

Антифосфоліпідний синдром (АФС) є основною причиною імунозалежного невиношування. АФС може бути безпосередньою причиною викидня, бо антифосфоліпідні антитіла впливають на адгезивні молекули, розташовані між клітинами синцитіотрофобласту, і пошкоджують їх; і опосередкованою — бо вони ініціюють тромбози, які, в свою чергу, можуть призвести до інфаркту плаценти. Лабораторні критерії АФС є такими: присутні вовчаковий антикоагулянт (LA), антикардіоліпінові антитіла (aCL), антитіла проти $\beta 2\text{GPI}$ (бета-2-глікопротеїну-1) ізотипів IgG та/або IgM. Присутність LA не є обов'язковою, для підтвердження діагнозу необхідна присутність підвищеного рівня aCL та антитіл проти $\beta 2\text{GPI}$. Є дані, що у пацієнток з виявленими протиінфекційними (зокрема, протитоксоплазмовими) IgM-антитілами спостерігалися хибно-позитивні результати щодо наявності АФС.

Існує ряд сучасних імунотерапевтичних препаратів, які застосовують при загрозі викидня у жінок із автоімунною патологією. Найвідомішими з них є препарати імуноглобулінів людини для внутрішньовенного введення. Потрібно знати як клінічні показання до застосування таких імуноглобулінів, так і лабораторні критерії, яким повинна відповідати жінка перед призначенням цих препаратів.

Висновок. Для грамотного ведення вагітної з автоімунною патологією та передбачення імунозалежних ускладнень необхідне її спільне консультування лікарем акушером-гінекологом та клінічним імунологом.

УДК 616.248-053.2-08:616.233

Шахова О.О., Тарнавська С.І.

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

ОЦІНКА РИЗИКУ ВТРИМАННЯ ТА ВТРАТИ КОНТРОЛЮ В ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ТЯЖКОСТІ АСТМИ

Сучасний рівень знань у галузі дитячої алергології дозволяє своєчасно та обґрунтовано виявляти бронхіальну астму (БА), верифікувати тяжкість та контрольованість її перебігу та, відповідно до цього, складати план базисної протизапальної терапії. Разом із тим досить складно оцінити вірогідність утримання та втрати контролю захворювання, особливо актуальним це завдання видається у хворих підліткового віку, оскільки на тлі гормональних перебудов БА перебігає приховано, з частими періодами ремісії.

Мета дослідження — оцінити вірогідність утримання контролю та ризик його втрати у підлітків із різним ступенем тяжкості БА до початку контролюючої терапії.

Матеріал і методи дослідження. Сформовані дві клінічні групи спостереження: першу (I) становили 22 хворих на середньотяжку БА, другу (II) — 21 пацієнт із тяжким захворюванням. Для оцінки контролю БА

використовували два опитувальники, що, в цілому, дозволяють оцінити ефективність менеджменту захворювання: це АСТ-тест (астма-контроль-тест) — дозволяв за наявності в дитини 25 балів верифікувати повний контроль БА, при сумі балів у межах 20–24 — частковий та у випадку наявності менше 20 балів — відсутність контролю над захворюванням; і GINA-тест, що відображав наведені рівні контролю за наявності в підлітків 6 балів, 7–9 та 10 балів і більше відповідно.

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінка середнього рівня контролю астми в підлітків із середньотяжкою БА за даними АСТ-тесту становила $21,86 \pm 0,51$ (95% ДІ 20,8–22,9) бала, а з урахуванням GINA-тесту — $7,68 \pm 0,32$ (95% ДІ 7,0–8,4) бала. У хворих, в яких до початку контролюючої терапії верифіковано тяжку БА, в стадії ремісії середній рівень контролю відповідно становив $21,00 \pm 0,46$ (95% ДІ 20,0–22,0) бала ($P > 0,05$) та $7,86 \pm 0,26$ (95% ДІ 7,3–8,4) бала ($P > 0,05$). За результатами якісного аналізу контролю в періоді ремісії в дітей груп порівняння відмічено, що в I групі за АСТ-тестом повний контроль відмічається у 40,9 %, а в II групі — у 19,0 % підлітків, частковий контроль у I групі — у 45,5 %, а в II групі — 52,4 % однолітків, втрата контролю відмічена в I групі у 13,6 %, а в II групі — 28,6 % дітей. За результатами GINA-тесту відмічено, що у дітей I групи повний контроль захворювання спостерігався у 4,5 %, а у II групі — у 4,3 % дітей, частковий контроль в I групі — 52,4 %, а в II групі — у 47,6 % дітей, втрата контролю у I групі — 28,6 %, у II групі — 38,1 % підлітків.

