

ДИНАМІКА РІВНЯ ЛЕЙКОТРИЕНІВ КРОВІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ОБТЯЖЕНУ ВІСЦЕРАЛЬНИМ ОЖИРНІННЯМ

ФАДЕЄВА Г.А., ПРИСТУПА Л.Н., ГУЙВА Т.О., РАЙСЬКИЙ А.В., ГРИГОР'ЄВ Ю.В.

Медичний інститут Сумського державного університету, кафедра внутрішньої медицини
Обласна клінічна лікарня, пульмонологічне відділення, м. Суми
Центральна клінічна лікарня №1, пульмонологічне відділення, м. Суми

Протизапальне лікування інгаляційними глюкокортикоїдами (ІГК) хворих на бронхіальну астму (БА), обтяжену вісцеральним ожирінням (ВО), є менш ефективним, ніж хворих на БА з нормальною масою тіла (НМТ). Це пояснюється стимулюючим впливом підвищеної продукції лептину надмірно розвиненою жировою тканиною на синтез лейкотриєнів (ЛТ). Тому, досягнення адекватного контролю у хворих на БА з ВО потребує проведення терапії із залученням антилейкотриєнових препаратів.

Мета: вивчити зміни рівня ЛТ у крові хворих на БА, обтяжену ВО, на фоні загальноприйнятого лікування та з додаванням кверцетину.

Матеріал та методи дослідження: Обстежено 38 хворих на БА. I групи склали 14 пацієнтів з БА та нормальною масою тіла, II-а групи — 12 хворих на астму з ВО, які отримували загальноприйняте протизапальне лікування, II-б групи — 12 хворих на БА з ВО, які додатково отримували кверцетин водорозчинний внутрішньовенно та перорально протягом 3 місяців. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО).

Діагноз БА формулювали за матеріалами Наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007р. "Протокол надання медичної допомоги хворим на бронхіальну астму". Визначо-

ли індекс маси тіла (ІМТ), показники якого оцінювали згідно рекомендацій ВООЗ. За допомогою ІФА-набору досліджували рівні цистеїнілових ЛТ.

Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики. Достовірність різниці середніх величин оцінювали за допомогою критерію Стьюдента.

Результати досліджень. Середній показник ІМТ у пацієнтів I та II групи склав $(24,4 \pm 1,50)$ та $(32,8 \pm 1,41)$ кг/м², відповідно. Встановлено збільшення рівнів цистеїнілових ЛТ втрічі у хворих I групи та майже в чотири рази у хворих II групи у порівнянні з таким у ПЗО. При проведенні кореляційного аналізу за Спірменом виявлено позитивний кореляційний зв'язок рівнів ЛТ з ІМТ ($r = 0,4$; $p < 0,05$).

Після лікування ІГК вміст цистеїнілових ЛТ у крові хворих I та II-а груп знизився на 36 % та 21 %, відповідно. Додаткове призначення кверцетину сприяло зниженню ЛТ на 47 % у хворих II-б групи.

Отже, рівень цистеїнілових ЛТ у крові хворих на БА із ВО вірогідно вищий у порівнянні із таким у хворих на БА із НМТ. Залучення кверцетину до базисного лікування хворих на БА із ВО сприяло більш вагомому зниженню у крові вмісту ЛТ.

ОЦІНКА ФУНКЦІЇ ДИХАЛЬНОЇ МУСКУЛАТУРИ ТА НЕЙРОРЕСПІРАТОРНОГО ДРАЙВУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ

ФЕЩЕНКО Ю. І., ЯШИНА Л. О., ПОЛЯНСЬКА М. О., ІЩУК С. Г.

ДУ "Національний інститут фізіотрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України", м. Київ

Мета дослідження: вивчити функцію зовнішнього дихання та оцінити силу дихальної мускулатури та нейрореспіраторного драйву хворих з тяжким перебігом бронхіальної астми (БА).

Матеріал і методи: обстежено 28 пацієнтів віком 34-67 років (середній вік $(53,2 \pm 4,4)$ роки), серед них — 18 жінок та 10 чоловіків з діагнозом: бронхіальна астма, персистуюча, IV ступінь, неконтрольований перебіг. Проведено дослідження функції зовнішнього дихання за допомогою загальної бодіплетизмографії ("MasterLab Pro, Erich Jaeger") та стану дихальної мускулатури ("MasterScope, Erich Jaeger") шляхом оцінки максимального інспіраторного тиску — $P_{i,max}$ або максимального зусилля вдоху і максимального експіраторного тиску — $P_{e,max}$ або максимального зусилля видоху. Також досліджували центральну регуляцію дихання (нейрореспіраторний драйв) — $PO,1$.

Отримані результати: Показники FEV1 (об'єм форсованого видоху за першу секунду) склали $(53,8 \pm 2,4)$ %, PGV (внутрішньогрудний об'єм газу) — $(120,8 \pm 5,7)$ %, IC (ємкість вдоху) — $(89,7 \pm 5,6)$ %, Rtot (загальний опір) — $(274,8 \pm 28,6)$ %. Це типово для даної патології ризи, що свідчать про бронхооб-

струкцію з підвищенням опору дихальних шляхів, вздуття легень із зниженням ємкості вдоху. Результати дослідження функції дихальної мускулатури: $P_{i,max}$ — $(60,8 \pm 4,6)$ % — зниження сили м'язів вдоху, $P_{e,max}$ — $(107,9 \pm 5,9)$ % — підвищення сили м'язів видоху, $PO,1$ — $(135,2 \pm 18,7)$ % — підвищення нейрореспіраторного драйву. Проведено кореляційний аналіз отриманих даних. Встановлено кореляційні зв'язки середньої сили: між $P_{i,max}$ та IC — коефіцієнт кореляції Пірсона — 0,45, $p < 0,05$ (знижено ємкість вдоху супроводжується слабкістю м'язів вдоху), та між $PO,1$ та Rtot — коефіцієнт кореляції Пірсона — 0,37, $p < 0,05$ (при більшому опорі дихальних шляхів збільшується активність центральних механізмів стимуляції дихання).

Висновки: Хворі з тяжкою бронхіальною астмою демонструють зниження сили м'язів вдоху через їх нефізіологічне положення при експіраторному вздутті легень, а також через стомлення. В той же час виявляються високі показники сили м'язів видоху. Механізми центральної регуляції дихання перебувають у стані напруження. Загалом не виявлено достовірної залежності між легеневиими об'ємами та показниками функції дихальної мускулатури.