

ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

Науковий журнал

13 (13) січень 2016

Одеса
2016

ЗМІСТ

Антоненко О. М., Зінченко В. О., Рухало В. Г., Устименко О. Г. СТРУКТУРА І ХАРАКТЕР УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ.....	6
Антонюк О. П., Проняєв Д. В. ТОПОГРАФОАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛІПОЇ КИШКИ В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ.....	10
Грیشина О. І., Бабінець О. М., Менкус О. В., Іванченко Ж. Б. ОЦІНКА КОРОТКОСТРОКОВОЇ БЕЗПЕКИ ВАКЦИНИ ПРОТИ ГРИПУ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	15
Балатюк І. А., Яворський О. М., Гладких Ф. В. СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ: У ФОКУСІ ОСТЕОАРТРОПАТІЯ ШАРКО.....	20
Баранник С. І., Бондаренко М. М., Задорожний В. В., Чекан Л. О., Шевцов В. М. КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ПЕРШІЙ ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ.....	27
Баранник С. І., Баранник А. С., Терент'єва Г. А., Гречко Л. В. ПРОБЛЕМИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ СЕЧОВОГО ДІАТЕЗУ.....	29
Белов О. О. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПРОФЕСІЙНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	32
Березуцкий В. И., Кравченко А. И. ПРОБЛЕМЫ КОМПЛЕКСА В ГЕРИАТРИИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ.....	35
Бібік І. Г. ІНТЕГРАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В ЗАГАЛЬНУ СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	38
Болокадзе Л. Ф. СПЕЦИФИКА ДІАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНОВ БОРЮШНОЇ ПОЛОСТІ І МАЛОГО ТАЗА.....	41
Болокадзе Є. О., Піонова О. М. ОСОБЛИВОСТІ КАРДИОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ.....	44
Бугаевский К. А. ОСОБЕННОСТИ РЯДА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАЧЕНИЙ У СТУДЕНТОК СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ.....	47
Булик Т. С., Мудрак О. С. ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ БІЛКІВ ЗОНИ ВАГІТНОСТІ ТА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У РАННІ ТЕРМІНИ.....	52
Булик Т. С. ВИВЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНА 1 (РАІ-1 4G/5G) У ВАГІТНИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ.....	55
Вінтонів О. Р. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	58
Гаина Ж. М. ВЛИЯНИЕ МЕЛЬДОНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ОДНО- И МНОГОРАЗОВОМ ПРИМЕНЕНИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	61
Безруков Л. О., Гарас М. Н., Кухта О. Я., Скуляк А. В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ІЗ НАДЛИШКОВОЇ МАСОЮ ТІЛА.....	64
Гончарук Л. М., Федів О. І., Гресько С. О. ТАКТИКА КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАНТНО-ПРОТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ ПРИ ГЕЛКОБАКТЕРНО-АСОЦІЮВАНІХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯХ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОІДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТОЗ.....	67
Горошко О. М., Паламар А. О., Бобик М. П., Горошко Н. А., Богдан Н. С. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ АНТИОКСИДАНТНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПОХІДНИХ ІМІДАЗОЛУ В ПОРІВНЯННІ З КОРВІТИНОМ.....	70
Ергард Н. М., Кулій О. І. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ/СНІД ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНИХ РОЗТИНАХ ТРУПІВ.....	73

Безруков Л. О.

*професор кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»*

Гарас М. Н.

*доцент кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»*

Кухта О. Я.

*доцент кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»*

Скуляк А. В.

*асистент кафедри сімейної медицини
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Анотація: Стаття присвячена аналізу ефективності лікування нападу та базисної терапії школярів, хворих на тяжку бронхіальну астму залежно від показників фізичного розвитку. Показано, що надлишкова маса тіла у дітей, хворих на тяжку персистувальну бронхіальну астму, негативно впливає на показники досягнення контролю захворювання, що може бути пояснено вірогідно більшою часткою у даній групі школярів із тяжкою гіперчутливістю дихальних шляхів до гістаміну.

Аннотация: Статья посвящена анализу эффективности лечения приступа и базисной терапии школьников, больных тяжелой бронхиальной астмой в зависимости от показателей физического развития. Показано, что избыточная масса тела у детей, больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой, отрицательно влияет на показатели достижения контроля заболевания, что может быть объяснено достоверно большей долей в данной группе школьников с тяжелой гиперчувствительностью дыхательных путей к гистамину.

Summary: The paper analyzes the effectiveness of attacks treatment and the basic therapy of schoolchildren, suffering from severe persistent bronchial asthma depending on the parameters of physical development. It is shown that overweight adversely affects the indices of achieve of asthma control in children with severe persistent bronchial asthma, which can be explained significantly bigger part of schoolchildren with severe airway hypersensitivity to histamine in this group.