Висновки. У підлітків із середньотяжким захворюванням частіше відмічається тенденція до повного контролю захворювання, та рідше — до його втрати при оцінці за АСТ-тестом. При цьому використання GINA-тесту для оцінки рівня контролю дає протилежні результати, що більшою мірою залежить від неврахованих чинників, ніж від тяжкості астми до початку контролюючої терапії.

УДК 616.248-053.2-085

Шевченко Н.О.

Чернівецький медичний коледж Буковинського
державного медичного університету, м. Чернівці

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Стрімке зростання поширеності бронхіальної астми (БА), як і решти алергічних захворювань у дитячій популяції, помолодшання даної патології з персистенцією у дорослий вік являють собою актуальну і злободенну проблему наукової педіатрії. БА характеризується гендерними відмінностями, що залежать від віку: до пубертатного віку в популяції хворих переважають хлопчики, а до досягнення 20 років і старше — дівчатка. Вважається, що жіноча стать, атопія та гіперсприйнятливості бронхів асоціюються з персистенцією БА з

дитячого у дорослий вік. Разом із тим при призначенні дітям стандартних регламентованих лікувально-профілактичних заходів не враховуються не тільки стать пацієнтів, але й гендерні відмінності перебігу БА, що наразі вивчені недостатньо.

Мета дослідження. Для підвищення ефективності контролюючої терапії бронхіальної астми у школярів дослідити гендерні особливості місцевого запального процесу в бронхах на підставі аналізу конденсату повітря, що видихується.

Матеріал і методи дослідження. Для досягнення мети роботи із дотриманням принципів біоетики методом простої випадкової вибірки сформовані дві клінічні групи порівняння. До I групи увійшли 80 хворих на БА хлопчиків, а до II — 33 дівчинки, які страждають від даного захворювання та мають порівнянний вік і тривалість недуги. Окрім того, за тяжкістю перебігу астми та іншими клінічними характеристиками групи були порівнянними. Особливості місцевого запального процесу дихальних шляхів вивчали за допомогою біохімічного дослідження конденсату видихуваного: визначення загального протеїну за методом Lowry O.H.; вмісту альдегідо- і кетопохідних 2,4-динітрофенілгідрозонів (АКДНФГ) основного і нейтрального характеру (за Дубініною Л.О.); вміст метаболітів оксиду азоту (за Ємченко Н.Л. та співавт., 1994, у модифікації Гоженка А.І., 2002).

Результати дослідження та їх обговорення. Незважаючи на відсутність вірогідних розбіжностей у показниках тяжкості перебігу БА у представників

обох клінічних груп, у дівчаток відмічено наявність ризику тяжкого персистування хвороби: відношення шансів (ВШ) даної події становило 2,4 (95% ДІ 1,3–4,3), відносний ризик — 1,7 (95% ДІ 1,2–2,2). Самооцінка симптомів захворювання за опитувальником GINA також свідчила на користь гіршого рівня контролю БА у представниць II клінічної групи порівняно з хлопчиками. Разом із тим при проведенні бронхопровокаційної проби з дозованим фізичним навантаженням індекс бронхоспазму у хлопчиків становив $(21,86 \pm 1,40) \%$, а у дівчаток — $(18,74 \pm 2,10) \%$ ($P > 0,05$), що свідчило про більш виражену лабільність дихальних шляхів у представників I групи, що співпало з результатами вивчення вмісту продуктів вільнорадикального окислення протеїнів у конденсаті видихуваного повітря за їх реакцією з 2,4-динітрофенілгідрозоном. Проте у дівчаток вірогідно вищим виявився вміст метаболітів монооксиду нітрогену ($(53,48 \pm 5,99)$ мкмоль/л проти $(38,32 \pm 2,13)$ мкмоль/л, $P < 0,05$), що, мабуть, зумовлювало більш тяжкий характер перебігу захворювання.

Висновки. У дівчаток шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, порівняно з хлопчиками-однолітками ризик більш тяжкого перебігу захворювання, мабуть, зумовлюється підвищенням вмістом метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря, що асоціюється з більш вираженим місцевим запаленням бронхів. Ці гендерні особливості слід враховувати при складанні індивідуального плану проти-запального контролюючого лікування. □