

вивчався, з негативних значень при легкому токсикозі до позитивних – при середньотяжкому та тяжкому. При цьому проявам тяжкого токсикозу у хворих на ГКІ відповідав сумарний діагностичний коефіцієнт, який перевищував +15 балів. Легкість та швидкість математичного обчислювання наведеного показника дає можливість з перших часів перебування у стаціонарі хворої на ГКІ дитини об'єктивно оцінити ступень тяжкості кишкового токсикозу в неї. Перевищення ж сумарним діагностичним коефіцієнтом +15 балів повинно розглядатися як небезпечний показник і дитина для лікування направляється до відділення невідкладної та реанімаційної терапії.

Індекси гематологічних показників у хворих на ГКІ дітей також коливалися відносно різних ступенів тяжкості токсикозу. Так при легкому токсикозі ЛШ сягав $1,65 \pm 1,0$, при середньотяжкому – $2,37 \pm 0,4$, а при тяжкому – $2,21 \pm 0,38$; ІЗЛК – $1,45 \pm 0,79$, $2,1 \pm 0,4$ та $1,58 \pm 0,24$ відповідно; $I_{\text{лім}}$ – $1,49 \pm 0,59$, $1,37 \pm 0,2$ та $1,0 \pm 0,15$ відповідно.

Аналіз отриманих результатів оцінки гематологічних індексів вказує на той факт, що при середньої тяжкості токсикозу відмічається тенденція до зростання кількості не лише нейтрофілів загалом, а і молодих популяцій на тлі зниження кількості лімфоцитів. В той же час при наявності клінічних ознак тяжкого токсикозу відбувається виснаження лейкоцитарного ростку крові, про що свідчить зниження як індексу зсуву лейкоцитів крові, так і лімфоцитарного індексу. Відмічені особливості гематологічних зсувів у хворих на ГКІ дітей при різних ступенях тяжкості токсикозу можуть бути використані не лише для його оцінки, а й для прогнозування перебігу кишкової інфекції у дітей.

Наведені вище результати математичного обчислювання найбільш інформативних клінічних ознак токсикозу у дітей хворих на гострі кишкові інфекції та аналіз деяких гематологічних індексів вказують на їх інформативність щодо оцінки тяжкості токсикозу, що необхідно для вирішення питання про призначення адекватної терапії, та можливості прогнозування подальшого перебігу захворювання.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА “СУЗАКРИМ” В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Н.Н. Каладзе, А.К. Загорулько, Т.А. Аскари (Симферополь)

Нарушения в системе сурфактанта легких играют существенную роль в патогенезе бронхиальной астмы (БА). Применение препарата экзогенного сурфактанта призвано восстановить дефицит эндогенного сурфактанта. Исследован фосфолипидный состав конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ), собранного у 60 детей, страдающих БА, при поступлении на стационарное лечение и перед выпиской. 30 детей, составивших основную группу, получа-

ли однократные ультразвуковые ингаляции препаратом сурфактанта "Сузакрим" в дозе 250 мг на фоне базисной терапии БА. Остальные дети, составившие группу сравнения, находились на общепринятой терапии БА. Исходный уровень липидов сурфактанта в КВВ, как в контрольной, так и в основной группах детей был нарушен. После применения "Сузакрима" выявлены значительные изменения: рост веществ с высокой поверхностной активностью, об этом свидетельствует выраженный рост Фх на 2,6% в основной группе детей, в то время, как в контрольной группе этот показатель снизился на 1,5%. Увеличение фосфатидилхолина после проведенного лечения сурфактантом говорит о стимуляции синтеза собственного или эндогенного сурфактанта. Снижение продуктов гидролиза фосфолипидов, веществ с низкой поверхностной активностью, в частности нейтральных липидов, холестерина и жирных кислот предотвращает последующее повреждение системы сурфактанта. Так, уровень Нл снизился на 8,9% в основной группе и на 5% в контрольной. ЖК на 4,5% и 2% соответственно. Уровень холестерина снизился на 0,7% в группе детей, получающих сурфактант, в группе сравнения этот показатель увеличился на 0,8%. Одним из путей синтеза Фх является метилирование ФЭА, что может быть связано с его использованием для синтеза Фх. Поэтому, уровень фосфатидилэаноламина вырос незначительно: на 1,2% в основной группе детей и на 0,9% в контрольной группе. Тот факт, что в группе сравнения липидный спектр в КВВ изменился незначительно, позволяет считать изменения, выявленные в основной группе детей, проявлением действия препарата "Сузакрин". Следовательно, терапевтические воздействия, направленные на стабилизацию баланса сурфактанта путем замещения последнего введением экзогенных сурфактантов, не только могут быть высокоэффективными, но и, на наш взгляд, являются обязательным компонентом комплексной терапии бронхиальной астмы.

ВІЛЬНИЙ ТА ЗВ'ЯЗАНИЙ ФІБРОНЕКТИН В ІМУНОПАТОГЕНЕЗІ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С

П.Л. Хайкін (Дніпропетровськ)

З метою визначення ролі ФН в імунопатогенезі вірусних гепатитів В і С обстежено 35 дітей хворих на вірусні гепатити та 15 умовно здорових осіб.

Рівень пФН визначався у хворих на вірусні гепатити В (ВГВ) і С (ВГС) методом імуноферментного аналізу, вміст ЦІК визначався стандартним методом імунопреципітації. Для дослідження складу ЦІК використовували диск-електрофорез. Наявність та ступінь деградації ФН у складі ЦІК були визначені методом Western blot.

У хворих на ВГВ середній рівень пФН склав $399,93 \pm 43$ мкг/мл, у хворих на ВГС $-217,08 \pm 33,6$ мкг/мл, у контролі $-245,15 \pm 36,8$ мкг/мл.