

Дмитренко С.В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ИХТИОЗА

Резюме. В статье представлены результаты иммунологического обследования больных ихтиозом. Выявлено, что на фоне обострения наблюдаются умеренные признаки T-клеточного иммунодефицита. Поражение иммунной системы более выражено при генерализованной форме болезни.

Ключевые слова: ихтиоз, иммунный статус, клинические проявления.

Dmitrenko S.V.

IMMUNOLOGICAL ASPECTS THERAPY ICHTHYOSIS

Summary. The paper presents the results of immunological examination of patients with ichthyosis. Found that due to sharpening observed moderate signs of T-cell immunodeficiency. The defeats of the immune system are more pronounced in generalized form of the disease.

Key words: ichthyosis, immune status, clinical manifestations.

Стаття надійшла до редакції 16.10.2012р.

© Мантак Г.І.

УДК: 616.12-073(477.44)

Мантак Г.І.

Кафедра педіатрії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ДІАГНОСТИКА ЕКГ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ ПРИ ВІДСУТНОСТІ У НИХ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В АНАМНЕЗІ

Резюме. В статті представлені основні випадково виявлені порушення на ЕКГ-спокою у дітей, у яких в анамнезі відсутні клінічні ознаки ураження серцево-судинної системи. Показана необхідність активного виявлення змін на ЕКГ-спокою у дітей з наступним їх детальним трактуванням з використанням сучасних методів обстеження, подальшим лікуванням та спостереженням для попередження негативних наслідків таких порушень.

Ключові слова: діти, серцево-судинна система, порушення ритму і провідності серця.

Вступ

Протягом тривалого часу захворювання серцево-судинної системи залишаються однією з найважливіших проблем медицини більшості країн світу. Актуальність цієї проблеми в Україні визначається високим рівнем захворюваності, інвалідності та тенденцією до збільшення смертності осіб молодого віку від хвороб системи кровообігу [Коваленко, 2007; Волосовець та ін., 2010]. Підвищена увага до серцево-судинної патології в дитячому і юнацькому віці буде слугувати одним із факторів загального зниження смертності від хвороб системи кровообігу. Не викликає сумнівів, що в деяких випадках наявність тяжкої серцевої патології у дорослого населення є наслідком порушень, які сформувались ще в дитячому віці. Не можна вирішити проблему захворюваності дорослих не вирішивши завдання по ранньому виявленні, лікуванні й профілактиці кардіальної патології в дитинстві. Оскільки, коріння захворювань серця та судин у дорослих знаходяться у дитячому віці, то рання діагностика, адекватне лікування та профілактика даних патологічних станів дозволить зменшити ризик подальшої прогресії захворюваності хворобами серця. Найбільш ефективним початком ранньої профілактики вважається той етап, коли фактори ризику мають нестійкий характер і у дитини ще не склався стереотип нездорового способу життя. Останні десятиліття ознаменувались суттєвою метаморфозою захворювань

у дітей та підлітків, не є винятком, також, патологія серцево-судинної системи. Серед проблем сучасної педіатричної кардіології важливе місце займають порушення серцевого ритму, які зустрічаються в усіх вікових періодах і причинами цих порушень є різноманітні захворювання серцево-судинної системи та позасерцеві зміни як органічного так і функціонального характеру [Коваленко, 2007; Нагорная, Мустафина, 2007; Богмат и др., 2009; Богмат и др., 2011]. Покращення діагностичних можливостей дозволило констатувати високу розповсюдженість порушень ритму серця у дітей, які можуть бути причиною розвитку синкопальних станів, раптових летальних випадків у них [Клюфінський, 2003; Бордий, Бондарева, 2012]. Особливу увагу привертають порушення провідності на ЕКГ, які можуть маскуватися під блокади ніжок пучка Гіса та певний час не супроводжуватися жодними клінічними проявами. Синдром Бругада, за статистичними даними англомовних дослідників, зустрічається досить часто і в дорослому віці є однією з причин раптових летальних випадків (серед дорослих людей без діагностованої кардіальної патології, які раптово померли, у 50% причиною був синдром Бругада; у пацієнтів з кардіальною патологією синдром Бругада є причиною смерті у 4-12% випадків) [Brugada, Brugada, 1991; Brugada, Brugada, 1992]. За літературними даними, частота синдрому укороченого інтер-

валу PR (у вигляді Вольфа-Паркінсона-Уайта і Клерка-Леві-Крітеско синдромів) коливається 0,15-0,5% в популяції, це пояснюється можливою транзиторністю цього синдрому у деяких пацієнтів; частіше зустрічається у дітей з вираженою ваготонією [Walsh, Saul, 1992]. Усе це покладає нові завдання по розробці заходів щодо підвищення діагностики, лікування та профілактики серцево-судинної патології, в першу чергу в дитячому віці.

