

ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЯГНЕННЯ КОНТРОЛЮ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПІЗНІМ ДЕБЮТОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Сажин С.І., Безрукова І.У., Друмова Н.С., Питлик-Ященко М.О., Ремовська Н.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Бронхіальна астма (БА) розглядається як хронічне запальне захворювання дихальних шляхів. Патогенетична терапія її спрямована на пригнічення локального запалення бронхів. Обсяг базисного лікування залежить від тяжкості (при ініціальному призначенні) або рівня контролю (при вирішенні подальшої тактики). Проте наразі на обсяг профілактичної терапії, згідно регламентуючих документів, не впливає активність місцевих запальних змін. Також нез'ясованим залишається питання обсягу базисного лікування залежно від фенотипу захворювання.

Мета роботи – вивчити активність місцевого запалення дихальних шляхів у дітей шкільного віку, хворих на персистувальну БА пізнього початку шляхом визначення концентрації монооксиду нітрогену (NO) в конденсаті повітря, що видихається (КПВ), для покращання індивідуалізованого підходу до контролювальної терапії.

Матеріал і методи дослідження. На базі пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) з дотриманням принципів біоетики обстежено 65 пацієнтів шкільного віку, хворих на персистувальну БА. Усі пацієнти впродовж останніх трьох місяців отримували базисну терапію у формі інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС). За віком початку проявів симптомів БА сформовано дві клінічні групи спостереження. До першої (I) групи увійшли 32 пацієнти, яким діагноз БА виставлено до 6-річного віку, другу (II) склали 33 школярі, в яких хвороба проявилася після шести років. За основними клінічними показниками (стать, вік, місце проживання) групи спостереження були зіставлювані. Рівень метаболітів монооксиду нітрогену в КПВ визначали за Н.Л. Ємченком та співавт. (1994) у модифікації А.І. Гоженка (2002). Результати аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати та їх обговорення. Установлено, що середній рівень метаболітів NO в КПВ пацієнтів I клінічної групи достовірно нижче (38,16 мкмоль/л при 95% ДІ в межах 33,38-42,95 мкмоль/л) порівняно зі школярами II групи (46,10 мкмоль/л при 95% ДІ в межах 40,62-51,57 мкмоль/л), $P < 0,05$, що свідчило про більш активне локальне запалення дихальних шляхів у пацієнтів з фенотипом БА пізнього початку. Відносний ризик більш високої концентрації метаболітів NO в КПВ (вище 35,00 мкмоль/л) при БА пізнього початку становив 1,46 (95% ДІ 1,01-2,11), атрибутивний ризик – 18,01% при співвідношенні шансів – 2,07 (95% ДІ 0,73-5,85).

Висновки. У пацієнтів з фенотипом БА пізнього початку, на відміну від школярів з маніфестацією симптомів до 6-річного віку, спостерігається більш виразне запалення дихальних шляхів, яке визначається вищою концентрацією метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті повітря, що видихається. Дітям, хворим на персистувальну БА пізнього початку для досягнення контролю над захворюванням, необхідно проводити базисну терапію за принципом «сходінка вгору».

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН М'ЯЗОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Сарчук О.В., Каладзе М.М.

ДУ "Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського", м. Сімферополь

Метою дослідження стало вивчення функціонального стану нервово-м'язового апарату у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА). Рівень функціональних можливостей нейромоторного апарату оцінювали методом електроміографії при тонічних навантаженнях і максимальному довільному скороченні. Реєстрація сумарної ЕМГ проводилася на нейроміоаналізаторі НМА-4-01 "Нейромиан" фірми "Медиком ЛТД" (Росія).

Аналіз амплітудно-частотних характеристик передніх великогомілкових (ПБМ) і литкових м'язів (ЛМ) проводили відносно показників норми при максимальних довільних скороченнях і при тонічних навантаженнях (визначали середні амплітуди коливань біопотенціалів м'язів в мкВ).

У ході вивчення показників електрогенезу ПБМ і ЛМ у здорових дітей встановлено: показник електрогенезу ПБМ склав: справа – 812,6±27,1 мкВ, зліва – 806,5±16,5 мкВ; ЛМ – справа – 755,5±21,9 мкВ, зліва – 760,7±20,8 мкВ.

Порівняльний аналіз показників електрогенезу ПБМ виявив зниження БА відносно групи здорових дітей у 114 (81,4 %) хворих; БА ЛМ – у 126 (90,0 %) досліджених дітей з ЮРА.

Так, показники електрогенезу ПБМ у хворих на ЮРА склали: справа – 442,8±20,63 мкВ ($p < 0,001$), зліва – 455±22,17 мкВ ($p < 0,001$); БА ЛМ – справа – 348,6±48,23 мкВ ($p < 0,001$), зліва – 420,9±62,51 мкВ ($p < 0,001$).

Розподіл хворих дітей залежно від міри зниження електрогенезу ПБМ(мкВ) наступний: в межах значень норми відносно здорових дітей справа – у 26 (18,7 %), зліва – у 33 (23,6 %) досліджених; помірне зниження відзначалося – справа – у 68(48,6 %), зліва – у 54 (38,6 %) хворих; значне зниження показників виявлене справа – у 46 (32,7 %), зліва – у 53 (37,8 %) дітей з ЮРА.

Розподіл дітей з ЮРА залежно від міри зниження електрогенезу ЛМ (мкВ) наступний: значення в межах діапазону норми виявлені справа – у 14 (10,0 %), зліва – у 20 (14,3 %) досліджених; помірне зниження відзначається – справа – у 48 (34,3 %), зліва – у 66 (47,1 %) дітей з ЮРА; значне зниження показників виявлене справа – у 78 (55,7 %), зліва – у 54 (38,6 %) хворих.

Таким чином, при вивченні біоелектричної активності ПБМ і ЛМ у дітей з ЮРА виявлено достовірне ($p < 0,001$) зниження функціональних можливостей м'язів гомілки, що свідчило про розвиток дисфункції м'язової тканини (ДМТ). Отримані дані обґрунтовують доцільність розробки методів корекції ДМТ у хворих ЮРА на різних етапах реабілітації.