**Боднар Ганна Борисівна. Імуногенетична характеристика та критерії формування груп ризику розвитку гастродуоденальної патології у дітей : дис... канд. мед. наук: 14.01.10 / Буковинський держ. медичний ун-т. — Чернівці, 2007. — 160арк. : табл., рис. — Бібліогр.: арк. 127-153.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Боднар Г.Б. Імуногенетична характеристика та критерії формування груп ризику розвитку гастродуоденальної патології у дітей.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія. – Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2008.  Дисертація присвячена вивченню факторів ризику (генеалогічних, аліментарних, імунологічних, імуногенетичних) та визначенню маркерів гастродуоденальної патології у дітей.  Встановлено, що у дітей з обтяженою спадковістю, відносно гастродуоденальної патології у родині, наявні гени HLA–комплексу ІІ класу DQ  A1 0103, 0201 та гаплотипове поєднання генів 0103 0103, 0201 0103, 0201 0301. При успадкуванні двох і більше генів та їх комбінації, що асоціюються з гастро-дуоденальними захворюваннями, відносний ризик виникнення захворювань зростає в 4,2-8,9 рази.  В результаті проведеного дослідження встановлено, що на формування  гастродуоденальної патології у дітей значний вплив мають аліментарні, імуногенетичні, імунологічні чинники. Науково обґрунтована та вивчена клінічна ефективність доповнення класичної терапії гелікобактер–асоційованих захворювань протифлазидами у дітей. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведені теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального завдання стосовно клініко-генетичних особливостей перебігу гастродуоденальної патології в дітей. На основі визначення ролі HLA-системи у виникненні і характері перебігу гастродуоденальних захворювань розроблені нових критерії формування груп ризику розвитку патології гастродуоденальної ділянки в дітей.  1. Частка генетичної компоненти у виникненні гастродуоденальної патології є вагомою, про що свідчить високий коефіцієнт успадкування схильності до розвитку в дітей гастродуоденіту (КУС = 66,3% ) та виразкової хвороби (КУС = 74,6%). У дітей зі спадковою обтяженістю гастродуоденальна патологія клінічно виявляється в більш ранньому віці (10,8+1,5 років), ніж у хворих без обтяженої спадковості (14,6±1,3 років), і характеризується тяжчим перебігом.  2. У дітей, хворих на хронічний гастрит, гастродуоденіт та виразкову хворобу, в період загострення реєструються майже однакові зсуви параметрів імунологічної реактивності: зниження відносної кількості Т–лімфоцитів у крові, дисімуноглобулінемія ІV ступеня та зниження показників фагоцитарної функції (ФІ 2,5+0,2; ФІ 17,7+0,9).  3. Імуногенетичними маркерами у дитячого населення Північної Буковини схильності до розвитку гастродуоденальної патології виділено гени HLA–комплексу ІІ класу DQ A1 0103, 0201 та гаплотипове поєднання генів 0103 0103, 0201 0103, 0201 0301. При успадкуванні двох і більше генів та їх комбінації, що асоціюються з гастродуоденальними захворюваннями, віднос-ний ризик виникнення захворювань зростає в 4,2–8,9 раза.  4. За наявності детермінант-протекторів або їх комбінацій (0101, 0501) в генному складі тканин головного комплексу гістосумісності дитини ризик виникнення гастродуоденальної патології є мінімальний.  5. Несприятливими прогностичними чинниками виникнення гастродуоде-нальної патології слід вважати позитивний генеалогічний анамнез – OR = 5.24 [2.11-5.98], (р<0,0001), всі типи сімейної спадковості та наявність у дитини імуногенетичних маркерів – OR =6,11 [4,57–11,23] (р<0,01).  6. Диференційоване лікування гелікобактер–асоційованої гастродуоденаль-ної патології з включенням до лікувального комплексу протефлазиду призводить до скорочення тривалості лікування (на 26,4%) і загоєння виразкового дефекту (на 29,5%) та зменшення вдвічі кількості ерадикаційних курсів порівняно з традиційною терапією. Клінічна ефективність запропонованого комплексного лікування гелікобактер–асоційованої гастродуоденальних захворювань в дітей становить 96,7%.  **Рекомендації щодо наукового та практичного використання одержаних результатів**  1. На доклінічному етапі доцільно формувати «групи ризику» розвитку гастродуоденальних захворювань у дітей на основі їхнього позитивного генеалогічного анамнезу.  2. У практику роботи медико-генетичих консультацій доцільно впровадити імуногенетичне обстеження сімей із гастродуоденальною патологією для встановлення ступеня ризику розвитку хронічного гастриту, гастродуоденіту та виразкової хвороби.  3. Дітям «групи високого ризику» потрібно проводити періодичні профілактичні огляди з метою виключення керованих чинників ризику розвитку гастродуоденальної патології (розробка індивідуального раціону та режиму харчування, заходів, спрямованих на зменшення нервово–психічного та фізичного навантаження, санація хронічних вогнищ інфекції).  4. З метою об’єктивної оцінки тяжкості гастродуоденальних захворювань у дітей під час загострення та корекції лікування варто використовувати сукупність параметрів імунологічної реактивності у вигляді ФРІС: Тлім.І– Ig AІІ–ФЧІІ– ФІІ–.  5. При гелікобактер–асоційованих гастритах, гастродуоденітах та виразковій хворобі дванадцятипалої кишки рекомендовано додавати до комплексної терапії протефлазид: дітям 6–12 років – по 5 крапель тричі за добу, старшим 14 років – по 10 крапель тричі за добу при збереженій кислотоутворювальній функції шлунка за 40 хв. до їди, при підвищеній – через 60 хв. після їди впродовж 3 тижнів. Лікування протефлазидом слід розпочинати під час загострення гастродуоденальної патології і проводити повторні курси з інтервалом 6 місяців під час диспансерно–поліклінічного спостереження. | |