Метадослідження: встановлення частоти змін на ЕКГ у дітей різного віку, при відсутності у них патології з боку серцево-судинної системи в анамнезі.

Матеріали та методи

Нами проведено клінічне дослідження з аналізом скарг, даних анамнезу захворювання і життя, об'єктивного обстеження та зроблений аналіз 300 ЕКГ-спокою дітей віком від 6 до 16 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні корекції вроджених вад Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні за період 2009-2013 рр.

Відмічалось вікове переважання осіб препубертатного віку. Обстежені навчались в загальноосвітніх школах, шкідливі звички відсутні. Співвідношення між хлопчиками і дівчатками в групі обстеження більше в сторону хлопчиків (69,71% хлопчиків та 30,29% дівчаток). В анамнезі ці пацієнти ніколи не відмічали суб'єктивних симптомів порушення в діяльності кардіоваскулярної системи і не звертались до лікаря з цього приводу. Необхідно відмітити, що у 21,01% обстежених нами пацієнтів, до поступлення в обласний стаціонар, ЕКГ жодного разу не проводилось. У решти 78,99% пацієнтів дане дослідження було повторним. При цьому батьки відмічають, що у 57,04% дітей на попередньо записаних ЕКГ були присутні різного роду зміни, які трактувались як функціональні зміни і в подальшому не потребували лікування та спостереження.

Усім пацієнтам були проведені загальноклінічні та біохімічні дослідження, показники яких у обстежених дітей відповідали віковим нормам. За потребою (при виявленні порушень на ЕКГ-спокою), пацієнтам оцінювали функціональний стан міокарду за результатами ультразвукового доплерівського дослідження серця (ЕхоКГ, доплер-ЕхоКГ) в М- і В-режимах сканування, а також в режимі постійно хвильового і кольорового сканування конвексним датчиком з частотою 5 МГц на апараті цифрової ультразвукової діагностики SA-8000 Live за стандартною методикою, рекомендованою Асоціацією ультразвукової діагностики (США). Структури серця реєстрували в п'яти стандартних відведеннях.

Для оцінки морфо-функціональних параметрів серця використовували наступні показники: кінцево-сistolічний (КСР) і кінцево-діастолічний (КДР) розміри шлуночків, кінцево-сistolічний (КСО) і кінцево-діастолічний (КДО) об'єми шлуночків; систолічна дисфункція оцінювалась за показниками фракції викиду (ФВ), ударного об'єму (УО), хвилинного об'єму крові (ХОК). З

метою нівелювання вікових коливань лінійних і об'ємних характеристик шлуночків розраховувались індексні показники по їх відношенню до поверхні тіла (M2).

Вивчення вегетативного гомеостазу проводилось за допомогою оцінювання показників кліно-ортостатичної проби та кардіоінтервалографії. При виявленні порушення ритму та провідності, порушення реполяризації міокарда дітям проводилось добове моніторування ЕКГ за Холтером.

Статистичну обробку отриманих результатів клінічного та інструментального дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики із використанням стандартного пакету прикладних програм багатомірною варіаційно-статистичного аналізу Statistica 5,0 for Windows.

Результати. Обговорення

При об'єктивному обстеженні пацієнтів змін з боку серцево-судинної системи не було виявлено. У 56,75% з них також відсутні зміни на ЕКГ. У решти 43,25% дітей мали місце різного роду порушення на ЕКГ. Серед них, 25,84% обстежених мали ознаки обмінних порушень на ЕКГ. Зафіксовані випадки порушення ритму серця у вигляді синусної брадиаритмії, поодинокі суправентрикулярної і правошлуночкової екстрасистолії (відповідно 6,36%, 4,21% та 3,69%).

