

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОЙ И НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С СО СМЕШАННОЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЕЙ

О.П. Машко, Е.В. Рябоконт

Резюме. В работе проведено комплексное определение изменений параметров иммунонейроэндокринной регуляции у больных хроническим гепатитом С с наличием смешанной криоглобулинемии. Показано, что у больных с HCV-ассоциированной смешанной криоглобулинемией более выражен дисбаланс в системе иммунонейрогуморальной регуляции подтверждается высокими показателями активности спектра парасимпатических влияний, содержания интерлейкина-4 и низкой активностью мощности спектра симпатических влияний и индекса вегетативного баланса.

Ключевые слова: хронический гепатит С, смешанная криоглобулинемия, цитокины, вегетативная нервная система.

FEATURES OF CHANGES OF INDICATORS OF CYTOKINE AND NEUROHUMORAL REGULATION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C WITH MIXED CRYOGLOBULINEMIA

O.P. Mashko, E.V. Riabokon

Abstract. A comprehensive evaluation of parameters changes of the immunoneuroendocrine regulation in patients with chronic hepatitis C with mixed cryoglobulinemia has been carried out in this research. It has been established that in patients with the presence of HCV-associated mixed cryoglobulinemia a more pronounced imbalance in the system of the neurohumoral regulation is confirmed by higher rates of the activity of the parasympathetic influences, the content of interleukin 4 and a lower activity of the power of the sympathetic activity and the index of vegetative balance.

Key words: chronic hepatitis C, mixed cryoglobulinemia, cytokines, autonomic nervous system.

State Medical University (Zaporizhzhia)

Рецензент – проф. В.Д. Москалюк

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 105-109

Надійшла до редакції 05.07.2012 року

© О.П. Машко, О.В. Рябоконт, 2012

УДК 616.248-053.2:616.15

Л.В. Микалюк, О.К. Колоскова, С.І.Тарнавська

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КРОВІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Проведення комплексного обстеження 56 дітей, хворих на бронхіальну астму, показало, що тяжчий перебіг астми та інтенсивність застосування комбінації “інгаляційні глюкокортикостероїди + β_2 -агоністи короткої дії” притаманний особам із А(II), Rh(-), MN еритроцитарними антигенами. У дітей із В(III), М, Rh(+) групами крові

найефективнішим за наявності тяжкого нападу астми виявився комплекс: системні глюкокортикостероїди, β_2 -агоністи короткої дії (сальбутамол) та еуфілін.

Ключові слова: бронхіальна астма, діти, групи крові.

Вступ. Бронхіальна астма в дітей залишається однією з актуальних проблем алергології впродовж останніх десятиліть, що пов'язане з мультифакторним характером захворювання [2, 5]. Роль спадкової схильності в розвитку бронхіальної астми є загальновідомою, та, враховуючи бурхливий розвиток молекулярно-генетичних технологій, постає питання індивідуального генетичного аналізу, який залишається одним із перспективних напрямів наукових пошуків. Визначення «генетичного паспорту» дитини дозволить прогнозувати особливості перебігу астми, встановлювати фенотип тяжкої астми та

розробляти раціональні підходи до індивідуалізованого призначення базисної терапії [1, 6].

Одним із доступних та малоінвазивних маркерів, які широко використовуються в клінічній практиці, є визначення групової належності крові. Водночас дані щодо фенотипових особливостей перебігу та оцінки ефективності різних варіантів терапії бронхіальної астми в дітей із різними групами крові суперечливі та потребують подальшого вивчення [4].

Мета дослідження. Дослідити та оцінити ефективність різних режимів терапії бронхіальної

© Л.В. Микалюк, О.К. Колоскова, С.І.Тарнавська, 2012

астми в дітей шкільного віку залежно від групової належності.

Матеріал і методи. В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ № 1 м. Чернівці обстежено 56 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА). Усім дітям проведено комплексне клінічно-параклінічне та імунологічне обстеження I-II рівня. Клінічну оцінку тяжкості перебігу захворювання та бронхообструктивного синдрому проводили в динаміці згідно з міжнародними рекомендаціями GINA-2010 та Наказом МОЗ України № 767 від 27.12.2005р. Враховуючи сучасні рекомендації по лікуванню загострень бронхіальної астми, які побудовані на комплексному застосуванні лікарських засобів для проведення дезобструктивної терапії, нами виділено найбільш часті варіанти застосування цих препаратів. Так, використані препарати можна було розподілити на наступні терапевтичні комплекси: I комплекс – β_2 -агоністи короткої дії (сальбутамол)+ ГКС(системні)+еуфілін; II комплекс – сальбутамол та ІГКС; III комплекс – β_2 -агоністи+еуфілін; IV комплекс – ізольоване використання β_2 -агоністів.

