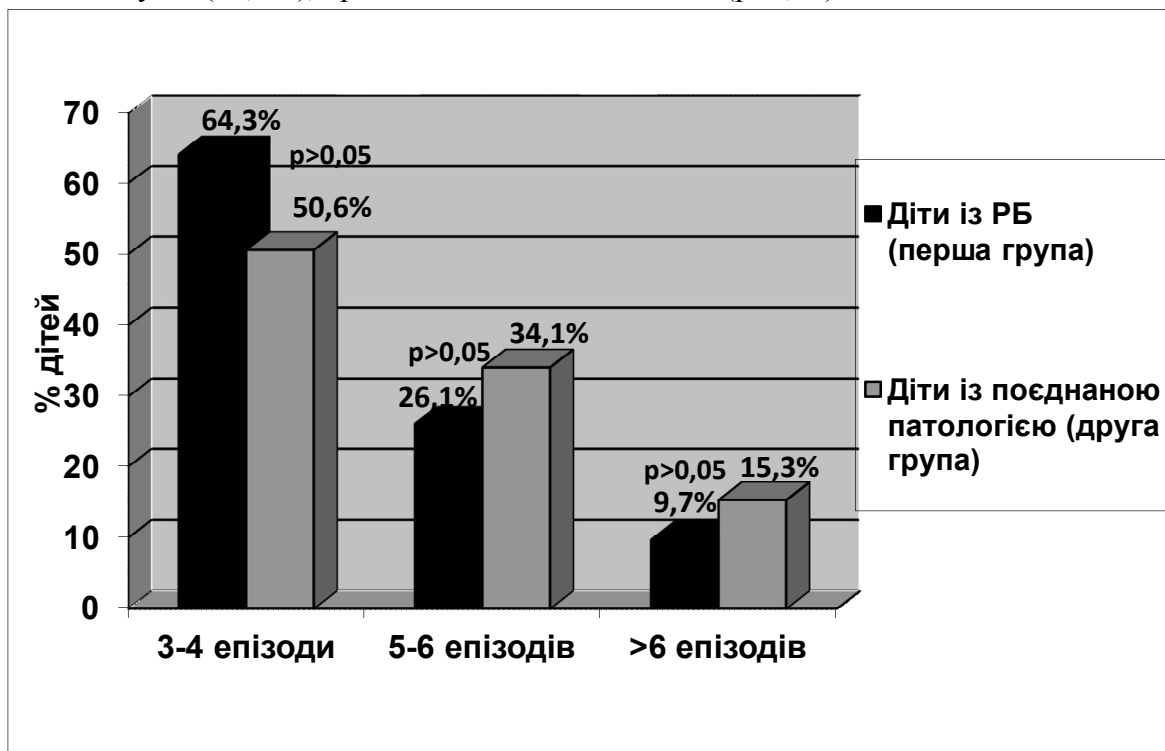


Рис. 1 Частота рецидивів бронхіту на рік

Більшість пацієнтів першої групи (30 дітей – 64,3%) мала 3-4 рецидиви бронхіту на рік, а кількість хворих, у яких спостерігалось більше 6 епізодів бронхіту, складала лише 9,7% (4 дити-

ни). У групі дітей із поєднаною патологією кількість хворих, у яких спостерігалось більше 6 епізодів бронхіту на рік була майже в 1,6 рази більше – 13 хворих (15,3%).

Середня тривалість рецидиву основного захворювання у пацієнтів із поєднаною патологією була теж достовірно більшою, ніж у дітей, хворих тільки на РБ – $21,4 \pm 1,2$ дні та $17,7 \pm 1,1$ днів відповідно ($p < 0,05$).

При аналізі скарг під час рецидиву основного захворювання встановлено, що підвищення температури тіла спостерігалось майже в 2 рази частіше у дітей, хворих на РБ із супутньою патологією біліарної системи, на відміну від хворих тільки на РБ ($p < 0,05$). Скарги на сухий та вологий кашель в обстежених дітей виявлялись майже з однаковою частотою ($p > 0,05$). Тривалість кашлю у хворих на РБ складала $16,2 \pm 1,3$ дні, у дітей із РБ і супутньою патологією біліарної системи – $20,6 \pm 1,3$ дні ($p < 0,05$). Скарг на біль у животі не було у жодної дитини із РБ, але 78,8% хворих із супутньою біліарною патологією скаржились на біль у ділянці пупка або правого підребер'я. Порушення стулу виявлено у 7,1% першої групи і 50,6% другої групи ($p < 0,001$). Зниження апетиту, загальну слабкість, головний біль, швидку втомлюваність і порушення сну, що свідчили про наявність синдрому неспецифічної інтоксикації (НІ), достовірно частіше відмічали у пацієнтів із поєднаною патологією.

