

3. Рекомендується призначати комплекс терапії з АЛК двічі на рік.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні впливу АЛК на якість і тривалість життя хворих на цирроз печінки.

Література

1. Алкогольная болезнь органов пищеварения: клинические очерки / Под ред. Н. В. Харченко, Н. Б. Губергриц. - Киев: Новый друк, 2009. - 180 с.
2. Бабак О.Я. От механизмов повреждения – к фармакологической коррекции стеатоза и стеатогепатита / О.Я. Бабак, Е.В. Колесникова / Здоров'я України. - 2010. - № 9 (238). - С. 60-61.
3. Радченко В.Г. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы / В.Г. Радченко, А.В. Шабров, Е.Н. Зиновьева. — СПб.: Издательство „Диалект“; М.: Издательство БИНОМ, 2005. — 864 с.
4. Степанов Ю. Алкогольна хвороба печінки: клініка, діагностика, лікування / Ю. Степанов, І. Кононов // Ліки України. - 2004. - № 9 (86). - С. 52-56.
5. Філіппов Ю.О. Динаміка поширеності і захворюваності основними хворобами органів травлення в Україні за 10 останніх років (1997-2006 рр.) / Ю.О. Філіппов, Л.Ю. Скирда // Гастроентерологія : міжвідомчий збірник. - Дніпропетровськ: Журфонд, 2008. - Вип. 40. - С. 3-10.
6. α -Липоевая кислота в гастроэнтерологии: опыт применения при алкогольных и неалкогольных заболеваниях печени // Здоров'я України. - 2008. - № 6/1. - С. 26-27.

Самогальська Е.Е., Лазарчук Т.Б., Олійник Н.Н., Мерецька І.В.
Эффективность комплексной терапии цирроза печени с использованием α -липоевой кислоты

Резюме. В результате анализа эффективности комплексной терапии больных алкогольным циррозом печени (ЦП) с использованием α -липоевой кислоты установлено, что предложенный комплекс вызывает у больных ЦП достоверно лучшую динамику всех основных клинических синдромов, проявлений цитолитического, холестагического, мезенхимально-воспалительного синдромов, нормализацию липидограммы, снижает дисбаланс в системе перекисное окисление липидов - антиоксидантная защита, глубину эндотоксикоза, способствует снижению уровня провоспалительного цитокина ФНП- α . Рекомендуется назначать комплекс терапии с α -липоевой кислотой два раза в год.

Ключевые слова: цирроз печени, комплексная терапия, α -липоевая кислота.

Samohalska O.Ye., Lazarchuk T.B., Oliyuk N.M., Meretska I.V.
Efficiency of Liver Cirrhosis Complex Therapy with the Use of α -Lipoic Acid

Summary. The analysis of the efficiency of complex therapy in patients with alcoholic cirrhosis using α -lipoic acid revealed that offered complex leads in patients with alcoholic cirrhosis significantly better the dynamics of all major clinical syndromes, manifestations of cytolytic, cholestatic, mesenchymal-inflammatory syndromes, lipid levels normalization, reduces the imbalance of lipid peroxidation-antioxidant protection indices, depth endotoxycosis, reduces levels of proinflammatory cytokines TNF- α . Recommended to appoint complex therapy with α -lipoic acid twice a year.

Key words: liver cirrhosis, complex therapy, α -lipoic acid

Надійшла 02.04.2012 року.

УДК 616.248+613.95+612.75+616-098

Сем'янчук В.Б., Цимбаліста О.Л., Матвіїв Л.Є., Пастух О.В.*, Парандій І.Б.**

Особенности аллергологического анамнезу у детей Прикарпаття, хворих на бронхіальну астму на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини

Кафедра дитячих хвороб факультету післядипломної освіти (зав. каф. – проф. О.Л. Цимбаліста)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Резюме. Проведено обстеження 158 дітей віком від 6 до 14 років, хворих на бронхіальну астму середнього і важкого ступеня в періоді загострення. Серед обстежених виявлено 93 дітей з проявами синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Рівень загального імуноглобуліну Е частіше був підвищений у пацієнтів без проявів НДСТ (92,3% проти 80,6%, $p < 0,05$). Серед найбільш вагомих провокуючих чинників у дітей з проявами сполучнотканинної дисплазії діагностували чутливість до побутових алергенів (79,4%). Значну частку серед обстежених становила полівалентна сенсебілізація до пилку рослин, без істотної різниці між групами (26,5% і 25,0 %, $p > 0,05$).

