

ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З ФЕНОТИПАМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ РАНЬОГО ТА ПІЗЬОГО ПОЧАТКУ

Гарас М.Н., Григола О.Г. 1, Горенко Н.Б.2, Грицюк М.М.2

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

1 Ковельський державний медичний коледж, м. Ковель

2 Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Метою дослідження було оцінити показники лабільності дихальних шляхів у дітей, хворих на бронхіальну астму з ознаками фенотипів раннього і пізнього початку.

Матеріал та методи. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ №1 м. Чернівці обстежено 50 дітей, хворих на бронхіальну астму. За віком дебюту захворювання сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу (I) клінічну групу склали 25 дітей із фенотипом раннього початку, інші 25 хворих із фенотипом пізнього початку сформували другу (II) клінічну групу. За основними клінічними ознаками групи порівняння вірогідно не відрізнялися. Лабільність бронхів визначали шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію β 2-агоніста короткої дії (200 мкг салбутамолу) з наступним обчисленням показника лабільності бронхів (ПЛБ) як суми його компонентів – індексів бронхоспазму (ІБС) та бронходилатації (ІБД). Аналіз отриманих даних проводився з позицій біостатистики.

Результати дослідження та їх обговорення. У дітей з фенотипом БА раннього початку спостерігалася тенденція до виразнішої лабільності бронхів. Зокрема, ПЛБ у представників I клінічної групи становив $29,8 \pm 3,63\%$ проти $27,8 \pm 3,06\%$ у дітей групи порівняння ($p < 0,05$). Ймовірно, така реакція бронхів зумовлювалася їх значнішою дилатацією у відповідь на інгаляцію β 2-агоніста. Так, ІБД у дітей з бронхіальною астмою раннього початку сягав $14,9 \pm 2,52\%$, а у групі порівняння – $10,7 \pm 1,72\%$ ($p < 0,05$). Позитивна бронхомоторна проба з β 2-адреноміметиком спостерігалася у більшості хворих I клінічної групи (56,5%), та лише у третини дітей групи порівняння (33,3%, $P_f > 0,05$).

Відмічено, що низька лабільність дихальних шляхів (ПЛБ менше 17%) притаманна 37,4% дітей, хворих на БА з фенотипом раннього початку та, лише кожному п'ятому пацієнту з БА пізнього початку (20,8%, $P_f > 0,05$). Натомість, виразна лабільність дихальних шляхів однаково часто спостерігалася у представників обох клінічних груп (37,4% та 33,3% у I та II групах відповідно, $P_f > 0,05$).

Водночас, тенденція до виразнішої бронхоспастичної реакції на ДФН зафіксована у представників II клінічної групи. Зокрема, ІБС у дітей з фенотипом раннього початку бронхіальної астми становив $14,9 \pm 2,65\%$ проти $27,8 \pm 3,06\%$ у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$). Виразна спастична реакція (ІБС більше 20%) виявилася притаманною більше, ніж третині дітей з БА пізнього початку (37,5%), а серед представників I клінічної групи дані значення реєструвалися лише у 17,3% пацієнтів ($P_f > 0,05$).

Висновки. Таким чином, дітям, хворим на бронхіальну астму з фенотипом раннього початку притаманна тенденція до виразнішої лабільності бронхів за рахунок бронходилатаційної реакції на β 2-адреноміметик короткої дії. Пацієнти з бронхіальною астмою пізнього початку характеризуються схильністю до виразнішої бронхоспастичної реакції у відповідь на дозоване фізичне навантаження.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЇХНІЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ АДІПОНЕКТИНУ У ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ, УСКЛАДНЕНИМ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Гладун К.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Ожиріння в сучасній медицині розглядається як хронічне багатофакторне захворювання, що підвищує ризик серцево-судинної патології, передусім артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця. Жирова тканина крім функції енергозабезпечення має ще й ендокринні властивості, синтезуючи адипокіни. Зменшення вмісту одного з них, а саме циркулюючого адипонектину, в сироватці крові є маркером інсулінорезистентності і ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Метою нашого дослідження було визначення особливостей артеріального тиску протягом доби та виявлення можливого впливу на нього рівня адипонектину у підлітків з ожирінням та артеріальною гіпертензією. Дослідження проводилось серед 60 дітей підліткового віку з ожирінням, серед яких у 34 дітей було зареєстроване підвищення «офісного» артеріального тиску (АТ). Контрольну групу склали 20 практично здорових дітей з нормальною вагою, репрезентативних за віком і статтю. Добове моніторування електрокардіограми проводили з використанням приладу АВРМ-04 (фірма "Meditech Ltd.", Угорщина) з осцилометричним методом вимірювання АТ. Оцінювали стандартні показники АТ. Для визначення рівня адипонектину (мкг/мл) в сироватці крові використовували кількісний метод конкуруючого імуноферментного аналізу *in vitro*, виробництва BioVendor (Німеччина). За результатами аналізу артеріального тиску, у дітей з підвищенням «офісного» АТ спостерігалось достовірне підвищення середнього за добу систолічного АТ, пульсового АТ, максимального систолічного АТ, максимального пульсового АТ, добового навантаження систолічним АТ, середнього систолічного АТ в активний період та середнього діастолічного АТ в пасивний період. В той же час в групі підлітків з ожирінням та нормальним «офісним» АТ у 19% дітей визначалось підвищення добового навантаження тиском, що є незалежним чинником розвитку серцево-судинних катастроф у майбутньому. Аналіз отриманих показників не виявив змін добового коливання АТ у обстежених дітей. Для підлітків з ожирінням, у яких було зареєстровано підвищення АТ, характерною рисою виступало достовірне зниження вмісту в сироватці крові адипонектину у порівнянні з показниками контрольної групи та дітьми з нормальним «офісним» АТ. В нашому дослідженні був виявлений негативний взаємозв'язок середньої сили між концентрацією адипонектину в сироватці крові дітей з ожирінням та середнім за добу систолічним АТ ($r = -0,32$, $p < 0,05$), добовим навантаженням систолічним АТ ($r = -0,32$, $p < 0,05$), а також середнім систолічним АТ в активний та пасивний періоди ($r = -0,33$, $p < 0,05$). Зменшення вмісту адипонектину в сироватці крові хворих на ожиріння підлітків з підвищеним «офісним» АТ виступало свідченням зниження чутливості тканин до дії інсуліну. Отримані дані пов'язані з формуванням змін з боку серцево-судинної системи, що підтверджується даними добового моніторування АТ. Отже, проведення добового моніторування АТ у комплексі з визначенням рівня адипонектину дозволяє покращити діагностику і прогнозування формування можливих ускладнень ожиріння, передусім вторинної артеріальної гіпертензії.