Визначення групової належності крові за системами ABO, резус-чинником проводили за загальноприйнятими методиками [3]. Для встановлення групової належності крові за системою MN використовували реакцію аглютинації, яку виконували за допомогою типоспецифічних анти-M та анти-N сироваток. Перед дослідженням крові перевіряли специфічність і титр сироваток анти-M та анти-N [3].

У популяції обстежених дітей середній вік становив $11,8 \pm 0,3$ року, частка хлопчиків дорівнювала – 80,5 %. За основними клінічними характеристиками підгрупи пацієнтів із різними групами крові виявилися зіставлюваними.

Статистична обробка одержаних результатів проводилася на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм "Statistika 5.0". Ефективність проведеного лікування оцінювали за зниженням абсолютного (ЗАР) та відносного (ЗВР) ризиків з урахуванням

мінімальної кількості хворих (МКХ), яких потрібно пролікувати для отримання одного позитивного результату. Дослідження виконані з дотриманням положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину і рекомендацій Комітету з біоетики при Президії АМН України.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих результатів показав, що частота виявлення O(I), A(II), B(III), AB(IV) груп крові у дітей, хворих на БА, становила 33,9 %, 42,9 %, 16,1 %, 7,1 % випадків відповідно. При дослідженні резус-належності відмічено, що фенотип Rh(+) траплявся у 89,3 % спостережень, а Rh(-) – у 10,7 % випадків. Аналіз фенотипів груп крові за системою MN показав, що частота M-антигену серед обстежених дітей становила 23,6 %, фенотип N виявлявся в 14,5 % осіб, та фенотип MN виявили у 61,8 % пацієнтів, хворих на БА.

Таким чином, найчастіше серед дітей, хворих на БА, виявляли наступні фенотипи: A(II), Rh(+), MN, що збігалось з даними літератури. Подальший аналіз показав, що тяжка неконтрольована бронхіальна астма поєднується з такими фенотипами груп крові, як A(II), Rh(+) та N. Так, відносний ризик розвитку тяжкої астми за наявності A(II) антигену стосовно B(III) групи крові становив 2,4 [95 %ДІ: 1,1-8,7], при відношенні шансів 4,2 [95 %ДІ:1,3-12,4]. Однак наявність N-антигену порівняно з M - групою крові характеризувалася дещо меншими показниками ризику розвитку тяжкого персистувального перебігу астми, що становили: ВР=1,1 [95 %ДІ:0,6-3,6] та ВШ=1,4 [95 %ДІ:0,8-5,3].

Водночас слід відзначити, що найвиразніші показники тяжкості нападу астми відмічено в дітей із B(III), AB(IV) за рахунок B-антигену, N, Rh(+) фенотипами крові. Поряд з цим, проведений кореляційний аналіз показав наявність прямого вірогідного кореляційного зв'язку наявності M-антигену крові із частотою тяжких нападів БА ($r=0,3$, $p<0,05$).

Проводячи оцінку ефективності лікування дітей, хворих на бронхіальну астму за різних гру-

Таблиця 1

Комплексна терапія дітей, хворих на бронхіальну астму, при надходженні до стаціонару залежно від груп крові

Антигени крові	Частота випадків застосування, %			
	β_2 агоністи + ГКС (системні) +еуфілін	β_2 -агоністи та ІГКС	β_2 -агоністи +еуфілін	β_2 -агоністи
O(I)	35,8	21,4	7,1	35,7
A(II)	29,6	37,0	4,2	29,2
B(III)	50,1	16,6	-	33,3
AB(IV)	66,7	-	-	33,3
Rh (+)	38,3	26,1	4,7	30,9
Rh(-)	20,0	40,0	-	40,0
MN	32,3	32,3	5,9	29,5
M	41,8	16,6	-	41,6

Таблиця 2

Порівняльний аналіз ефективності використання I комплексу по відношенню до II медикаментозного комплексу в динаміці лікування пацієнтів із різними групами крові

Антигени крові	Дні лікування / показники ефективності					
	3-й день			7-й день		
	ЗАР, %	ЗВР, % (95%ДІ)	МКХ, (95%ДІ)	ЗАР, %	ЗВР, % (95%ДІ)	МКХ, (95%ДІ)
A(II)	6,7	10,0 (2,3-22,8)	14,9 (3,1-21,6)	10,0	20,0 (6,4-41,2)	10,0 (2,9-18,7)
B(III)	14,8	31,4 (10,2-58,7)	6,7 (2,2-11,9)	21,2	40,8 (15,4-67,8)	4,7 (1,1-9,8)
Rh(+)	10,1	25,2 (11,2-37,9)	9,9 (3,1-16,4)	18,9	45,0 (18,7-71,3)	5,3 (1,6-10,1)
M	15,1	36,8 (12,4-53,4)	6,6 (2,3-10,2)	28,2	49,1 (21,3-73,5)	3,5 (1,0-6,9)
MN	10,2	22,3 (9,8-38,6)	9,8 (3,3-17,5)	13,7	32,0 (10,2-51,4)	7,3 (1,6-12,3)

Примітка. ЗАР – зниження абсолютного ризику, ЗВР – зниження відносного ризику, МКХ – мінімальна кількість хворих, яких необхідно пролікувати для отримання позитивного результату

пових генетичних маркерів крові, нами проаналізовано частоту призначення вказаних медикаментозних комплексів (табл. 1).