Раннє змішане або штучне вигодування в анамнезі відмічалось майже в 1,5 рази частіше у пацієнтів із РБ і супутньою біліарною патологією ($p < 0,001$). Харчова і медикаментозна алергія в анамнезі була у 26,2% хворих першої групи і 44,7% дітей другої групи ($p < 0,05$).

Стан більшості дітей тільки із РБ (61,9%) розцінювався як стан легкого ступеня тяжкості. Тільки 38,1% пацієнтів першої групи перебували у стані середнього ступеня тяжкості, серед дітей із поєднаною патологією кількість хворих у такому ж стані була в 1,9 рази більшою – 72,9% ($p < 0,001$). Більш тяжкий стан дітей, хворих на РБ із супутньою біліарною патологією, був обумовлений гіпертермією і симптомами НІ.

Блідість шкіри було відмічено у 12 дітей із РБ (28,6%) і 67 хворих зі сполученою патологією (78,8%), $p < 0,001$, пітливість – у 5 пацієнтів першої групи (3,9%) і 16 хворих другої групи (18,8%), $p < 0,05$, периорбітальні тінні – у

8 пацієнтів першої групи (19%) і 48 дітей другої групи (56,5%), $p < 0,001$. Ми розцінювали їх як клінічні ознаки НІ, які частіше реєструвались у хворих на РБ із поєднаною патологією біліарної системи.

При фізикальному дослідженні органів дихання виявлені такі явища. Перкуторно – ясний легеневий звук у 78,6% дітей тільки із РБ і 81,2% хворих на РБ із супутньою патологією біліарної системи, $p > 0,05$; коробковий – у 7,1% пацієнтів першої групи і 9,4% дітей другої групи, $p > 0,05$; «мозаїчність» звуку – відповідно у 14,3% хворих і 9,4% пацієнта, $p > 0,05$. При аускультатії в обстежених дітей вислуховувалось відповідно за групами: жорстке дихання у 57,1% дітей і 61,2% пацієнтів, $p > 0,05$; сухі хрипи – у 73,8% хворого і 63,5% пацієнтів, $p > 0,05$; вологі різнокаліберні хрипи – у 21,4% дітей і 24,7% хворих, $p > 0,05$.

При обстеженні травної системи у дітей першої групи порушень виявлено не було. У хворих із біліарною патологією обкладеність язика відмічено у 72,9% дітей, позитивні міхурові симптоми – у 85,9%, болючість при пальпації в ділянці пупка – у 80%. Збільшення розмірів печінки від 1 до 3 см встановлено у 65,9% дітей. Таким чином, у хворих тільки на РБ, провідними у клініці захворювання були респіраторний синдром і синдром НІ, у пацієнтів із РБ і супутньою біліарною патологією – больовий абдомінальний і диспепсичний синдроми.

Висновки.

1. У дітей, хворих тільки на РБ, провідними у клініці захворювання були респіраторний синдром і синдром НІ. У пацієнтів із РБ і супутньою біліарною патологією також були виявлені больовий абдомінальний і диспепсичний синдроми.

2. Для дітей із РБ і супутньою біліарною патологією було характерним більш часті рецидиви бронхіту, довша тривалість кожного епізоду основного захворювання і тенденція до більш тривалого перебігу.

3. Для дітей із РБ і супутньою патологією біліарної системи була характерною більш виражена клінічна картина синдрому НІ.

Отримані результати дозволяють вважати, що наявність супутньої біліар-

рної патології у пацієнтів із РБ створює додаткові умови для розвитку сенсibiliзації та НІ, що погіршує перебіг основного захворювання у визначеного контингенту дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Банадига Н.В. Рецидивуючий бронхіт у дітей / Н.В. Банадига // *Новости медицины и фармации*. – 2010. – №13-14 (333-334). – С. 56-62.
2. Вплив санаторно-курортного лікування в санаторії «Південно-бережний» на функцію зовнішнього дихання в дітей із рецидивуючими бронхітами / Л.В. Пипа, А.В. Філик, Л.О. Добровольська [та ін.] // *Здоровье ребенка*. – 2010. – №1 (22). – С. 55-56.