Цікаво, що серед пацієнтів зі встановленими порушеннями на ЕКГ у 2,09% з них, які жодного разу не звертались до лікаря з приводу кардіоваскулярної патології, мали місце порушення у вигляді вкорочення інтервалу P-R (частіше синдром CLC). Цим дітям було проведено моніторування ЕКГ за Холтером для виявлення постійності його присутності у пацієнтів. У деяких дітей спостерігались нетривалі епізоди депресії та елевації ST переважно в нічний час до -0,25мм. При цьому, оцінивши функціональний стан вегетативної нервової системи згідно показників добового моніторування ЕКГ за Холтером та показники кліно-ортостатичної проби і кардіоінтервалографії у дітей із синдромом вкорочення інтервалу P-R, ми виявили зниження активності симпатичної вегетативної інервації у 42,37%, в порівнянні з пацієнтами з іншими порушеннями на ЕКГ.

Особливу увагу до себе привернули пацієнти з наявністю блокад правої ніжки пучка Гіса, яких нараховувалось 38,98%. Нами визначалась тривалість комплексу QRS у кожного з обстежених дітей. При цьому найбільш значні коливання цього показника відмічались у дітей старшої вікової групи. У невеликої кількості дітей мали місце зміни інтервалу S-T і зубця T у вигляді порушення реполяризації шлуночкового міокарду.

Необхідно відмітити, що у віковому аспекті частота виявлення порушень ритму і провідності підвищувалась з віком дітей. На наш погляд, це може пояснюватися наявністю вегетативних дисфункцій, які більш часто зустрічаються у дітей пре- і пубертатного віку.

Збираючи анамнез нами відмічено, що у 38,05%

батьків обстежених нами дітей в підлітковому віці відмічались функціональні зміни з боку серцево-судинної системи (вегетативні дисфункції) і у 3% родичів різного ступеня спорідненості в дорослому віці діагностували захворювання кардіоваскулярної системи органічної природи, у 0,8% випадків з летальними наслідками.

При вивченні лінійних і об'ємних показників шлуночків встановлено, що у дітей з виявленими порушеннями на ЕКГ, в цілому в групі, не відмічено порушень індексних показників об'ємів (ІҚДОПШ $7,43 \pm 0,42$ мл/м², ІҚДОЛШ $56,02 \pm 3,01$ мл/м² та ІКСОПШ $2,75 \pm 0,32$ мл/м², ІКСОЛШ $18,01 \pm 3,21$ мл/м²) і розмірів (ІКСРПШ $0,85 \pm 0,03$ см/м², ІКСРЛШ $1,67 \pm 0,03$ см/м²) порожнин шлуночків. Також, у цих пацієнтів нами не виявлено зниження функціональної здатності шлуночків (згідно показників ФВпш % $61,52 \pm 2,12$, ФВЛШ % $70,0 \pm 0,94$; УОпш мл $7,48 \pm 0,51$, УОЛШ мл $63,5 \pm 3,22$; ХОКпш л/хв $0,48 \pm 0,03$, ХОКЛШ л/хв $4,08 \pm 0,27$). Таким чином, у дітей без патології серцево-судинної системи в анамнезі з виявленими випадково порушеннями на ЕКГ, ми не виявили змін міокарду обох шлуночків у вигляді ремоделювання, систолічна функція незмінена.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Знайдені нами порушення на ЕКГ у дітей, у яких в анамнезі відсутні жодні скарги, а при об'єктивному обстеженні клінічні зміни з боку серцево-судинної системи, вказують на високу поширеність ЕКГ-порушень різного ступеня важкості (не виключено спадкового характеру), які можуть бути причиною розвитку

раптових летальних випадків в старшому віці. У жодного пацієнта не зафіксований синдром Бругада, незважаючи на те, що оцінка електрокардіограм проводилась за досить тривалий час.

2. Нами виявлена невелика кількість пацієнтів з відсутністю кардіоваскулярної патології в анамнезі, у яких виявлено синдром укороченого інтервалу PR, але саме цей синдром може бути причиною раптових летальних випадків в різному віці і тому, ми рекомендуємо при виявленні цього синдрому вивчити його постійність чи транзиторність. Тому, так як недіагностовані порушення ритму та провідності, в зв'язку з відсутністю клінічних ознак, можуть призводити до синкопальних станів, раптових летальних випадків у дітей (не виключено на фоні фізичного навантаження), особливо це стосується шкільного віку, нами пропонується проведення ЕКГ обстеження усім дітям переддошкольного віку як скринінговий тест.

