

РОЛЬ СУБПОПУЛЯЦІЙ МОНОЦИТІВ В ПРОГНОЗУВАННІ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ АВТОІМУННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ

Дйба М.Б., Березенко В.С., Осипчук Д.В.

ДУ " Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України", м. Київ

Автоімунні захворювання печінки у дітей - хронічні запальні захворювання печінки, що характеризуються наявністю типових автоантитіл, підвищенням рівня загального імуноглобуліну G (Ig G), гамма-глобулінів і хорошою відповіддю на імуносупресивну терапію. Перебіг цих захворювань рецидивуючий з високою частотою розвитку цирозу печінки. Численними дослідженнями *in vitro* та *in vivo* доведено роль моноцитів і макрофагів у прогресуванні та регресії запальних захворювань печінки.

Метою дослідження було вивчити прогностичне значення розподілу субпопуляцій моноцитів в сироватці крові у дітей з АЗП.

Матеріали та методи. Обстежено 84 пацієнти з АЗП (автоімунний гепатит, автоімунний склерозуючий холангіт), які були розподілені на 5 груп: 1 група - діти з активним гепатитом, які не отримували ГК (n=9); 2 група (n=17) - діти, які отримують високі дози ГК; 3 група (n=27) - діти, які знаходяться в лабораторній ремісії і отримують підтримуючу імуносупресивну терапію; 4 група (n=15) - пацієнти, які не досягли повної лабораторної ремісії протягом 1 року імуносупресивної терапії; 5 група (n=16) - діти з рецидивом захворювання на фоні підтримуючої імуносупресивної терапії.

Досліджено 3 субпопуляції моноцитів в сироватці крові: класичні (CD14++/CD16+), проміжні (CD14++/CD16+) та некласичні (CD14Low CD16+). Моноцити готували з гепаринізованих зразків крові; поверхневу експресію CD14 та CD16 визначали методом проточної цитометрії.

Результати. За результатами проведеного дослідження встановлено, що найвищий відсоток проміжних моноцитів CD14++CD16+ мали пацієнти 1 групи - 11,4 [10,4-12,6]; у пацієнтів 2 групи відсоток CD14++ CD16+ складав 5,1 [3,8-8,9], а в 3 групи - 4,5 [3,3-7,1] (p<0,01). У хворих 5 групи мали місце достовірно вищі показники CD14++ CD16+ порівняно з 3 групою 8,6 [4,8-12,7], p<0,01. Найвищий відсоток некласичних моноцитів CD14Low CD16+ мали діти 1 та 5 груп - 8,2 [6,4-10,1] та 8,9 [5,4-10,4]; пацієнти 2 та 3 групи - найнижчі - 2,3 [1,8-2,7] та 2,9 [2,4-4,6] відповідно (p<0,01 між групами).

Методом ROC-аналізу встановлена висока діагностична інформативність відсотку субпопуляції некласичних моноцитів CD14LowCD16+ в сироватці крові в діагностиці рецидиву захворювання (AUC 0,85).

Висновки. Перебіг АЗП у дітей супроводжується змінами відсотку субпопуляцій моноцитів в сироватці крові залежно від активності гепатиту (активний гепатит, ремісія, рецидив). Проміжні моноцити CD14++CD16+ характеризують активність захворювання, некласичні моноцити CD14Low CD16+ мають високу інформативність в прогнозуванні рецидиву захворювання.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ВРОДЖЕНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО- СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПЛОДА

Дудеріна Ю.В., Говсєєв Д.О., Ярощук О.Б., Куркевич А.К., Дацько О.М.

Київське некомерційне комунальне підприємство "Київський міський пологовий будинок №5"

Державна установа "Науково- Практичний Медичний Центр Дитячої Кардіології та Кардіохірургії" МОЗ України, м.Київ

Серцево-судинна патологія на сьогодні залишається однією з основних причин захворюваності та ранньої інвалідизації у популяції, а вроджені вади серця (ВВС) займають провідне місце серед вад розвитку у дітей (30%). Частота ВВС за даними європейських та вітчизняних досліджень знаходиться у межах 8-9 на 1000 живонароджених. Своєчасна пренатальна діагностика дозволяє надати допомогу як жінці, так і дитині.

Мета роботи полягала у визначенні етапності ведення вагітних з ізольованими ВВС у плода та характеристикі клінічних показників на основі проспективного дослідження.

Матеріали та методи. Робота виконана на базі КНП "КМПБ №5" за 2020-2021 рр. На основі госпітальної вибірки за участю лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-кардіологів - фахівців з УЗД та лікарів-генетиків.

Обстеження проводилося у 26 вагітних з підтвердженою ізольованою ВВС у плода в терміні з 18 -20 тижнів гестації до пологів, скерованих з різних областей України (77%). У роботі використані клінічні, інструментальні та лабораторні методи - пренатальний цитогенетичний метод за стандартною методикою (G- метод диференційного фарбування хромосом) та метод флюорисцентної *in situ* гібридизації (FISH) з використанням локуспецифічних ДНК зондів: Vysis Di George Region Probe - LSY TUPLE 1 Spectrum Orange /LSI ARSA Spectrum Green - для виключення мікрodelейційного синдрому 22q11.2 у плода. Для УЗД плода використовувалося обладнання експерт- класу Philips - EPIQ 7.