Постановка проблеми. Лікування бронхіальної астми у дітей спрямоване на лікування загострень у вигляді полегшення симптомів нападу та проведення протизапальної базисної терапії, головною метою якої вважається досягнення та втримання контролю над захворюванням [1, 2]. Поширеність БА за даними офіційної статистики становить 5-10% у дітей [3, 4]. Контроль астми вважається кінцевою метою терапії, водночас сучасним підходом у лікуванні БА вважається ступенева терапія з урахуванням тяжкості та досягнення контролю над захворюванням [5]. Одним із аспектів недостатнього контролю тяжкої БА є її фенотипова неоднорідність, зокрема, за віком дебюту (астма раннього та пізнього початку), характеру запалення бронхів (еозинофільний та неоеозинофільний), швидкістю обструкції нижніх дихальних шляхів (торпідна та лабільна обструкція), відповіддю на базисну терапію (стероїд-чутлива та резистентна БА) [6-8].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед різноманітності фенотипів захворювання, особливий інтерес представляє фенотип, який асоціює з надлишковою масою тіла хворого [9-11]. Хоча взаємозв'язок між ожирінням та бронхіальною астмою не викликає сумнівів, механізм розвитку даного фенотипу захворювання ще недостатньо вивчений. Виникнення коморбідної патології, яка пов'язана з ожирінням (езофагальний рефлюкс, розлади дихання під час сну, дисліпідемія, цукровий діабет II типу, підвищення артеріального

тиску), у кінцевому рахунку, погіршує перебіг та контроль бронхіальної астми [11].

Метою дослідження було підвищити ефективність лікування тяжкої бронхіальної астми у дітей шкільного віку із надлишковою масою тіла на підставі аналізу динаміки нападу, показників контролю та спірометричних характеристик.

Матеріал та методи. На базі пульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) обстежено 57 дітей, хворих на тяжку персистувальну бронхіальну астму. Діагноз захворювання та його тяжкість верифікували на підставі чинних національних [2] та міжнародних [1] регламентувальних документів. Середні показники індексу маси тіла (маса тіла(кг)/зріст(м²) в обстежених дітей склали 20,7 (95%ДІ 19,6-21,7) кг/м². Надлишкову масу тіла мали 18 дітей, в яких індекс маси тіла (ІМТ) перевищував межі 95% довірчого інтервалу (21,7 кг/м²), ці пацієнти сформували I клінічну групу. Решта 39 школярів із гармонійним фізичним розвитком увійшли до складу II клінічної групи. За основними клінічними характеристиками групи були співставлюваними. Так, середній вік школярів I клінічної групи становив 13,6±0,6 року, а дітей II клінічної групи – 12,0±0,5 року (p>0,05), більше половини пацієнтів обох груп складала хлопчики (55,5% та 61,5% у I та II групах відповідно, p>0,05).

Усі діти отримували еквівалентний тяжкості та контролю об'єм протизапального лікування, що визначається чинними стандартами надання медич-

ної допомоги [2]. Визначення ефективності базисної терапії проводили проспективно із інтервалом 3 місяці шляхом оцінки показників контролю над перебігом захворювання з використанням АСТ – тесту. По мірі покращання контролю астми зростала сумарна кількість балів, а показником задовільного контролю вважали кількість балів 16 і більше [12, 13]. Тяжкість бронхообструктивного синдрому (БОС) при надходженні хворих до стаціонару під час загострення захворювання оцінювали за бальною шкалою [14]. Посилення проявів БОС відобразалося зростанням оцінки за бальною шкалою.

Лабільність бронхів визначали згідно рекомендацій [15-16] шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження та інгаляцію β_2 -агоніста короткої дії (200 мкг салбутамолу) з наступним обчисленням показника лабільності бронхів (ПЛБ) як суми його компонентів. Гіперсприйнятливості дихальних шляхів оцінювали за результатами бронхопровокаційної проби з гістаміном шляхом визначення гіперчутливості бронхів до подразника з обчисленням показників порогової концентрації та дози [16-18], а також гіперреактивності дихальних шляхів, що відображали як дозозалежну криву [19].

Для результатів, що відповідали нормальному розподілу, визначали середню арифметичну вибірки (M), величину стандартного відхилення (s) та стандартної похибки (m), максимальні та мінімальні значення. При оцінці вірогідності різниці показників вираховували коефіцієнт Стьюдента (t). За вірогідну різницю приймали різницю при $p < 0,05$ [20].

Виклад основного матеріалу. Установлено, що до початку базисної протизапальної терапії показники контролю тяжкої астми у школярів обох клінічних груп вірогідно не відрізнялися (таблиця), проте неконтрольованим перебіг виявився у 80% хворих із надлишковою масою тіла та у 61,1% представників II клінічної групи ($p_0 > 0,05$).