Ключові слова: діти, бронхіальна астма, дисплазія сполучної тканини, алергодіагностика.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. За останні роки в світовій лікарській практиці відзначається тенденція до помітного зростання ролі алергічних захворювань, зокрема бронхіальної астми (БА) в дитячому віці [1, 3, 7, 8, 9]. У більшості випадків основою БА є гіперактивність бронхів та атопія з розвитком імунологічної сенсебілізації до причинних алергенів. Вагому роль в патогенезі відіграють IgE-опосередковані алергічні реакції внаслідок перебудови імунної відповіді в результаті сенсебілізації організму під впливом алергенів [3, 7, 8, 10].

В останні роки у дітей з хронічною соматичною патологією все частіше діагностують прояви недиференційованої

дисплазії сполучної тканини (НДСТ). Зміни бронхолегеневої системи займають значне місце серед пацієнтів з НДСТ, ускладнюючи перебіг основного захворювання. Також в окремих публікаціях висвітлюється зв'язок бронхіальної астми і НДСТ [1, 2, 5, 7, 8].

Більшістю пацієнтів діагноз БА сприймається як вирок, що призводить не тільки до фізичної неповноцінності, а й завдає значних психо-емоційних переживань. В Україні серед дітей, хворих на БА, з кожним роком зростає відсоток інвалідів дитинства і становить від 8% до 12% [3]. Тому завданням науковців і лікарів є не тільки пошуки нових лікувальних засобів, а й створення методів для оптимізації ранньої діагностики та освітніх програм для покращення контролю над недугою.

Однак, в літературних джерелах недостатньо даних щодо специфічної алергодіагностики у дітей Прикарпаття, хворих на БА з ознаками НДСТ. Тому актуальним є вивчення останньої з метою впровадження в комплексі профілактичних заходів специфічної імунотерапії, яка сприятиме подовженню ремісії БА.

Мета. Проаналізувати особливості алергологічного анамнезу та специфічної алергодіагностики у дітей, хворих на БА на тлі НДСТ, що проживають на Прикарпатті.

Матеріал і методи дослідження

Згідно з поставленими завданнями проведено комплексне обстеження 158 дітей, хворих на бронхіальну астму середнього та важкого ступенів важкості в стадії загострення, віком від 6 до 14 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська. Контрольну групу склали 22 практично здорових дітей того ж віку. Серед дітей, хворих на БА, сполучнотканинну дисплазію діагностовано у 58,9% випадків (93 дитини), які склали основну, I групу пацієнтів. У 41,1 % випадків (65 дітей) виявлено поодинокі стигми дизембріогенезу, які були віднесені в II групу.

Діагноз БА, визначення ступеня її важкості та призначення відповідної базової терапії встановлювали згідно з критеріями, що затверджені наказом МОЗ України № 767 від 27.12.2005р. "Протокол діагностики та лікування бронхіальної астми у дітей" та положень GINA (перегляд 2009). Наявність у дітей проявів НДСТ верифікували за схемою скринінг-діагностики Т. Мілковської-Дмітрової і А. Каркашева [5, 7].

Визначення концентрації загального IgE та алерген-специфічних IgE проводилось із застосуванням хемілюмінесцентного аналізу «Hatchi Chemical Diagnostics». Також специфічну алергодіагностику проводили методом скарифікаційних проб з використанням алергенів фірми «Імунолог», м.Вінниця.

Математичне і статистичне опрацювання проведено на комп'ютері за допомогою Microsoft Excel 2003 та SPSS 12.0 для Windows.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз розподілу обстежених дітей, хворих на бронхіальну астму, виявив, що в обох групах переважали хлопчики, причому в 1,84 рази більше при наявності симптомів сполучнотканинної дисплазії (73,1%), ніж при її відсутності (56,9%, $p<0,05$), (рис. 1).

