

порівняно з I групою (6,7–11,3%; 5,5–10,3%; 0,3–1,1% відповідно). Таким чином, втягнення НС, ССС у дітей з ДСТ виявлено частіше в I–II групах, а ДС – частіше у дітей I групи, ШКТ, СВС, ОЗ – в II, КСС – в ГК. Одночасне втягнення при ДСТ 3–4 систем частіше спостерігалося у дітей I групи, більше 5 систем – у дітей II групи і достовірно частіше ($p < 0,001$), ніж в контрольній групі.

Отже, у дітей, які зазнали радіаційної дії, частіше відмічається втягнення НС, ДС, ССС, ШКТ, СВС при ДСТ, в цілому, 2–5 систем організму. У дітей, які народилися в сім'ях ліквідаторів ЧАЕС, частіше виявляються прояви ДСТ з ураженням ШКТ, СВС, ОЗ і, в комплексі, 5 і більше систем організму. Потрібне подальше вивчення частоти і тяжкості прояву ДСТ у дітей досліджуваних груп.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ ПРИ АСТМІ ФІЗИЧНОГО НАПРУЖЕННЯ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Л.А. ІВАНОВА, П.І. МЕЛЬНИК*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
*Міська дитяча поліклініка, м. Чернівці

Останніми десятиріччями збільшився інтерес спеціалістів до проблеми бронхіальної астми фізичного напруження (БАФН). Актуальність проблеми зумовлена необхідністю підвищення толерантності цих хворих до фізичного навантаження, обмеження якого часто необґрунтовано рекомендують педіатри. Фенотип бронхіальної астми фізичного напруження розглядається як неоднорідна група з різними патогенетичними варіантами захворювання. Для її верифікації в якості додаткових діагностичних методів зазвичай використовують спірографічні проби з дозованим фізичним навантаженням. Але при проведенні цих досліджень не враховується наявність у хворого вихідного бронхоспазму, який визначається за спірографічною пробою з інгаляцією бета-агоніста короткої дії (наприклад, сальбутамолу). Комбінація даних спірографічних тестів, відображуючи загальну лабільність бронхів, дозволяє більш повно оцінити змінену реактивність бронхів. Водночас діагностична цінність бронхопровокаційної проби з фізичним навантаженням та інгаляцією бета-агоніста швидкої та короткої дії в верифікації БАФН у дітей недостатньо вивчена.

Мета роботи – визначити діагностичну цінність бронхопровокаційного тесту з дозованим фізичним навантаженням та інгаляцією сальбутамолу у виявленні бронхіальної астми фізичного навантаження в хворих шкільного віку.

На підставі комплексного обстеження в умовах пульмоалергологічного відділення обласної

дитячої клінічної лікарні м. Чернівці 88 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу групу склали 40 дітей, хворих на БАФН, другу – 48 пацієнтів без ознак астми, що провокується фізичним навантаженням. Астму фізичного напруження діагностували за наявності в анамнезі хворого вказівки на появу симптомів БА після фізичного навантаження та/або визначення індексу бронхоспазму більше 15%. За основними анамнестичними характеристиками клінічні групи були порівнюваними.

У роботі показано, що в дітей, які страждають на астму фізичного напруження, показники лабільності бронхів суттєво вищі за рахунок бронхоспазму і бронходилататорів порівняно з хворими, в яких напади астми не провокуються фізичним навантаженням. ІБД > 17% зі специфічністю 89,6% та передбачуваною цінністю позитивного результату 96,5%, а також ПЛБ > 42% зі специфічністю 97,9% та передбачуваною цінністю позитивного результату 96,5% підтверджують наявність у дитини БАФН. При реєстрації у дитини ПЛБ > 42% ризик наявності БАФН у 3,2 разу вищий, ніж у хворих із нижчими результатами тесту. ПЛБ < 20,0% зі специфічністю 90,0% та передбачуваною цінністю 90,9% спростовує БАФН у дитини. За наявності у дитини ПЛБ < 20,0% ризик відсутності БАФН у 2,3 разу вищий порівняно з однолітками з більш високим даним показником.

Таким чином, отримані дані щодо високої діагностичної цінності та показників ризику окремих спірографічних тестів дозволять підвищити толерантність дітей, хворих на бронхіальну астму, до фізичного навантаження, обмеження якого часто необґрунтовано рекомендують педіатри.

ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВІСТЬ БРОНХІВ ЗА РІЗНИХ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ

Л.А. ІВАНОВА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Як показав клінічний досвід останніх років, терапія бронхіальної астми згідно з існуючими протоколами діагностики та терапії дає можливість досягти контролю лише у 60% випадків. Це, ймовірно, пов'язане з недооцінкою фенотипів захворювання. Наразі залишається невивченим питання щодо частоти формування різних фенотипів бронхіальної астми та стану гіперсприйнятливості бронхів при них.

Метою роботи було дослідити показники гіперсприйнятливості бронхів при різних фенотипах бронхіальної астми в дітей.

В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ № 1 м. Чернівці обстежено 372 дитини,

Бронхіальну астму. Середній вік становив 11,36 року, серед обстежених було 76,4% дітей. Усім хворим проведено комплексне дослідження, що включало оцінку неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів та гіперчутливості шкіри до основних небактеріальних алергенів. Діагноз бронхіальної астми встановлювали згідно з рекомендаціями GINA- 2008.