Таблиця
Показники контролю тяжкої бронхіальної астми на тлі базисної терапії в дітей клінічних груп (M±m)

Клінічні групи	Показники АСТ-тесту, бали		P
	до лікування	після лікування	
I клінічна група	12,2±1,1	14,5±1,3	<0,05
II клінічна група	14,6±0,8	17,6±1,0	>0,05
P	<0,05	<0,05	

Таким чином, динаміка досягнення задовільного контролю виявилася вірогідно кращою у дітей із показниками гармонійного фізичного розвитку, ніж у школярів із надлишковою масою тіла. Так, завдяки курсу тримісячної базисної терапії у I клінічній групі частка пацієнтів із неконтрольованим перебігом виявилася вірогідно більшою (66,7%), аніж серед представників групи порівняння (33,3%, $p_0 < 0,05$).

Аналіз динаміки бальної оцінки виразності бронхообструктивного синдрому в перші 5 днів стаціонарного лікування засвідчив відсутність вірогідної різниці тяжкості між представниками обох клінічних груп (рисунок), водночас частка школярів із виразною обструкцією бронхів (бальна оцінка >12 балів) виявилася більшою серед хворих на тяжку бронхіальну астму із надлишковою масою тіла впродовж перших двох днів госпіталізації. Так, виразна обструкція бронхів на I добу стаціонарного лікування спостерігалася у всіх дітей I клінічної групи та 87,5% школярів, хворих на тяжку бронхіальну астму з гармонійним фізичним розвитком ($p_0 > 0,05$). Впродовж II доби стаціонарного лікування частка дітей із виразною бронхообструкцією також виявилася більшою серед хворих на тяжку бронхіальну астму з надлишковою масою тіла (75%), ніж серед представників II групи спостереження (56,2%, $p_0 > 0,05$).

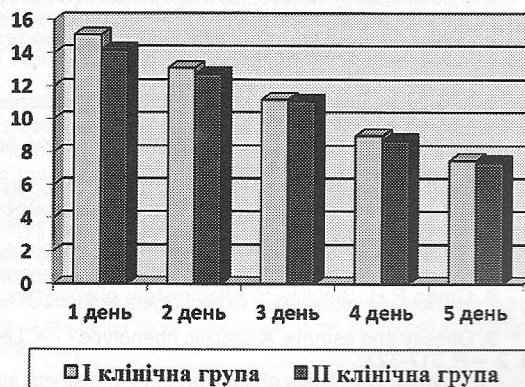


Рис. Динаміка бальної оцінки виразності бронхообструктивного синдрому у дітей клінічних груп

Враховуючи, що основним феноменом бронхіальної астми, поряд із запаленням дихальних шляхів, вважається гіперреактивність бронхів, доцільним вважалося визначити та проаналізувати спірометричні маркери, що відображають лабільність та гіперсприйнятливості, з метою вивчення підґрунтя виявлених особливостей динаміки нападу та досягнення контролю симптомів та напрямів корекції їх терапії.

Попри відсутність вірогідних відмінностей у середніх показниках індексу бронхоспазму у дітей клінічних груп порівняння (9,2±2,3% та 8,8±1,9% у дітей I та II клінічної групи відповідно, $p < 0,05$), у хворих на тяжку бронхіальну астму із надлишковою масою тіла спостерігалася тенденція до виразнішого бронхоспазму після дозованого фізичного навантаження. Так, значення даного індексу, що перевищували 14%, реєструвалися у 35,7% I клінічної групи та в 18,5% представників групи порівняння ($P_0 < 0,05$). Вказані особливості позначилися на значеннях інтегрального показника лабільності бронхів. Попри однакові середні значення у представників I (22,5±2,9%) та II (22,8±3,3%,

$p < 0,05$) клінічних груп, виразна лабільність бронхів (ПЛБ > 15%) частіше спостерігалася у дітей з надлишковою масою тіла (80%), а ніж у хворих на тяжку бронхіальну астму із гармонійним фізичним розвитком (55,5%, $P < 0,05$).

Під час аналізу показників гіперсприйнятливості бронхів, встановлена виразніша гіперчутливість дихальних шляхів до гістаміну у школярів, хворих на тяжку бронхіальну астму із надлишковою масою тіла (порогова концентрація гістаміну склала $0,38 \pm 0,08$ мг/мл проти $0,67 \pm 0,18$ мг/мл у дітей II клінічної групи, $p < 0,05$). Виявлена виразніша гіперсприйнятливості бронхів у школярів із надлишковою масою тіла підтверджується вірогідно більшою часткою пацієнтів із виразною гіперчутливістю дихальних шляхів до гістаміну (ПК20Г < 0,5 мг/мл) серед представників I клінічної

групи (72,7%), ніж серед дітей із гармонійним фізичним розвитком (12%, $p > 0,05$).

