

лейкоцитов на стимуляцию. Вероятно, инверсия продукции NO у пациентов с ХРФ в ответ на дополнительную стимуляцию является следствием индукции арективности при персистентной бактериальной инфекции.

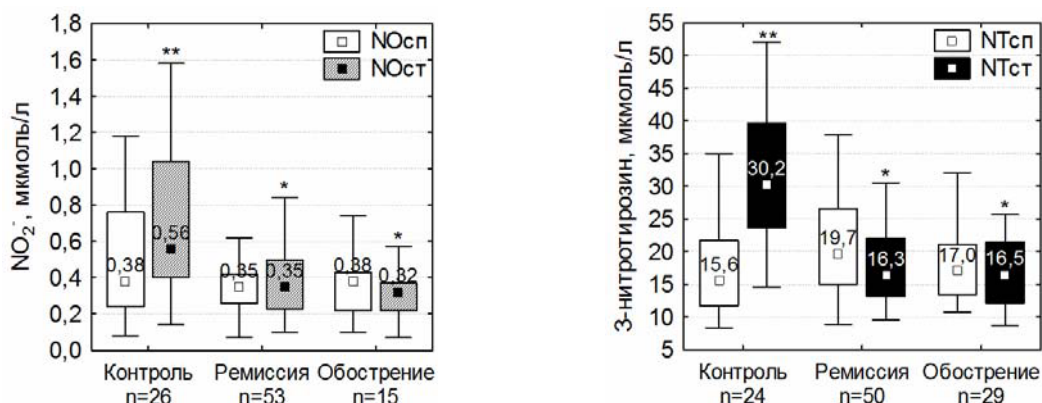


Рисунок 1 — Показатели спонтанной и стимулированной продукции NO нейтрофилов у пациентов с ХРФ в стадии ремиссии и обострения в сравнении со здоровыми лицами по накоплению нитрит-анионов и 3-нитротирозина

Примечание. * — различие значимо в сравнении с соответствующим показателем контроля;
** — различие значимо в сравнении с соответствующим показателем без стимуляции

В стадии обострения фурункулеза у пациентов выявлялось значимое снижение NOст и NTст ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой. Как легко заметить, изменения показателей, выявляемые у пациентов при обострении фурункулеза, идентичны таковым у пациентов в стадии ремиссии заболевания.

Таким образом, определение базальной и стимулированной NO-продуцирующей активности лейкоцитов позволило выявить отсутствие функционального NO-продуцирующего резерва у пациентов с хроническим рецидивирующим фурункулезом. Это проявлялось отсутствием увеличения продукции NO в ответ на стимуляцию в культуре *in vitro*, в то время как лейкоциты здоровых лиц в ответ на стимуляцию отвечали значимым повышением образования NO. Дефект стимулированного нитроксидаобразования лейкоцитов у пациентов с ХРФ подтвержден двумя различными способами, на двух не связанных выборках пациентов, в двух независимых исследованиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Salvemini, D. Superoxide, peroxynitrite and oxidative/nitrative stress in inflammation / D. Salvemini, T. M. Doyle, S. Cuzzocrea // *Biochemical Society Transactions*. — 2006. — Vol. 34, № 5. — P. 965–970.
2. Free radical production requires both inducible nitric oxide synthase and xanthine oxidase in LPS-treated skin / Kozo Nakai [et al.] // *PNAS*. — 2006. — Vol. 103, № 12. — P. 4616–4621.
3. Hamaliaka, A. V. Nitric oxide production disorders in leukocytes of patients with recurrent furunculosis / A. V. Hamaliaka, I. A. Novikova // *Biomedical Papers*. — 2010. — Vol. 154, № 2. — P. 163–167.
4. Activation of inducible nitric oxide synthase by Kagamjuaguem in peritoneal macrophages in mice / Hyo-Jin An [et al.] // *Indian J. Med. Res.* — 2007. — Vol. 125. — P. 740–746.
5. Новикова, И. А. Комплексная оценка функциональной активности нейтрофилов при хроническом рецидивирующем фурункулезе / И. А. Новикова, Н. В. Гусакова, А. В. Гомоляко // *Медицинская иммунология*. — 2014. — Т. 16, № 1. — С. 81–88.

