**Несвітайлова Клавдія Василівна. Патофізіологічні механізми рецидивування та хронізації бронхіту у дітей молодшого шкільного віку : дис... канд. мед. наук: 14.03.04 / Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України". — К., 2007. — 158арк. — Бібліогр.: арк. 134-157.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Несвітайлова К.В. Патофізіологічні механізми рецидивування та хронізації бронхіту у дітей молодшого шкільного віку. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.04 – патологічна фізіологія. – Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, Київ, 2007 р.Дисертаційна робота присвячена визначенню патофізіологічних механізмів виникнення рецидивів бронхіту та його переходу в хронічний стан у дітей віком від 7 до 10 років.Встановлено патогенетичні закономірності формування різних типів імунологічної та неспецифічної резистентності у здорових дітей та у дітей з рецидивуючим та хронічним бронхітом.Встановлено характерне поєднання факторів ризику та міри їх вираженості у дітей, хворих на хронічний бронхіт, який виник на фоні рецидивуючого бронхіту. Вперше показано, що хронічний бронхіт у дітей молодшого шкільного віку виникає на фоні характерного поєднання і значної вираженості таких чинників, як наявність вторинного (набутого) імунодефіцитного стану, значної активації процесів ПОЛ з порушенням компенсаторних реакцій в системі антиоксидантного захисту, порушень енергетичного метаболізму та лізосомального апарату імунокомпетентних клітин.Отримані результати доповнюють відомості про адаптаційні можливості здорових та хворих дітей молодшого шкільного віку за показниками клітинного та гуморального імунітету, прооксидантно-антиоксидантного балансу, енергетичного стану імунокомпетентних клітин, що надасть можливість клініцистам прогнозувати перебіг бронхітів у дітей, вживати профілактичні та лікувальні заходи проти рецидиву та переходу бронхіту у хронічну форму. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукового завдання, яке полягає у встановленні ролі змін стану імунної системи, про- та антиоксидантного балансу, а також енергетичного метаболізму в патогенезі рецидивуючого та хронічного бронхітів у дітей молодшого шкільного віку, що дало змогу виявити критерії ризиків рецидивування та хронізації бронхітів у дітей даної вікової групи.1. Показано, що характерне поєднання факторів ризику, пов’язаних з порушеннями імунологічного, антигіпоксичного та антиоксидантного захисту, та міри їх вираженості зумовлює рецидивування та хронізацію бронхітів у дітей молодшого шкільного віку.
2. Встановлено, що тільки у 43,0 % обстежених клінічно здорових дітейвіком від 7 до 10 років не було відхилень від нормальних значень показників імунної системи, ПОЛ–АОЗ та енергетичного метаболізму, що дозволяє оцінити рівень їх адаптаційних можливостей як оптимальний щодо формування імунологічної та неспецифічної резистентності організму.
3. Виділена група клінічно здорових дітей (42,2 %), для якої було характерним незначне відхилення показників імунної системи від нормальних значень зі зниженням або підвищенням кількості В-лімфоцитів у периферичній крові, змінами кооперації Т – В лімфоцитів, незначною інтенсифікацією ПОЛ, дисбалансом активності антиоксидантних ферментів, стимуляцією анаеробного гліколізу на фоні початкових проявів порушень зовнішнього дихання. Ці діти визначалися підвищеною частотою гострих респіраторних захворювань і були віднесені до групи ризику розвитку РБ.
4. Помірний та значний ступінь дисфункції імунної системи з порушеннями гуморальної та клітинної ланок імунітету, розвиток оксидативного стресу, підвищення активності ферментів анаеробного гліколізу та лізосомальних ферментів є патофізіологічними механізмами хронізації бронхіту у дітей молодшого шкільного віку.
5. Розвиток хронічного бронхіту у більшості дітей молодшого шкільного віку супроводжувався значними порушеннями Т-клітинної ланки імунітету та імунорегуляції субпопуляційних типів Т-лімфоцитів, зниженням кількості В-лімфоцитів, наявністю вторинного імунодефіциту, депресією антиоксидантного захисту, значною активацією анаеробного гліколізу, зниженням активності окиснювальних ферментів, значним порушенням стану лізосомального апарату імунокомпетентних клітин. Найвищий ступінь цих порушень слід розглядати як прогностичний критерій тяжкості захворювання, виникнення ускладнень і розвитку вентиляційної недостатності 2-3 ступеня.
6. Встановлені взаємозв’язки між коливаннями показників імунної системи, енергетичного метаболізму імунокомпетентних клітин та стану ПОЛ–АОЗ віддзеркалюють рівні адаптаційних можливостей організму здорової та хворої дитини – від оптимального та компенсованого рівня до декомпенсованого (виснаження та зриву адаптації).
7. Результати проведених досліджень свідчать про перспективність комплексного аналізу імунологічної та неспецифічної клітинної резистентності для прогностичної оцінки перебігу бронхолегеневих захворювань у дітей молодшого шкільного віку.
 |

 |