

Однак при вивченні показників діастолі на першу добу після резекції шлунка у хворих II групи (порівняно з хворими I групи) спостерігалися суттєві порушення. Зниження КДОпш і $dp/dtmin$ при одночасному збільшенні КДТпш свідчило про появу ригідності серцевого м'язу, що було наслідком післяопераційного стресу. Попри стійкий характер судинного тону-су в малому колі кровообігу у хворих II групи протягом 5 діб на фоні введення фіноптину спостерігалось вірогідне збільшення КДТпш. Це вказувало на перехід ізотонічної форми гіперфункції правого шлуночка в змішану форму — більш тяжку, потребує від міокарда додаткових енергетичних витрат, що підтверджувалося збільшенням показника роботи. Найбільш інформативними маркерами діастолічної дисфункції міокарда правого шлуночка протягом періоду досліджень були ЖМ і максимальна швидкість зниження внутрішньошлуночкового тиску, які підтверджували існуюче обмеження механізму Старлінга і допомагали контролювати проведення інфузійного наванта-

ження. При цьому використан-ня фіноптину цілковито не усувало ригідності міокарда, однак значно «пом'яксувало» вираженість гіперфункції серцевого м'язу і сприяло оптимізації кровотоку в легенях, тим самим підтримуючи внутрішньо-венне інфузійне навантаження.

Висновки

1. У післяопераційному періоді фіноптин не усуває повністю ригідності міокарда правого шлуночка. Однак, контролюючи постнавантаження, препарат ефективно обмежує ізотонічну форму гіперфункції серцевого м'язу, зберігаючи її енергоресурси.

2. Найбільш інформативними маркерами ригідності міокарда є показник жорсткості та $dp/dtmin$.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Формирование гиперфункции миокарда правого желудочка у хирургических больных с портальной гипертензией* / А. В. Беляков, В. Т. Селиваненко, Ю. В. Грубник, М. В. Руденко // Укр. журнал екстрем. медицины. — 2004. — № 4. — С. 68-72.

2. *Бунятян А. А., Выжигина М. А.* Оценка и контроль состояния гемодинамики на различных этапах об-

щей анестезии и операций с помощью аналого-цифрового вычислительного комплекса «Симфония-3мт» в торакальной хирургии // Анестезиология и реанимация. — 1983. — № 2. — С. 24-30.

3. *Бураковский В. И., Лишук В. А.* Клинико-математический подход к изучению острых нарушений кровообращения после операций на открытом сердце // 4-й Сов.-амер. симп. по врожденным порокам сердца: Тез. докл. — М., 1981. — С. 333-357.

4. *Диагностика дисфункции правого желудочка у больных с врожденными пороками сердца при развитии острой легочной гипертензии в послеоперационном периоде* / М. А. Мартаков, Е. М. Зайнетдинов, А. В. Беляков, В. Т. Селиваненко // Серд.-сосуд. хирургия. — 2005. — Т. 6, № 3. — С. 11.

5. *Меерсон Ф. З.* Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца. — М.: Медицина, 1984. — 316 с.

6. *Селиваненко В. Т., Беляков А. В., Дюжиков А. А.* Гемодинамика и регионарный кровоток после корригирующих операций. — Ростиздат, 2000. — 422 с.

7. *Комплексное измерение гемодинамики с помощью компьютерно-автоматизированной системы "Open-Heart"* / В. Т. Селиваненко, М. А. Мартаков, А. В. Беляков, Е. М. Зайнетдинов // Серд.-сосуд. хирургия. — 2005. — Т. 6, № 3. — С. 11.

УДК 616.248-053.2/5-06

С. Ф. Гончарук, Г. В. Касьяненко

НАЯВНІСТЬ СУПРОВІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ І СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Одеський державний медичний університет

В останні роки багато уваги приділяють дослідженню впливу на перебіг бронхіальної астми (БА) супровідних захворювань. Доведена важлива роль вегетативних дисфункцій у патогенезі БА у дітей [1–4]. Встановлено, що на перебіг БА у дітей істотний вплив справляють захворювання

верхніх дихальних шляхів, особливо алергійний риніт [5; 6], а також порушення з боку шлунково-кишкового тракту, зокрема зміни в підшлунковій залозі, а також жовчного міхура (дискінезія та деформація) [7]. Хоча дані порушення посідають суттєве місце в етіології загострень БА [8; 9], при

проведенні аналізу літературних публікацій з цього питання нами не знайдено даних про кореляцію наявності супровідної патології з віком пацієнтів і ступенем тяжкості БА.

Мета роботи — вивчити взаємозв'язок між наявністю супровідної патології у дітей, які страждають на БА, з віком



пацієнтів і ступенем тяжкості основного захворювання.