Порівнюючи розвиток захворювання, нами констатовано деякі характерні відмінності між пацієнтами двох груп (табл. 1). У дітей з проявами НДСТ маніфестація симптомів БА з високою достовірністю швидше дебютувала, порівняно з пацієнтами без НДСТ: у віці від одного до трьох років у 60,2% і у 12,3% випадків відповідно ($p<0,001$). У хворих II групи перші симптоми захворювання з'явилися у більшості випадків у віці від чотирьох до шести років (61,5%, $p<0,001$), а після семи років - у 26,2% ($p<0,05$), порівняно з дітьми I групи - у

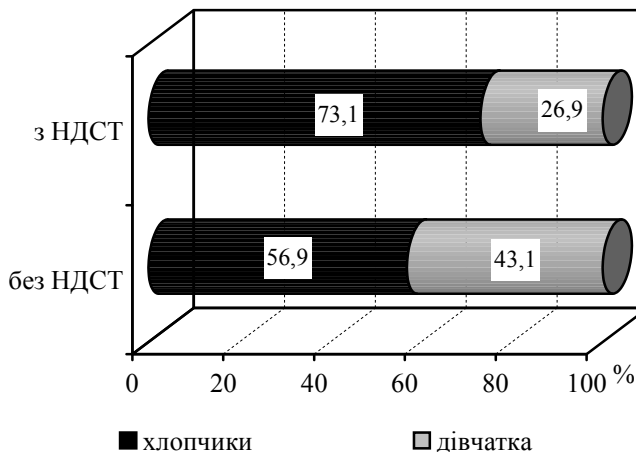


Рис. 1. Розподіл дітей, хворих на бронхіальну астму, за статтю

26,9% і 12,9% випадків відповідно.

Аналіз характеру вигодовування дітей на першому році життя не виявив достовірної різниці між досліджуваними групами ($p>0,05$). Грудне вигодовування у дітей обох груп спостерігалось доволі рідко і з наростанням тяжкості захворювання частка природного вигодовування знижується: при середній тяжкості БА - у 27,3% і 23,8%, при тяжкій - у 16,4% і 13,0% випадків у I та II групах відповідно. Отримані результати дають підставу припустити залежність розвитку БА від характеру вигодовування на першому році життя.

У постнатальному періоді інфекційна патологія бронхолегеневої системи на першому році життя частіше спостерігалась у дітей з проявами НДСТ (31,2%), на відміну від дітей при її відсутності (16,9%, $p<0,05$). Окрім того, у значній частині обстежених, без суттєвої різниці між групами, в ранньому віці відзначались перехідні бронхообструкції: під час фізичних навантажень (78,5% та 75,4%), при респіраторних інфекціях (90,3% і 89,2%) серед дітей I та II груп відповідно ($p>0,05$). Метеозалежність частіше спостерігалась серед дітей з проявами НДСТ (79,6%), ніж серед пацієнтів без НДСТ (47,7%, $p<0,001$).

Аналізуючи алергологічний анамнез обстежених, нами відзначено (табл. 2), що у дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини інші прояви атопії (атопічний дерматит, алергічний риніт, поліноз), а також харчова та медикаментозна гіперчутливість спостерігались рідше

Таблиця 1. Анамнез захворювання дітей, хворих на бронхіальну астму

Дані анамнезу	Обстежені діти, хворі на БА (n=158)		Діти, хворі на БА з проявами НДСТ (n=93) I група		Діти, хворі на БА без проявів НДСТ (n=65) II група		
	к-сть випадків	%	к-сть випадків	%	к-сть випадків	%	
	Маніфестація БА						
	1-3 роки	64	40,5	56	60,2	8	12,3**
	4-6 років	65	41,1	25	26,9	40	61,5**
	≥7 років	29	18,4	12	12,9	17	26,2*
Тривалість БА							
	≤3 років	58	36,7	27	29,0	31	47,7*
	>3 років	100	63,3	66	71,0	34	52,3*
Перебіг БА							
	середньої тяжкості	86	54,4	44	47,3	42	64,6*
	тяжкий	72	45,6	49	52,7	23	35,4*

Примітки: 1. * - вірогідність розбіжностей між показниками I і II груп $p<0,05$; 2. ** - вірогідність розбіжностей між показниками I і II груп $p<0,001$

Таблиця 2. Алергологічний та генеалогічний анамнез дітей, хворих на бронхіальну астму

Прояви atopії	Діти, хворі на БА з проявами НДСТ (n=93) I група				Діти, хворі на БА без проявів НДСТ (n=65) II група			
	середньої тяжкості перебіг (n=44)		тяжкий перебіг (n=49)		середньої тяжкості перебіг (n=42)		тяжкий перебіг (n=23)	
	к-сть випадків	%	к-сть випадків	%	к-сть випадків	%	к-сть випадків	%
Інші прояви atopії у дитини	18	40,9	26	53,1	22	52,4	20	86,9**°
Алергія у родині, крім БА	9	20,5	12	27,3	8	19,1	10	43,5*
БА у родині	11	25,0	14	28,6	16	38,1	12	52,2
ХОЗЛ у родині	12	27,3	18	36,7	3	7,1°	4	17,4