Бабинова О.В. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резюме. Обследовано 42 ребенка с рецидивирующим бронхитом и 85 пациентов с рецидивирующим бронхитом на фоне сопутствующей патологии билиарной системы в возрасте от 6 до 14 лет. Для детей с рецидивирующим бронхитом и сопутствующей патологией билиарной системы были характерными более частые рецидивы бронхита, большая длительность каждого эпизода основного заболевания и тенденция к более длительному течению.

Ключевые слова: рецидивирующий бронхит, билиарная патология, дети

Babinova O.V. CLINICAL FEATURES OF RECURRENT BRONCHITIS IN CHILDREN WITH CONCOMITANT BILIARY PATHOLOGY

Summary. 42 children with recurrent bronchitis and 85 patients with recurrent bronchitis and concomitant pathology of the biliary system at the age of 6 to 14 years were observed. In children with recurrent bronchitis and concomitant pathology of the biliary system recurrences of bronchitis were more frequent, it was longer duration of each episode and the trend to longer current of main disease.

Keywords: recurrent bronchitis, biliary pathology, children

3. Косовська Т.М. Імунологічні зміни у дітей з поєднаною патологією бронхолегеневої та гепатобілярної систем / Т.М. Косовська // *Перинатологія та педіатрія*. – 2001. – № 3. – С. 45–49.
4. Костирко Н.І. Цитоморфологічна характеристика захворювань бронхолегеневої системи у дітей / Н.І. Костирко, Синоверська О.Б., Литвинець Л.Я. // *Здоровье ребенка*. – 2011. – №2 (28). – С. 53-57.
5. Толкачова О.В. Ефективність впровадження щадного режиму дня в загальноосвітній заклад для реабілітації дітей 11-14 років з рецидивуючим бронхітом / О.В. Толкачова, С.Г. Жестков // *Вісник Запо-різького національного університету*. – 2011. – №2 (6). – С. 104-108.
6. Управління охорони здоров'я Львівської ОДА. Рецидивуючі респіраторні інфекції у дітей / Управління охорони здоров'я Львівської ОДА // *Здоровье ребенка*. – 2012. – №2 (37). – С. 34-37.

Рецензет: проф. Третякевич З.М.

УДК 616.37-07:616-001"41"

ВСТАНОВЛЕННЯ ЧАСУ ВИНИКНЕННЯ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ ЗА ДИНАМІКОЮ ЗМІН ГІСТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Бабкіна О.П.

ДЗ «Луганський державний медичний університет» (ректор – Івченко В.К.)

Резюме. В результаті проведених досліджень виявлена можливість встановлення давності ушкоджень підшлункової залози при механічній травмі за динамікою змін її гістологічних показників протягом першої неділі після травми.

Ключові слова: травма, давність, підшлункова залоза, гістологічні показники

Вступ. Дані, які наведені в літературних джерелах стосовно особливостей ушкодження частин підшлункової залози, різняться. Деякі автори вказують, що ізольовані ушкодження тіла підшлункової залози спостерігаються в 52%, головки в 16,4%, хвоста в 10% та всієї залози в 17,6%, досить часто травма підшлункової залози спостерігалася сумісно з травмою інших органів черевної порожнини (печінка, селезінка, нирки, шлунок, тощо) [1-8].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Стаття є фрагментом науково-дослідницької роботи, державний реєстраційний номер 0104U000908.

Метою даної роботи було вивчення динаміки змін гістологічних показників

травмованих тканин підшлункової залози при різноманітних видах механічних травм в залежності від давності заподіяння ушкоджень.

Матеріал та методи дослідження. Матеріалом дослідження на сьогоднішній час є тканини підшлункової залози 165 осіб чоловічої та жіночої статі, віком від 20 до 60 років, що загинули при відомому та невідомому часі травми і давності настання смерті при наявності та відсутності алкоголю в крові та підлягали розтину в танатологічному відділі бюро судово-медичної експертизи м. Луганська протягом 2005-2011 років. Забір тканин травмованих органів здійснювався при температурі повітря в морзі від + 16 до 25 С, відносній вологості – 40-60 %. При проведенні дослі-