У 427 дітей, хворих на БА, проведені дослідження, мета яких полягала у виявленні супровідної патології: алергічного генезу — атопічний дерматит й алергійний риніт; хронічні запальні захворювання носоглотки — хронічний аденоїдит і тонзиліт, фарингіт; захворювань органів травлення — дискінезія жовчовивідних шляхів і хронічний гастрит; клінічні прояви порушень вегетативної регуляції — вазомоторний риніт й астеновегетативний синдром. Діагноз визначали після відповідного обстеження (УЗД органів травлення, електроенцефалографія, алерготестування тощо) й уточнювали після консультації профільних фахівців — оториноларинголога, гастроентеролога й невролога.

Найчастіше у пацієнтів реєструвалися: дискінезія жовчовивідних шляхів (у 34,6 %), алергічна патологія — атопічний дерматит (у 17,3 %), алергічний риніт (у 15,5 %) та порушення вегетативної регуляції — астеновегетативний синдром (у 20,8 %) і вазомоторний риніт (у 12,6 %). Рідше відмічалася запальні захворювання органів носоглотки — аденотонзиліт (у 11,2 %) і хронічний фарингіт (у 11,0 %), тимчасом як хронічний гастрит виявлено тільки у 5,8 % дітей.

Залежно від ступеня тяжкості БА в обстежених хворих

відмічалася різниця між частотою виявлення супровідної патології (табл. 1).

Простежується динаміка збільшення кількості супровідних захворювань зі збільшенням ступеня тяжкості БА. Якщо в групі дітей з інтермітуючою БА (ІБА) їх кількість у середньому на одного хворого становила 1,11, то при легкій персистуючій БА (ЛПБА) — 1,26; середньотяжкій персистуючій БА (СПБА) — 1,62, а у тих, хто страждає на тяжку персистуючу БА (ТПБА), — вже 2,13.

Зі зростанням ступеня тяжкості захворювання відмічається істотне збільшення кількості дітей, у яких виявляються вегетативні дисфункції. Пацієнтів із клінічними проявами астеновегетативного синдрому в групі тих, хто страждає на ТПБА, було в 2,9 рази більше, ніж серед хворих на ІБА, і в 2,1 рази більше, ніж за наявності астеновегетативного синдрому в середньому в усіх обстежених. Кількість дітей, хворих на ТПБА, з наявністю вазомоторного риніту (ВР) більша удвічі, ніж у групі дітей з ІБА, і в 1,7 рази більша, ніж серед усіх обстежених пацієнтів. При цьому, як видно з наведених даних, збільшення кількості дітей з даною патологією неухильно зростає зі збільшенням тяжкості перебігу БА.

Аналогічна динаміка спостерігається і відносно супровідного алергічного риніту. Кіль-

кість дітей із ТПБА з наявністю супровідного алергічного риніту була більшою, ніж серед тих, хто страждає на ІБА, у 4,5 рази, ніж із ЛПБА — в 3,5 рази і в 2,5 рази вище середнього показника в усіх хворих.

Наявність аденотонзиліту і хронічного фарингіту також істотно вища в групі пацієнтів із ТПБА, ніж з легшими формами захворювання. Аденотонзиліт виявляється у цих хворих у 3,2 рази частіше, ніж у групі дітей з ІБА, і в 2,3 рази частіше, ніж у всіх дітей, а хронічний тонзиліт відповідно частіше в 1,8 і 2 рази.

Кількість хворих із наявністю супровідних атопічного дерматиту і хронічного гастриту також зростає зі збільшенням тяжкості БА, проте менш виражено.

Тільки частота виявлення дискінезії жовчовивідних шляхів була практично однаковою в усіх групах — коливалася від 30,4 до 36,4 %.

Дані про структуру супровідної патології у дітей з БА залежно від віку подаються в табл. 2.

У дітей віком 3–6 років відмічалася наявність супровідної патології — у середньому 0,9 на одного хворого, а в середній і старшій вікових групах вона виявлялася практично з однаковою частотою — відповідно 1,35 і 1,39 на одного пацієнта.

У різних вікових групах спостерігається різна частота виявлення супровідної патології. У молодшій віковій групі відмічається порівняно висока частота виявлення атопічного дерматиту — у 2,1 рази вища, ніж у віці 12–14 років, й аденотонзиліт — вище в 1,4 рази, причому дані захворювання виявляються у цих дітей частіше, ніж у середньому в усіх обстежених — відповідно в 1,6 і 1,3 рази.