Примітки: 1. * - вірогідність розбіжностей між показниками при середньому та важкому перебігу БА у групі $p < 0,05$; 2. ** - вірогідність розбіжностей між показниками при середньому та важкому перебігу БА у групі $p < 0,001$; 3. ° - вірогідність розбіжностей між показниками I та II груп $p < 0,001$

(47,3%), порівняно з дітьми з відсутністю ознак сполучнотканинної дисплазії (67,7%), однак з важчим та тривалішим перебігом загострень і нерідко ускладнювалися ($p < 0,05$). Необхідно зазначити, що частота клінічних проявів atopії зростає з наростанням тяжкості БА, незалежно від наявності проявів дисплазії сполучної тканини: при середньоважкому - у 40,9% і у 53,1%, при важкому перебігу - у 52,4% і 86,9% випадків серед дітей I і II груп відповідно. Окрім того, при важкому перебігу БА, як з проявами НДСТ, так і без них, часто відзначалась поєднана алергічна патологія у однієї дитини - у 23,7% та 27,7% випадків відповідно ($p > 0,05$).

Аналогічні результати отримано при аналізі генеалогічного анамнезу. Бронхіальна астма, як і інші алергічні захворювання, частіше спостерігались у родичів I, II покоління дітей без проявів сполучнотканинної дисплазії і частка їх зростала при важкому перебігу захворювання. Відповідно спадкова схильність до БА в 1,5 рази частіше спостерігалась у дітей без НДСТ (43,1% та 26,9%, $p < 0,05$).

Отже, враховуючи проаналізовані дані, важкий перебіг

БА у дітей без НДСТ частіше зумовлений обтяженим алергологічним анамнезом у дитини та родичів, порівняно з дітьми з НДСТ, де основним фактором ризику виступає дисплазія сполучної тканини. В той же час, хронічні захворювання бронхолегеневої системи частіше спостерігались в родинному анамнезі у дітей з проявами НДСТ в порівнянні з родиною пацієнтів без НДСТ, як при середньому ($p < 0,001$), так і при важкому перебігу БА ($p > 0,05$).

У зв'язку з відсутністю повної ремісії, шкірне алерготестування (ША) в анамнезі було проведене тільки у 68 дітей (43,0%) з НДСТ та у 32 дітей (49,2%) без НДСТ. У більшості пацієнтів, особливо з тривалістю захворювання більше трьох років, відзначено полівалентну сенсibilізацію до причинно-значимих алергенів: у I групі - 72,0% і у II групі - у 56,3% випадків без різниці між обстеженими ($p > 0,05$), (рис. 2).

Серед найбільш вагомих алергенів у дітей з наявністю дисплазії сполучної тканини у 79,4% випадків діагностували чутливість до побутових алергенів: до *Dermatophagoides pteronyssinus* і *farinae* - у 50,0%, домашнього пилу - у 42,6%. Також значну частку становили епідермальні алергени: до епідермісу домашніх тварин у 41,2%, до пір'я птахів - у 29,4% випадків. У групі дітей без НДСТ частка вище перелічених алергенів суттєво не відрізнялась і становила: 75,0%, 43,8%, 40,6%, 34,4%, 28,1% випадків відповідно ($p > 0,05$).

Значну частку серед обстежених становила полівалентна сенсibilізація до пилку рослин, без істотної різниці між групами (26,5% і 25,0%, $p > 0,05$) у I та II груп відповідно (рис. 3).

Рівень загального імуноглобуліну E (IgE) частіше був підвищений у пацієнтів без проявів НДСТ (92,3%), ніж при її наявності (80,6%, $p < 0,05$). Специфічні IgE визначали у 52,7% та у 56,9% випадків серед обстежених I та II груп відповідно. Найчастіше обстеження проводили на побутові та грибові алергени. Частка побутових тригерів співставлювалась з часткою, визначеною при шкірному алерготестуванні. Серед грибкових - найчастіше виявляли поєднану сенсibilізацію, без достовірної різниці між групами, до

