**Татарченко Вадим Володимирович. Роль показників неспецифічної імунної резистентності у ранній діагностиці бактеріальної інфекції у новонароджених дітей : Дис... канд. наук: 14.01.10 - 2009.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Татарченко В. В. – Роль показників неспецифічної імунної резистентності у ранній діагностиці бактеріальної інфекції у новонароджених дітей.**– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія – Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Донецьк, 2008.  Дисертація присвячена питанням підвищення ефективності ранньої діагностики бактеріальної інфекції у новонароджених. Обстежено 111 новонароджених, з них 49 дітей (29 доношених, 20 недоношених) склали контрольну групу, 62 дитини (30 доношених і 32 недоношених) мали клініко-лабораторні ознаки бактеріальної інфекції і увійшли до основної групи.  Вивчені фактори ризику виникнення бактеріальної інфекції у новонароджених. Серед усіх факторів ризику виділені найвагоміші: підвищення титру антитіл до провідних збудників інфекційних захворювань групи TORCH, тривалий безводний період, кольпіти (високий ступінь ризику), хронічні запальні захворювання, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода (фактори середнього ризику), прееклампсія, носійство збудників інфекційних захворювань, гострі респіраторні захворювання, що перенесені протягом даної вагітності, загроза переривання вагітності (фактори низького ризику).  У новонароджених дітей доведена залежність результатів спонтанного НСТ-тесту від лабораторних умов його проведення. Знайдені та використані оптимальні лабораторні умови (час попереднього термостатування 5 хв., концентрації нітросинього тетразолію та гепарину 0,2 % та 5 ОД/мл крові відповідно) цього дослідження. У доношених і недоношених дітей проаналізовані основні показники НСТ-тесту (частка активованих нейтрофілів та індекс їх активації, долі нейтрофілів-кілерів (активованих і неактивованих) і нейтрофілів-кейджерів, константа швидкості активації нейтрофілів) при бактеріальній інфекції. Показано зниження активності нейтрофілів венозної крові у недоношених новонароджених у порівнянні з доношеними. Доведено підвищення швидкості активації нейтрофілів крові та зниження вмісту активованих нейтрофілів-кілерів при пневмонії у доношених і недоношених новонароджених.  У дітей контрольної і основної груп вперше визначені рівні апоптозу і некрозу лімфоцитів крові за морфологічними критеріями, установлені нормальні значення вмісту типових, апоптотичних і некротичних лімфоцитів венозної крові у доношених і недоношених дітей (94±1,4 %; 6±1,0 %; 3±1,1 % відповідно), доведено підвищення рівнів апоптозу і, більшою мірою, некрозу у доношених і недоношених новонароджених при бактеріальній інфекції. Показаний взаємозв'язок між підвищенням тяжкості бактеріальної інфекції та зростанням рівня некрозу лімфоцитів периферичної венозної крові. | |
| |  | | --- | | У матеріалах дисертації приведені теоретичне узагальнення і практичні результати досліджень показників імунної реактивності у новонароджених дітей на ранніх стадіях розвитку бактеріальної інфекції з використанням високочутливих і специфічних методів дослідження, що є подальшим внеском в рішення актуальної проблеми діагностики неонатальної бактеріальної інфекції.   1. Доведено, що клініко-епідеміологічне дослідження дизайну „випадок-контроль” дозволяє визначити вагомі материнські фактори ризику виникнення бактеріальної інфекції у новонароджених дітей та розподілити їх за ступенями ризику, виходячи зі значень атрибутивної фракції (AF). До факторів високого ризику (AF=40 % і вище) відносяться: підвищення титру антитіл до провідних збудників інфекційних захворювань групи TORCH, тривалий безводний період та кольпіти. Групу факторів середнього ризику (AF=30-39 %) складають наявність хронічних запальних захворювань у матері та внутрішньоутробна гіпоксія плода. До факторів низького ризику (AF нижче 30 %) відносяться: прееклампсія, носійство збудників інфекційних захворювань, гострі респіраторні захворювання у матері й загроза переривання вагітності. 2. Клінічні прояви бактеріальної інфекції у новонароджених дітей неспецифічні і не дозволяють провести ефективну діагностику цієї групи захворювань. 3. У доношених і недоношених новонароджених, за даними спонтанного НСТ-тесту, при бактеріальній інфекції в 1,5 рази збільшуються (p<0,05) частка активованих нейтрофілів та індекс активації нейтрофілів. У недоношених новонароджених ці показники нижче (p<0,05), ніж у доношених. 4. При маніфестації бактеріальної інфекції новонароджених в 1,2 рази підвищується (p<0,05) частка нейтрофілів-кейджерів та знижується (p<0,05) частка нейтрофілів-кілерів. При пневмонії у новонароджених встановлені такі особливості: достовірно підвищується швидкість активації нейтрофілів, а також спостерігається значне зниження (p<0,05) відносного вмісту активованих нейтрофілів-кілерів. 5. У здорових доношених і недоношених дітей значення рівнів апоптозу і некрозу лімфоцитів периферичної крові статистично не відрізняються. У дітей з бактеріальною інфекцією рівні апоптозу і некрозу лімфоцитів периферичної крові також статистично не відрізняються При бактеріальній інфекції відбувається підвищення рівня загибелі лімфоцитів крові шляхом збільшення як рівня їх апоптозу, так і рівня некрозу. Відношення рівня некрозу лімфоцитів до рівня їх апоптозу у новонароджених з бактеріальною інфекцією завжди вище(p<0,05), а у здорових дітей – нижче 1,0. 6. Прогресування бактеріальної інфекції у доношених і недоношених новонароджених супроводжується статистично достовірним (p<0,05) підвищенням (в 1,5 рази) рівня загибелі лімфоцитів крові, переважно за рахунок некрозу. 7. При бактеріальній інфекції у доношених і недоношених новонароджених частка активованих нейтрофілів позитивно корелює (r=0,66, p<0,1) з рівнем некрозу лімфоцитів крові. 8. Комплексний клінічний контроль стану новонароджених з групи ризику реалізації бактеріальної інфекції з використанням НСТ-тесту та визначенням рівнів апоптозу і некрозу лімфоцитів крові сприяє ранньому обґрунтованому призначенню антибактеріальної терапії та зниженню середньої тривалості перебування дітей на ліжку на 7±2,6 діб. | |