Висновки. 1. Надлишкова маса тіла у дітей, хворих на тяжку персистувальну бронхіальну астму, негативно впливає на показники досягнення контролю захворювання.

2. Нижча ефективність базисного лікування у дітей із надлишковою масою тіла може бути пояснена вірогідно більшою часткою у даній групі школярів із тяжкою гіперчутливістю дихальних шляхів до гістаміну.

Перспективи подальших досліджень полягають у виявленні взаємозв'язків показників контролю та спірометричних маркерів неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів у дітей, хворих на тяжку бронхіальну астму залежно від показників фізичного розвитку.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Global strategy for asthma management and prevention, Revised 2014 [Електронний ресурс] / J.M. FitzGerald, E. D. Bateman, J. Bousquet [et al.] // Режим доступу: www.ginasthma.org.
2. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 868 // Режим доступу: www.document.ua.
3. Clinical asthma phenotypes and therapeutic responses / M. Zedan, G. Attia, M. M. Zedan, A. Osman [et al.] / ISRN Pediatrics. – Vol. – 2013. – P. 1-7.
4. Нестеренко З.В. Фенотипические варианты бронхиальной астмы у детей / З.В. Нестеренко // Астма та алергія. – 2010. – № 3-4. – С. 33-36.
5. Fanta C. H. Asthma / C. H. Fanta // The New England Journal of Medicine. – 2009. – Vol. 360, №10. – P.1002-1014.
6. Уманець Т.Р. Клініко-анамнестичні особливості фенотипів бронхіальної астми у дітей / Т.Р. Уманець // Перинатологія та педіатрія. – 2011. – №2. – С.69-71.
7. Carolan B.J. Clinical phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease and asthma: recent advances / B.J. Carolan, E.R. Sutherland // The Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2013. – Vol. 131, № 3. – P. 627-634.
8. Green R.H. Stability of inflammatory phenotypes in asthma / R.H. Green, I. Pavord // Thorax. – 2012. – № 2. – P. 46-57.
9. Obesity and asthma. A specific phenotype? / A. Lessard, H. Tuotte, G. Cornier [et al.] // Chest. – 2008. – Vol. 134, N. 2. – P. 317-323.
10. Lugogo N.L. Does obesity produce a distinct asthma phenotype? / N.L. Lugogo, M. Kraft, A.E. Dixon // J. Appl Physiol. – 2010. – Vol. 108. – P. 729-734.
11. Яшина Л.А. Бронхиальная астма у больных с ожирением – особый фенотип заболевания / Л.А. Яшина, С.Г. Ищук // Астма та алергія. – 2011. – № 4. – С. 46-49.
12. Childhood Asthma Control Test. [Електронний ресурс] / The American Lung Association // Режим доступу: www.asthmacontrol.com/child.
13. Огородова Л.М. Тест по контролю над астмой у детей (Children Asthma Control Test) – современный инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой у детей, соответствующий новой концепции GINA 2006 [Текст] / Л.М. Огородова, Е.Л. Тимошина // Педиатрическая фармакология. – 2006. – № 3. – С. 39-43.
14. Диагностика и лечение острых пневмоний и ОРВИ, осложненных БОС у детей раннего возраста // [Л.А. Безруков, Ю.Н. Нечитайло, С.А. Черевко и др.]; под ред. А.Ф. Мозолевского. – Черновцы, 1989. – 23 с.
15. Silverman M. Standardization of exercise tests in asthmatic children / M. Silverman, S.D. Anderson // Arch. Dis. Child. – 1972. – Vol. 47. – P.882-889.
16. Новик Г.А. Спирометрия и пикфлоуметрия при бронхиальной астме у детей (практика оценки и мониторинга): уч. пособие [под ред. проф. И.М. Воронцова] / Г.А. Новик, А.В. Боричев. – СПб.: ГПМА, 2007. – 68 с.
17. Сидельников В.М. Практическая аллергология детского возраста / В.М. Сидельников, Л.А. Безруков, В.Г. Мигаль. – К.: Здоров'я, 1985. – С.22-23.
18. Juniper E.F. Histamine and Methacholine inhalation tests / E.F. Juniper, D.W. Cockcroft, F.E. Hargreave. – Lund, Sweden, 1994. – 51 p.
19. Turner S.W. Determinants of airway responsiveness to histamine in children / S.W. Turner, L.J. Palmer, P.J. Rye [et al.] // Eur. Respir. J. – 2005. – Vol.25. – P.462-467.
20. Біостатистика: [за ред. проф. В.Ф. Москаленка]. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.