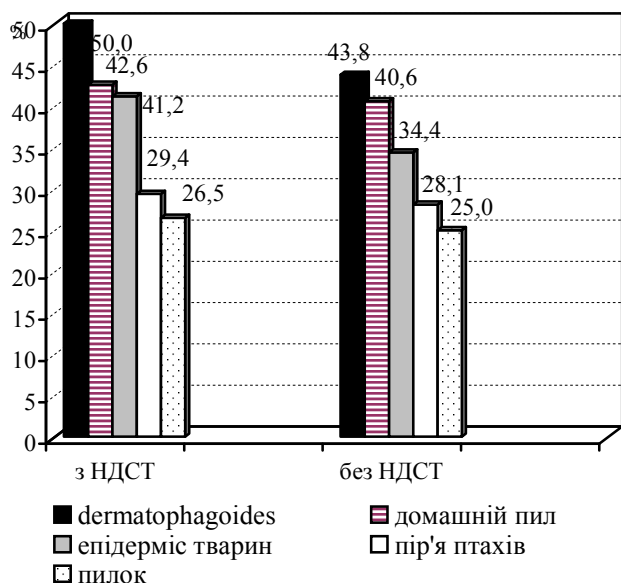


Рис. 2. Розподіл сенсibilізації до алергенів у дітей, хворих на бронхіальну астму

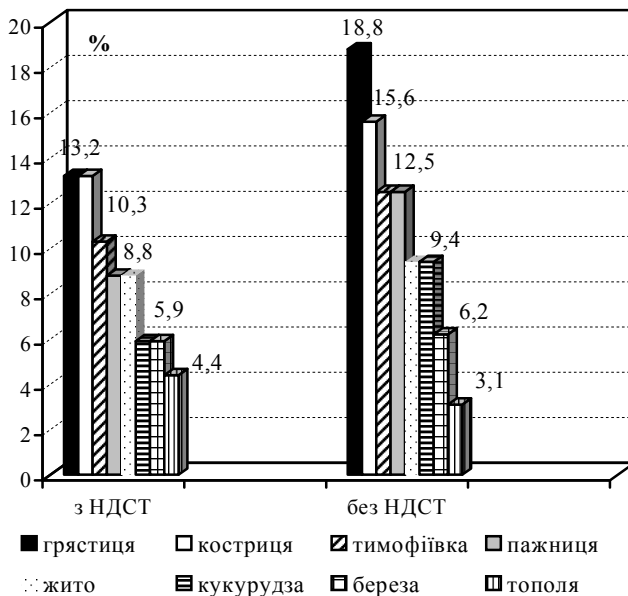


Рис. 3. Розподіл сенсibilізації до пилових алергенів у дітей, хворих на бронхіальну астму

Penicillium notatum у 61,2 і 67,6%, *Candida albicans* у 40,8 і 40,5%, *Cladosporium herbarum* у 30,6 і 27,0%, *Aspergillus fumigatus* у 24,5 і 21,6% та *Alternaria alternata* у 20,4 і 18,9% випадків серед обстежених дітей на специфічний IgE ($p > 0,05$).

Висновки

1. У дітей з проявами НДСТ маніфестація симптомів БА з високою достовірністю швидше дебютувала, порівняно з пацієнтами без її ознак: у віці від одного до трьох років у 60,2% і у 12,3% випадків відповідно ($p < 0,001$).

2. В постнатальному періоді інфекційна патологія бронхолегеневої системи на першому році життя частіше спостерігалась у дітей з проявами сполучнотканинної дисплазії (31,2%), ніж при її відсутності (16,9%, $p < 0,05$).

3. У більшості пацієнтів, особливо з тривалістю захворювання більше трьох років, відзначено полівалентну сенсibilізацію до причинно-значимих алергенів.

4. Серед найбільш вагомих алергенів у дітей з НДСТ - у 79,4% випадків діагностували чутливість до побутових алергенів: до *Dermatophagoides pteronyssinus* і *farinae* у 50,0%, домашнього пилу - у 42,6%. Значну частку серед обстежених становила полівалентна сенсibilізація до пилку рослин, без істотної різниці між групами (26,5% і 25,0%, $p > 0,05$) у I та II груп відповідно.

Перспективи подальших досліджень на основі отриманих даних специфічної алергодіагностики у дітей Прикарпаття, хворих на БА з ознаками НДСТ, вивчити вплив специфічної імунотерапії, яка сприятиме подовженню ремісії БА.