УДК 616.61-036.12-053.5:159.942.5

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК

Гончарь М. А., Дриль И. С., Петренко Е. К.

«Харьковский национальный медицинский университет»
г. Харьков, Украина

Введение

В настоящее время исследований, посвященных изучению взаимосвязей факторов психической и соматической организации у пациентов с заболеваниями почек в литературе не-

достаточно [1]. Принимая во внимание темпы прогрессирования патологии почек у детей с врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы, можно ожидать изменений психических функций и личностных характеристик пациента с течением времени.

Основные нарушения эмоционального состояния у детей с разной соматической патологией могут проявляться в виде тревоги, гнева, агрессии и депрессии. За последнее десятилетие данные литературы свидетельствуют об увеличении числа людей, страдающих депрессией, особенно за счет детей и подростков [2]. Так, в литературе имеются данные об изучении психоэмоционального состояния детей с заболеваниями органов кроветворения [3] и сердечно-сосудистой системы [4], которые демонстрируют наличие у значительного количества обследованных различных эмоциональных нарушений (в виде снижения настроения, трудностей при выполнении работы по дому, учебе, занятиях спортом). Основным источником получения информации об эмоциональном состоянии и качестве жизни детей является проведение анкетирования с помощью стандартных анкет [5].

Таким образом, педиатры заинтересованы в изучении нервно-психического и эмоционального состояния детей с хроническим заболеванием почек (ХЗП), для совершенствования современных программ наблюдения и реабилитации пациентов.

Цель

Совершенствование качества наблюдения детей с ХЗП путем изучения показателей уровня эмоционального напряжения и качества жизни у детей с ХЗП.

Материал и методы исследования

Обследовано 49 детей в возрасте 6–17 лет с ХЗП. Дети разделены на 4 группы: I группу составили дети с хроническим пиелонефритом ($n = 14$), II — с хроническим гломерулонефритом ($n = 7$), III — с дисметаболической нефропатией ($n = 12$), IV — с врожденными аномалиями развития органов мочевыделительной системы ($n = 16$). Проведено анкетирование детей для определения уровня самостоятельности, тревоги, депрессии, гнева, агрессивного поведения (анкета Beck Youth (в переводе)). Показатель качества жизни оценивался на основании анкеты SF-36 с определением самооценки общего состояния здоровья и социального функционирования.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ полученных результатов анкетирования позволил оценить уровень самостоятельности, тревоги, депрессии, гнева, агрессии у детей. У 23 ($51,1 \pm 7,5$ %) детей выявлены показатели самостоятельности в пределах средних значений. Выявлено 9 пациентов ($20 \pm 6,03$ %) со снижением уровня самостоятельной деятельности (средний возраст которых был $14,8 \pm 1,9$ года). Случаи низкого уровня самостоятельности выявлены среди всех обследованных в различных группах, однако наименьшее значение данного показателя было выявлено во II группе детей ($57,1 \pm 20$ %). При оценке уровня тревоги, депрессии, гнева и агрессии по всем группам преобладали дети со средними показателями (от $73,1 \pm 7$ % до $87,8 \pm 5,1$ %). Умеренного и значительного уровня тревоги не было обнаружено ни в одной из выделенных групп пациентов с ХЗП. Установлено повышение уровня депрессии у $13,6 \pm 5,2$ %, уровня гнева — у $12,1 \pm 5,1$ %, уровня агрессии — у $24,3 \pm 7$ % от общего числа обследованных, равномерно в каждой группе. При анализе 10 пациентов с ХЗП с повышенным уровнем агрессии установлено, что 50 % имели ХЗП на фоне врожденной аномалии развития мочевыделительной системы; средний возраст составил $15,2 \pm 1,09$ лет. У подавляющего большинства 38 ($86,3 \pm 5,2$ %) детей уровень депрессии был в пределах средних показателей. Группу с повышенным уровнем депрессии составили пациенты женского пола ($13,6 \pm 5,2$ % от общего количества обследованных), средний возраст которых составил $13,5 \pm 1,5$ лет.