3. При виявленні порушень на ЕКГ-спкою рекомендується розширене обстеження дітей з проведенням моніторингу ЕКГ за Холтером та контрольним проведенням ЕКГ-спкою не рідше 2 разів на рік. Також, дітям з виявленими порушеннями на ЕКГ ми рекомендуємо обов'язкове вивчення стану вегетативної нервової системи (кліно-ортостатичної проби, а при можливості проведення кардіоінтервалографії).

При наявності в сім'ї раптових летальних випадків є необхідність обстеження також близьких родичів на предмет недіагностованих порушень ритму та провідності на ЕКГ, в першу чергу це допоможе сімейним лікарям вчасно діагностувати та проводити профілактичну роботу в даних сім'ях.

Список літератури

- Богмат Л.Ф. Вариабельность сердечного ритма у детей с различными уровнями функционирования правого желудочка сердца / Л.Ф. Богмат, Т.А. Головкин, Э.Л. Ахназарянц // Здоровье ребенка. - 2011. - № 6 (33). - С. 69-73.
- Богмат Л.Ф. Вариабельность сердечного ритма у подростков с различными вариантами нарушения ритма и проводимости / Л.Ф. Богмат, Э.Л. Ахназарянц, О.Я. Михальчук // Здоровье ребенка. - 2009. - № 3 (18). - С. 51-54.
- Бордий Т. Синкопе у детей старшего возраста и подростков / Т. Бордий, М. Бондарева // З турботою про дитину. - 2012. - № 1 (28). - С. 3-6.
- Ендотеліальна дисфункція у дітей з кардіальними дизритміями та її фармакотерапія / [Волосовець О.П., Криво-
- пустов С.П., Косенко В.С., Мороз Т.С.] // Таврический медико-биологический вестник. - 2010. - Т.13, № 2. - С. 10-13.
- Клюфінський І.Д. Морфофункціональні аспекти раптової серцевої смерті / І.Д. Клюфінський // Галицький Лікарський Вісник. - 2003. - Т.10, № 4. - С. 32-35.
- Коваленко В.М. Серцево-судинні хвороби: вплив на демографічну ситуацію в Україні / В.М. Коваленко // Журнал АМН України. - 2007. - Т.13, № 3. - С. 516-525.
- Нагорная Н.В. Тахикардия, как одна из актуальных проблем детской кардиологии. Часть I // Н.В. Нагорная, А.А. Мустафина // Здоровье ребенка. - 2007. - № 5 (8). - С. 14-18.
- Brugada P. A distinct clinical and electrocardiographic syndrome: right bundle branch block, persistent ST segment elevation with normal QT interval, and sudden cardiac death / P. Brugada, J.A. Brugada // Pace. - 1991. - № 114. - P. 746.
- Brugada P. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome: a multicenter report / P. Brugada, J.A. Brugada // J. Am. Coll. Cardiol. - 1992. - Vol. 20. - P. 1391.
- Walsh E.P. Cardiac arrhythmias / E.P. Walsh, J.P. Saul In: Fyler DC, editor. Nada's Pediatric Cardiology. Philadelphia: Hanley & Belfus. - 1992. - P. 377-435.

Мантак Г.И.

ДИАГНОСТИКА ЭКГ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОТСУТСТВИИ У НИХ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В АНАМНЕЗЕ

Резюме. В работе представлены основные случайно выявленные нарушения на ЭКГ у детей, у которых в анамнезе отсутствовали клинические признаки поражения сердечно-сосудистой системы. Показана необходимость активного выявления изменений на ЭКГ-покою с последующей их детальной трактовкой с использованием современных методов

обследования, дальнейшего их лечения и наблюдения для предупреждения негативных последствий таких нарушений.
Ключевые слова: дети, сердечно-сосудистая система, нарушения ритма и проводимости сердца.

Mantak G.I.

DIAGNOSIS OF ECG CHANGES IN CHILDREN ANY AGES WHO DIDN'T HAVE ANY PATHOLOGY OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN ANAMNESIS

Summary. In work main accidentally find out disturbances on ECG in children which don't have clinical signs of cardiovascular system are showed. Necessity of activity searches of changes on ECG-quiet with following their detailed interpretation with used modern methods of examinations, future their treatment and observation for notification of negative results these disturbances are showed.