Література

1. Бронхиальная астма, ассоциированная с наследственной дисплазией соединительной ткани: особенности клинических проявлений и течения / Г.И. Нечаева, И.А. Викторова, И.В. Друк [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2003. - №6. - С.26-30.
2. Дисплазия соединительной ткани: пульмонологические аспекты / Г. И. Нечаева, И. А. Викторова, И. В. Друк [и др.] // Пульмонология. - 2004. - № 2. - С. 116-120.
3. Ласица О. Л. Діагностика, лікування і профілактика бронхіальної астми у дітей / О. Л. Ласица, О. М. Охотнікова. - К., 2006. - 112 с. 48.
4. Милковська-Дмитрова Т. Врожденная соединительнотканная малостойкость у децата / Т. Милковська-Дмитрова. - София.: Медицина и физкультура, 1987. - 189с
5. Омельченко Л. И. Дисплазии соединительной ткани у детей / Л. И. Омельченко, В. Б. Николаенко // Доктор. - 2004. - № 1. - С. 44-47.
6. Ткаченко Ю. П. Стан кортизолсинтезуючої функції у дітей із сполучнотканинною дисплазією, хворих на бронхіальну астму / Ю.П. Ткаченко, О. Є. Пашкова // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 2003. - № 1. - С. 30-32.
7. Цимбаліста О. Л. Особливості патогенетичних механізмів

прогресування бронхіальної астми на фоні недиференційованої дисплазії сполучної тканини / О. Л. Цимбаліста, В. Б. Дехтяр, А. М. Ерстинок // Галицький лікарський вісник. - 2008. - №4. - С. 66-68.

8. Цимбаліста О. Л. Функція зовнішнього дихання у дітей, хворих на бронхіальну астму на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини / О.Л. Цимбаліста, В.Б. Дехтяр // Перинатологія і педіатрія.-№1(37).-2009, С.48-52.

9. A controlled trial of immunotherapy for asthma in allergic children / N. Adkinson, P. Eggleston, D. Eney [et al.] // New England Journal of Medicine. - 1997. - Vol. 336, Suppl. - P. 324-331.

10. Asthma and wheezing in the first six years of life / F. D. Martinez, A. L. Wright, L. M. Taussig [et al.] // N. Engl. J. Med. - 1999. - 332. - P. 133-138. 94.

11. Variations in pediatric asthma hospitalization rates and costs between and within Nordic countries / V. S. Kocevar, H. Bisgaard, L. Jonsson [et al.] // Chest. - 2004. - Vol. 125. - P. 1680-1684.

Семьянчук В.Б., Цимбаліста О.Л., Матвиив Л.Е., Пастух О.В., Парандій І.Б.

Особенности аллергологического анамнеза у детей Прикарпаття, больных на бронхиальную астму на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани

Резюме. Проведено обследование 158 детей в возрасте от 6 до 14 лет, больных на бронхиальную астму средней и тяжелой степени в период обострения. Среди обследованных обнаружено 93 детей с проявленными синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Уровень общего иммуноглобулина Е чаще был повышен у пациентов без проявлений НДСТ (92,3% против 80,6%, $p < 0,05$). Среди наиболее важных провоцирующих факторов у детей с проявлениями соединительнотканной дисплазии диагностировали чувствительность к бытовым аллергенам (79,4%). Важное место у обследованных занимала поливалентная сенсibilізація к пыльце растений, без существенной разницы между группами (26,5% і 25,0 %, $p > 0,05$).

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, дисплазия соединительной ткани, алергодіагностика.

Semyanchuk V.B., Tsymbalista O.L., Matviiv L.E., Pastuch O.V., Parandij I.B.

Peculiarities of Allergic Anamnesis in Precarpatian Children with Bronchial Asthma against the Background of Undifferentiated Dysplasia of the Connective Tissue

Summary. Examination of 158 children at the age from 6 to 14 years with bronchial asthma of moderate and grave degree in the period of exacerbation had been carried out. Among the examined children 93 patients were revealed with signs of undifferentiated dysplasia of connective tissue. The level of total immunoglobulin E was more frequently elevated in patients without manifestations of UDCT (92,3% проти 80,6%, $p < 0,05$). Among the most important provoking factors in children manifestations of connective tissue dysplasia diagnosed sensitivity to household allergens (79,4%). A significant proportion among surveyed was polyvalent sensibilіzation to pollen, no significant difference between groups (26,5% і 25,0 %, $p > 0,05$).

Key words: children, bronchial asthma, undifferentiated dysplasia of connective tissue, алергодіагностика.

Надійшла 19.03.2012 року.