Нами виділено 6 фенотипів бронхіальної астми в обстежених хворих: астму пізнього початку, фізичного навантаження, атопічну, тяжку, еозинофільну та гіперреактивну. Проведені дослідження показали, що найбільшу частку (43,54%) склала група дітей, в яких відмічено поєднання двох фенотипів бронхіальної астми. Один фенотип захворювання було виділено у 26,34% випадків, поєднання трьох – у 21,77%, чотирьох – у 8,06% спостережень.

Серед обстежених пацієнтів астму пізнього початку зареєстровано у 272 (73,1%), тяжку – у 103 (27,7%) дітей. Еозинофільну та атопічну астму діагностовано у 66 (17,7%) та 97 (26,1%) хворих відповідно. Астму фізичного навантаження зареєстровано у 105 (28,2%) обстежених нами дітей, а гіперреактивну – у 46 (12,36%).

На підставі проведених досліджень можна стверджувати, що найбільш лабільними виявились бронхи у хворих з фенотипом тяжкої астми та астмою фізичного навантаження – індекс лабільності бронхів (ІЛБ) становив $35,8 \pm 3,1$ та $41,0 \pm 2,1\%$ відповідно. Найбільша ригідність бронхів спостерігалась при атопічній астмі (ІЛБ = $21,5 \pm 2,2\%$). Високим ІЛБ у цих пацієнтів був переважно за рахунок бронхоспазму. Так, індекс бронхоспазму в групі пацієнтів із тяжкою та астмою фізичного навантаження становив $19,26 \pm 2,1$ та $25,09 \pm 1,3\%$ відповідно.

Водночас, чутливість до гістаміну виявилась найвищою у хворих із гіперреактивною астмою – показник PC20H становив $0,24 \pm 0,03$ мг/мл, а найнижчою в групі дітей з атопічною астмою (PC20H = $3,9 \pm 1,1$ мг/мл).

Отримані нами результати досліджень дають підставу вважати, що можна виділити окремі фенотипи бронхіальної астми в дітей, які відображають особливості перебігу захворювання в конкретного пацієнта, а гіперреактивність дихальних шляхів є характерною для всіх хворих. Особливості гіперсприйнятливості бронхів за різних фенотипів бронхіальної астми в дітей слід враховувати при розробці індивідуалізованих лікувально-профілактичних заходів.

ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ТРЕНАЖЕРНОМУ ЗАЛІ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

О.Г. ІВАНЬКО, В.Я. ПІДКОВА, М.Ю. КОЛЧИНА,
Є.В. НЕДЕЛЬСЬКА, О.С. КРУТЬ, Н.В. КИЗИМА, А.О. ШУЛЬГА,
І.В. ПАЩЕНКО, О.А. РАДУТНА

Запорізький державний медичний університет

Мета роботи – за допомогою вправ фізичної реабілітації, впроваджених на заняттях фізичною культурою в медичному університеті, поліпшити стан здоров'я підлітків, хворих на первинну артеріальну гіпертензію (АГ).

Дослідницька робота передбачала 3 етапи. На I етапі під час обов'язкового профілактичного огляду студентів, дівчаток і юнаків віком 16–17 років, а далі на засадах декількох додаткових офісних вимірювань артеріального тиску (АТ), відбирались особи з ризиком артеріальної гіпертензії. Діагноз первинної АГ встановлювали після клінічного обстеження в університетській клініці, яке містило серед інших тестів обов'язковий добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) та дослідження фізичної працездатності за тестом PWC₁₇₀. Проведене анкетування студентів, яке включало питання дотримання здорового способу життя і необхідності занять фізичною культурою, виявило низьку інформованість студентів-першокурсників у питаннях артеріальної гіпертензії. Ніхто із обстежених не вважав себе хворою людиною. Тому ми вважали доцільним проведення роз'яснювальної роботи з майбутніми лікарями і провізорами у руслі «обережне ставлення до свого здоров'я – запорука боротьби за здоров'я пацієнтів». Водночас адміністративні важелі заохочення до занять вправами фізичної реабілітації виявились також ефективними, тому що заняття фізичною культурою входять до програми навчання.

На II етапі роботи у залучених до досліджень 32 осіб проводили тренування на велотренажерах у спеціально організованому фітнес-залі університету. Починали заняття з урахування індивідуального початкового рівня фізичної працездатності (за тестом PWC₁₇₀), показників АТ, толерантності до фізичних навантажень. Далі переходили до основного періоду тренувань. «Пульсова цінність» вправ складала 150–170 ударів за хвилину протягом 20–30 хвилин віртуального велосипедного пробігу. Його швидкість становила 15–20 км/год, енергетичні витрати 300–400 ккал. Тренування здійснювали двічі на тиждень протягом 7 місяців. Додаткові заняття фізичною культурою не обмежували. Дослідження передбачали спостереження додаткових груп контролю, які містили осіб з АГ, що на період досліджень не виконували вправ на велотренажері, і тих, хто мав нормальний артеріальний тиск та виконував впроваджену тренувальну програму.