Key words: children, the cardiovascular system, disturbances of rate and rhythm and conduction of the heart.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2012 р.

© Масік Н.П.

УДК: 616.24:577.161.2

Масік Н.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №2 (вул. Пирогова, 56. м. Вінниця, Україна 21018)

ВІТАМІН- D - ДЕФІЦИТ/НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Резюме. Проведені дослідження дають підставу стверджувати, що порушення метаболізму кісткової тканини у хворих на ХОЗЛ, відбуваються на тлі дефіциту вітаміну D та підвищеного утворення паратиреоїдного гормону. Інтенсивність цих змін знаходиться в прямій залежності від віку хворих на ХОЗЛ та наявності шкідливих звичок.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), метаболізм кісткової тканини, дефіцит вітаміну D, остеопороз.

Вступ

Останні епідеміологічні і експериментальні дані показали, що низький рівень вітаміну D тісно пов'язаний з рівнем загальної смертності, серцево-судинними і онкологічними захворюваннями, артеріальною гіпертензією, ревматоїдним артритом, множинним склерозом, туберкульозом, метаболічним синдромом і цукровим діабетом [Плещева и др., 2012; Дудинская, Ткачева, 2012].

Існує три типи D-дефіциту: I тип обумовлений дефіцитом/недостатністю вітаміну D3, II - порушенням конвертації 25(OH)D в кальцитриол шляхом гідроксилювання 1 α - гідроксилазою у нирках; III тип пов'язаний зі зменшенням кількості рецепторів до вітаміну D [Fahrleitner et al., 2002]. Широка розповсюдженість таких рецепторів (VDR) в різних органах і тканинах обумовлює, крім основної функції, несkeletalні ефекти вітаміну D [Угай и др., 2012]. Так, вітамін D приймає участь в регуляції імунної, серцево-судинної, репродуктивної систем та інших [Dimeloe et al., 2010]. Проте робіт, присвячених вивченню впливу порушення метаболізму вітаміну D у пацієнтів з хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ), не так багато. Узагальнюючи дані літератури про зв'язок вітаміну D з функціональними параметрами легень, можна дійти висновку про суперечливість таких результатів. Так, в дослідженні Gilbert з співавторами [2009] зниження рівня 25(OH)D було знайдене у 94% колишніх курців з ХОЗЛ старших 50 років. Показано, що паління збільшує вірогідність розвитку остеопенії і остеопорозу в 5,18 разів залежно від сту-

пеня тяжкості ХОЗЛ [Лемешевская и др., 2012]. Аналогічні результати продемонстровані при аналізі зв'язку між ОФВ1 і рівнем вітаміну D у тих, що палять, старше 60 років [Franco et al., 2009], [Shen et al., 2010]. Дещо відмінні дані отримали автори, які не виявили достовірної кореляції між рівнем 25(OH)D і зниженням ОФВ1 у курців з легкою і середньою тяжкістю ХОЗЛ [Kunisaki et al., 2011]. Іншими дослідженнями встановлений кореляційний зв'язок D- вітамінної недостатності/дефіциту і ступеня тяжкості (стадії) ХОЗЛ [Madsen et al., 2010] [Иванцова, 2010]. [Janssens et al., 2010], [Hughes, Norton, 2009], [Franco et al., 2009], [Black, Scragg, 2005]. Враховуючи вищенаведене, метою проведеного дослідження стало вивчення вітамін- D- статусу у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне загально-клінічне обстеження 47 хворих на ХОЗЛ, які перебували на лікуванні в МКЛ ШМД Вінниці в осінньо-зимовий (вересень-грудень) період 2012 року. В дослідження були включені хворі, які відповідали наступним критеріям: госпіталізація в стаціонар по причині загострення ХОЗЛ; діагноз ХОЗЛ встановлений не менш ніж за 6 місяців до початку дослідження; вік >27 років; ОФВ1 < 80% від належного і ОФВ1/ФЖЄЛ < 70%; приріст ОФВ1 після інгаляції β 2-агоністом короткої дії менше 12% (<200 мл) у порівнянні з вихідними даними. Верифікація діагнозу ХОЗЛ базувалась на детальному анамнезі, результатах клініко-інструментального