Выводы

При изучении медико-психологической характеристики детей с различными нозологическими формами заболевания почек, особенно с врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы, целесообразно учитывать уровень агрессии и депрессии для своевременного проведения комплекса психологических методов и создания индивидуальных программ реабилитации.

Всем детям с ХЗП при оказании медицинской помощи необходимо проводить анализ самооценки состояния здоровья детей, который важно учитывать не только при определении состояния больного ребенка в момент обследования, а и в процессе оптимизации индивидуализации мероприятий по профилактике рецидивов и улучшения качества жизни детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Недельська, С. М. Медико-психологічна характеристика особистості хворої на бронхіальну астму дитини середнього та старшого віку / С. М. Недельська, О. Ю. Акулова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2012. — Т. 75, № 2. — С. 35–41.
2. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми / Л. В. Пипа [и др.] // Здоров'є ребенка. — 2014. — № 6(57). — С. 92–99.
3. Воронков, Л. Г. Качество жизни при хронической сердечной недостаточности: актуальные аспекты / Л. Г. Воронков, Л. П. Паращенко // Серцева недостатність. — 2010. — № 2. — С. 12–16.
4. Толмачева, С. Р. Параметры качества жизни подростков с патологией миокарда / С. Р. Толмачева, Л. Ф. Богмат, Л. И. Рак // Здоров'є ребенка. — 2012. — № 1 (36).
5. Нечитайло, Ю. М. Методологічні основи оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям у дітей / Ю. М. Нечитайло // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. — 2013. — № 3. — С. 5–9.

УДК 616.233/.24 – 053.2 – 06:616.1

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Гончарь М. А.¹, Цюра О. Н.¹, Омельченко Е. В.¹,
Муратов Г. Р.², Башкирова Н. В.²*

¹«Харьковский национальный медицинский университет»

²«Областная детская клиническая больница»

г. Харьков, Украина

Введение

Заболевания органов дыхания остаются одной из наиболее важных проблем педиатрии, поскольку, даже при современных достижениях в медицине, они занимают ведущее место в структуре детской заболеваемости по данным официальной статистики (50–73 %) [1]. Известно, что дети, которые часто болеют острой бронхолегочной патологией, составляют группу риска по развитию рецидивирующих и хронических форм заболеваний. Начинаясь в детском возрасте, бронхолегочная патология (БЛП) может приобрести прогрессирующее течение и привести к раннему развитию осложнений. В последние годы представляет интерес, особенно для клиницистов, изучения маркеров предрасположенности — фенотипических признаков, частота встречаемости которых при той или другой патологии выше, чем в популяции.

Доказана важная роль полиморфизма генов фолатного цикла в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Существует мысль, что роль полиморфизма генов фолатного цикла может быть обусловлена нарушением синтеза ДНК и вести к дисрегуляциям пролиферативных процессов и апоптоза клеток [2]. Причинами нарушения фолатного цикла считают: генетические дефекты ферментов (MTHFR, MTR, MTRR), дефицит фоллиевой кислоты, дефицит витаминов В₆ и В₁₂ [2, 3]. Течение ССЗ проявляется значительно тяжелее при сочетании нескольких даже умеренно выраженных факторов риска.

К дополнительным факторам риска нарушения фолатного цикла можно отнести: патологию желудка и кишечника с нарушением всасывания витаминов группы В; хронические и рецидивирующие инфекции, которые имеют затяжное течение; злокачественные новообразования поджелудочной железы и кишечника; патологию почек; длительный прием противосудорожных средств, метотрексату, метформину, антагонистов H₂-рецепторов, еуфилина, антагонистов фоллиевой кислоты; факторами, связанными со способом жизни (курением, чрезмерным употреблением алкоголя, кофе (более 5 чашек кофе в день)); психоэмоциональные нагрузки; малоподвижный образ жизни [3].

Кардиоваскулярные нарушения при БЛП развиваются медленно, являются потенциально обратимыми в детском возрасте, что требует правильной оценки риска их развития для конкретного