У старшій віковій групі найчастіше спостерігається наявність вегетативних дисфункцій, хронічних фарингіту та гастрити-

Таблиця 1

Супровідна патологія у дітей з бронхіальною астмою залежно від ступеня тяжкості захворювання, %

Фактори	ІБА, n=162	ЛПБА, n=195	СПБА, n=47	ТПБА, n=23
Атопічний дерматит	16,6	17,4	17,0	21,7
Алергійний риніт	8,6	14,9	29,8	39,1
Аденотонзиліт	6,8	12,3	14,9	26,1
Хронічний фарингіт	11,7	8,7	12,8	21,7
ДЖВШ	36,4	34,4	34,0	30,7
Хронічний гастрит	4,9	6,2	6,4	8,7
Вазомоторний риніт	10,5	12,8	14,9	21,7
Астеновегетативний синдром	15,4	20,0	31,9	43,9



**Супровідна патологія у дітей з бронхіальною астмою
залежно від віку пацієнтів**

Фактори	Вікові групи					
	3–6 років, n=67		7–11 років, n=205		12–14 років, n=155	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Атопічний дерматит	19	28,4	34	16,6	21	13,3
Алергійний риніт	8	11,9	33	16,1	25	16,1
Аденотонзиліт	13	19,4	24	11,7	11	7,1
Хронічний фарингіт	3	4,4	19	9,3	25	16,7
Дискінезія жовчовивідних шляхів	10	14,9	87	42,4	52	33,5
Хронічний гастрит	—	—	11	5,3	14	9,0
Вазомоторний риніт	2	3,0	23	11,2	29	18,7
Астеновегетативний синдром	6	8,9	45	22,0	38	24,5

ту. Вазомоторний риніт у даній групі трапляється в 6,2 разу частіше, ніж у віці 3–6 років, у 1,7 разу частіше, ніж у середній віковій групі, і в 1,5 рази — ніж у всього контингенту обстежених хворих. Наявність астеновегетативного синдрому у них реєструвалася в 2,8 разу частіше, ніж у молодшій віковій групі, а хронічного фарингіту — в 3,7 разу. У 9,0 % пацієнтів у віці 12–14 років також відмічалася наявність хронічного гастриту, тимчасом як у віці 3–6 років дане захворювання взагалі не виявлялося.

А ось наявність дискінезії жовчовивідних шляхів більш характерна для дітей віком 7–11 років, у яких дана патологія трапляється в 2,8 разу частіше, ніж у молодшій віковій групі, в 1,3 разу, ніж у старшій, і в 1,2 разу — ніж у середньому в усіх хворих.

Висновки

1. У дітей із БА найчастіше як супровідна патологія відмічається наявність дискінезії жовчовивідних шляхів, децю рідше — алергійна патологія (атопічний дерматит й алергійний риніт), порушення вегета-

тивної регуляції та відносно рідше — запальні захворювання органів носоглотки і хронічний гастрит.

2. Виражене зростання кількості супровідних захворювань відмічається зі збільшенням ступеня тяжкості БА, тимчасом як від віку пацієнтів дана динаміка залежить мало — тільки в молодшій віковій групі кількість супровідних захворювань була істотно меншою, а в середній і старшій вона була практично однаковою.

3. Неухильно зростає зі збільшенням тяжкості перебігу БА кількість хворих із вегетативними дисфункціями та кількість дітей із супровідним алергійним ринітом.

4. У різних вікових групах спостерігається різна частота виявлення супровідної патології. В молодших групах відмічається порівняно висока частота виявлення атопічного дерматиту, а в старшій віковій групі найчастіше спостерігається наявність вегетативних дисфункцій, хронічні фарингіт і гастрит. Дискінезії жовчовивідних шляхів більш характерні для дітей у віці 7–11 років.

1. Ярош А. М., Гавенко Т. В. Влияние урбанизированной среды на функции центральной нервной системы детей, страдающих бронхиальной астмой // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2001. — № 4. — С. 71-73.

2. Barnes P. J. Neural mechanisms in asthma: New developments // *Pediatr. Pulmonol.* — 1997. — Vol. 16, suppl. — P. 82-83.

3. Бронхиальная астма и деятельность высших центров вегетативной нервной системы / О. И. Шатилло, Б. М. Ариэль, Л. Н. Карлова и др. // Астма. — 2003. — Т. 4, № 1. — Тезисы XVII Всемирного конгресса по астме (СПб., Россия). — С. 102.

4. Поддубная Е. П., Чебанов К. О. Электрическая активность головного мозга и адаптационные возможности организма детей с бронхиальной астмой // Там же. — С. 88.

5. Бронхиальная астма и аллергический ринит: эффективность сочетанной терапии / С. Н. Поливода, Т. З. Кудинцева, А. В. Кулинич, О. А. Першин // Там же. — С. 56.

6. Wahn U., von Mutius E. Childhood factors for atopy and the importance of early intervention // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2001. — Vol. 107, N 2. — P. 567-574.

7. Балаболкин И. И., Цой Е. А., Дворяковский Е. В. Состояние поджелудочной железы и жёлчного пузыря у детей с аллергическими заболеваниями // *International Journal on Immunorehabilitation.* — 2002. — Vol. 4, N 2. — P. 22.

8. Факторы риска развития астмы у детей / Н. Ковлашвили, Н. Адамия, Н. Сапанадзе и др. // Астма. — 2003. — Т. 4, № 1. — Тезисы XVII Всемирного конгресса по астме (СПб., Россия). — С. 79.

9. Prevalence and etiology of asthma / R. Beasley, J. Crane, C. K. W. Lai, N. Pearce // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2000. — Vol. 105. — S. 466-472.