Результати. Ведення вагітної потребувало визначення етапності в роботі з використанням мультидисциплінарного підходу. На I етапі дослідження проводилася експертна ехокардіографія плода лікарем кардіологом відділу пренатальної діагностики кардіоцентру з метою верифікації ВВС. На II етапі - підтвердження вади серця у терміні 18-22 тижнів гестації та медико-генетичне консультування (МГК) з метою аналізу результатів пренатального генетичного скринінгу I та II триместрів для визначення подальшої тактики щодо обсте-

ження плода. На III етапі - проведення ехокардіографії плода в терміні 35-36 тижнів з метою оцінки функції серця плода та надання рекомендацій щодо способу розродження у залежності від форми ВВС. На кінцевому етапі, перед пологами - госпіталізація до акушерського стаціонару. Розподіл вагітних за віком відповідав: 17- 19 років - 8%, 20-29 років - 46%, 30-34 роки - 38%, 35-39 років - 8%. Усі жінки мали необтяжений акушерський та сімейний анамнез; з них 54% мали I вагітність, а кількість УЗД плода в середньому склала 4 рази. У 50% випадків ВВС у плода діагностовано в 18-20 тижнів гестації, у 35% - 21-22 тижні. Структура ВВС плода: транспозиція магістральних судин - 50%, повне судинне кільце - 19%, коарктація аорти - 12%, атривентрикулярна комунікація збалансована форма - 4%, загальний артеріальний стовбур - 7%, тетрада Фало та атрезія легеневої артерії - 4%. Пренатальний генетичний скринінг I та II триместру проведений у 81% випадків, з яких у групу ризику увійшло 4% жінок. Цитогенетичний аналіз на клітинах амніотичної рідини проводився у 15% випадків і не виявив хромосомної патології у плода, в т.ч. синдрому мікрodelеції 22q11.2.

Висновки. Таким чином, кожна вагітна жінка незалежно від віку, кількості вагітностей, регіону проживання знаходиться у групі високого ризику з народження дитини з ВВС, у т.ч. з критичними вадами, які підлягають своєчасній пренатальній діагностиці, МГК, що необхідно для тактики розродження та кардіохірургічної допомоги новонародженому.

ПРИЧИНИ ПІЗНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АЦІАНОТИЧНИХ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ТА ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ

Дудник В.М., Зборовська О.О., Попов В.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вроджені вади серця (ВВС) - найбільш розповсюджені аномалії розвитку дітей. Більшість ВВС маніфестують на першому році життя синдромом серцевої недостатності, ціанозом або аускультативною симптоматикою при вислуховуванні ділянки серця. Проте частина дітей до певного часу залишаються компенсованими і не мають яскравих клінічних проявів. Запізнена діагностика може мати важкі і навіть незворотні наслідки для пацієнта.

Метою нашого дослідження було вивчення причин і наслідків запізнілої діагностики ВВС шляхом аналізу медичних публікацій англomовної текстової бази "PubMed", а також на основі розгляду клінічних випадків.

Матеріали та методи. Нами був проведений аналіз 27 медичних публікацій англomовної текстової бази "PubMed", присвячених запізній діагностиці ВВС та віддаленим наслідкам для здоров'я у дітей та дорослих. Також були проаналізовані 2 клінічних кейси запізнілої діагностики аціанотичних ВВС.

Аналіз масштабного дослідження у Південній Кореї встановив, що у 1,3% дорослих людей є недиагностована вада серця, при цьому кожен п'ятий потребує оперативної корекції. Було проаналізовано дослідження групи бельгійських вчених і визначено, що у 8,7% дітей з первинно виявленою ВВС діагноз був встановлений запізно. Найчастішими "упущеними діагнозами" були коарктація аорти (КоА), дефект міжпередсердної перегородки (ДМПП), відкрита артеріальна протока (ВАП) та дефект міжшлуночкової перегородки (ДМШП). Хоча у деяких дітей клінічні симптоми були відсутні, у 46% дітей було виявлено сплюснення вагової кривої, у 25% - знижена толерантність до фізичних навантажень, у 24% - мали місце серцеві шуми при аускультатії, у 22% - часті інфекції дихальних шляхів. Дві третини дітей з КоА мали стабільну артеріальну гіпертензію, а при клінічному обстеженні виявляли відсутність пульсу на стегнових артеріях.

Результати. Без ранньої діагностики та лікування ДМШП великих розмірів та гемодинамічно значущої та ВАП синдром Ейзенменгера розвивається приблизно у половини дітей протягом перших років життя. При дефектах помірного розміру у дорослих з незакритими септальними вадами легенева гіпертензія розвивається в 2 рази частіше, ніж у прооперованих пацієнтів. ДМПП підвищує ризик виникнення ішемічного інсульту під час позасерцевих оперативних втручань майже в 6 разів. Пацієнти, прооперовані з приводу КоА після 9-річного віку, мають значно вищий ризик розвитку парадоксальної артеріальної гіпертензії, ніж скореговані вчасно.

Висновки. У лікарів педіатрів має бути професійна настороженість щодо ВВС. Потрібно пам'ятати про скринінгові тести та клінічні прийоми, які дозволяють активно виявити ВВС до моменту її декомпенсації. Зокрема, проводити скринінговий пульсоксиметричний тест новонародженим до моменту виписки з пологового відділення, визначення пульсу на стегнових артеріях під час клінічного огляду, рутинно вимірювати артеріальний тиск у дітей, починаючи з трьох років. При сумнівах щодо наявності у дитини ВВС необхідно застосовувати додаткові методи досліджень, такі як ехокардіографія. Своєчасна діагностика і лікування здатні попередити серйозні ускладнення ВВС.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РЕНОВАСКУЛЯРНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТА З РІДКІСНОЮ ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Гумінська Г.С., Андрікевич І.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Реноваскулярна гіпертензія рідкісна у педіатричній популяції. Оскільки високий артеріальний тиск у дітей раннього віку зустрічається нечасто, носить безсимптомний характер, часто в клініці діагностика таких пацієнтів відбувається при виникненні гіпертонічного