определяющим реализацию атопического заболевания в виде аллергического воспаления кожных покровов. В повреждённых участках кожи больных атопическим дерматитом доминируют активированные CD4-клетки с фенотипом Th_2-лимфоцитов, способствующие выработке В-лимфоцитами повышенного количества IgE.

Выводы: Генетическая основа атопического дерматита представлена комбинацией следующих составляющих болезней: 1) наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний; 2) предрасположенность к атопии; 3) предрасположенность к гиперреактивности кожи. Наличие одного из составляющих повышает вероятность возникновения заболевания атопическим дерматитом, а их сочетание приводит к высокому риску реализации болезни даже при минимальном воздействии причинно-значимых аллергенов и других факторов внешней среды.

ПРОГНОЗУВАННЯ ЗНАЧНОЇ ЗАТРИМКИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ВКРАЙ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Фесенко М. Є., Козакевич В.К., Зюзіна Л. С., Козакевич О. Б.
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією

Вступ. Постнатальний фізичний розвиток передчасно народжених дітей є актуальною проблемою в Україні та усьому світі.

Мета. Розробити алгоритм прогнозування значної затримки постнатального фізичного розвитку вкрай недоношених дітей в ранньому віці на підставі ідентифікації значимих медико-соціальних факторів ризику несприятливого прогнозу.

Матеріали та методи. У дослідження включено 178 вкрай недоношених дітей, що спостерігались у центрі розвитку дитини Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні. Оцінювання фізичного розвитку проводили згідно чатів ВООЗ, шкал Fenton T.R в 6, 12, 18, 24 та 36 міс. скорегованого віку. Статистична обробка отриманих результатів відбувалась за допомогою пакету прикладних програм STATA версії 11 для Windows (StataCorp, Техас, США).

Результати та їх обговорення. Після ідентифікації достовірних факторів ризику (особливості перебігу анте- та інтранатального періоду, соціально-демографічні показники, характер харчування, клінічні показники, які характеризують стан новонародженого відразу

після народження, під час лікування у неонатальному стаціонарі, а також стан здоров'я дитини в ранньому віці) за допомогою множинного логістичного регресійного аналізу розроблено прогностичну модель розвитку значної затримки фізичного розвитку (менше 3 перцентиля) вкрай недоношених дітей в 2 роки життя

Створена прогностична модель, яка включила найбільш значимі фактори ризику значної затримки постнатального фізичного розвитку, зокрема, перенесений менінгіт (β=2,33), важкі внутрішньошлуночкові крововиливи (β=1,32), вагу при виписці після лікування та виходжування в неонатальному стаціонарі менше за 3‰ (β=2,10) та перенесену пневмонію на другому році життя (β=2,11), має високі діагностичні характеристики: чутливість – 74,1 % специфічність – 100 %, позитивне предиктивне значення – 84,85 %, негативне предиктивне значення – 84,85 % та площу над ROC-кривою – 0,772,

Висновки. Висока специфічність запропонованої моделі прогнозування значної затримки постнатального фізичного розвитку вкрай недоношених дітей свідчить про можливість застосування її в практичній медицині для створення комплексної програми раннього втручання та профілактики інвалідизації в майбутньому.

ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ЦИТОКІНІВ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ ТА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Фролова Т.В., Бородіна О.С., Коліушко К.Г.
Харківський національний медичний університет
Кафедри пропедевтики педіатрії №1

Негоспітальна неускладнена пневмонія (ННП) являється однією з головних причин смертності дітей різних вікових груп.

Мета дослідження: вивчення особливостей імунної відповіді на запальний процес у пацієнтів дитячого віку, залежно від статі, які хворіють на ННП та мають різний рівень фізичного розвитку (ФР).

Обстежено 171 дитина віком 3-14 років з діагнозом ННП (53,22% - дівчатка, 46,78% - хлопчики). Оцінку рівня ФР дітей проводили за показником індексу маси тіла (ІМТ). З урахуванням рівня фізичного розвитку всі діти основної групи були розподілені на 3 групи: 1 група (50 дітей) - з надлишковою масою тіла (НМТ); 2 група (50 дітей) - з дефіцитом маси тіла (ДМТ); 3 група (51 дитина) - діти із середніми показниками фізичного розвитку (СПФР). Визначення рівня цитокінів (ІЛ-1β, ІЛ-4 і ФНП-α) в сироватці крові проводили в гострий період захворювання.