Таким чином, використання найбільш інтенсивного комплексу "системні ГКС+ β_2 -агоністи короткої дії+еуфілін" асоціювало з наявністю В (III), М, Rh(+) антигенів крові, що непрямо вказувало на тяжкий перебіг нападу астми в цих дітей. Проте до комбінації "ГКС+ β_2 -агоністи короткої дії" вдавалися частіше в дітей із А(II), Rh(-), MN еритроцитарними антигенами, в яких відмічений тяжкий перебіг захворювання. Випадки монотерапії салбутамолом відмічали в пацієнтів із О (I),Rh(-) групами крові, що, можливо, пов'язано з легшим перебігом захворювання.

Враховуючи наведені дані, проведено оцінку ефективності використання I комплексу по відношенню до II лікувального комплексу впродовж першого тижня лікування дітей із різними еритроцитарними антигенами (табл. 2).

Отже, найбільш ефективним виявилось використання I лікувального комплексу по відношенню до комбінації "ГКС+ β_2 -агоністи короткої дії" в осіб із наявністю В(III), М-антигенів крові. Можливо, це пов'язано з протизапальним ефектом даної комбінації препаратів, оскільки в дітей, хворих на БА, наявність В-антигену асоціювала з підвищенням показників індексу стимуляції нейтрофілів, а наявність М-антигену – з виснаженням киснезалежного метаболізму еозинофільних гранулоцитів крові.

Таким чином, провівши оцінку інтенсивності та ефективності лікування дітей, хворих на БА, нами встановлено, що застосування найбільш інтенсивного комплексу із залученням системних глюкокортикостероїдів, β_2 -агоністів короткої дії (салбутамол) та еуфіліну, спостерігалось переважно у хворих на БА із В(III), М, Rh(+) антигена-

ми крові, що клінічно відображалось у зниженні атрибутивного та відносного ризиків тяжкості бронхообструкції при найменшій мінімальній кількості осіб, яких потрібно пролікувати для отримання позитивного результату.

Висновки

1. У пацієнтів з А(II), Rh(-), MN еритроцитарними антигенами, в яких відмічений тяжкий перебіг захворювання, найчастіше в періоді загострення застосовували комбінацію "ГКС+ β_2 -агоністи короткої дії".

2. Найефективнішою за наявності тяжкого нападу астми в дітей із В(III), М групами крові було використання терапевтичного комплексу: системні глюкокортикостероїди, β_2 -агоністи короткої дії (салбутамол) та еуфілін.

Перспективи подальших досліджень. Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні та оцінці особливостей лікувальної тактики у дітей, хворих на бронхіальну астму з різними генетичними маркерами.

Література

- Абрамов А.А. Генетические анализы в медицине – современные возможности и перспективы / А.А. Абрамов // РМЖ. – 2011. – № 20. – С. 1298-1302.
- Беш Л.В. Нове в діагностиці та лікуванні бронхіальної астми у дітей: практичний підхід до прочитання найсучасніших міжнародних узгоджувальних документів / Л.В. Беш // Клини. иммунол., аллергол., инфектол. – 2010. – № 3. – С. 49-52.
- Туманов А.К. Основы судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств / Туманов А.К. – М.: Медицина, 1975. – 380 с.
- Atopic and nonatopic asthma in children / N. Bottini, F. Ronchetti, F.G. Bottini [et al.] // J.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМИ ГРУППАМИ КРОВИ

Л.В. Микалюк, Е.К. Колоскова, С.И. Тарнавская

Резюме. Проведение комплексного обследования 56 детей, больных бронхиальной астмой, показало, что тяжелое течение астмы и интенсивность использования комбинации "ингаляционные глюкокортикостероиды + β_2 -агонисты короткого действия" характерны для больных с А(II), Rh(-), MN эритроцитарными антигенами. У детей с В(III), М, Rh(+) группами крови наиболее эффективным при наличии тяжелого приступа астмы оказался комплекс: системные глюкокортикостероиды, β_2 -агонисты короткого действия (сальбутамол) и эуфиллин.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, группы крови.

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF TREATING BRONCHIAL ASTHMA IN SCHOOL AGE CHILDREN WITH DIFFERENT BLOOD GROUPS

L.V. Mykaliuk, O.K. Koloskova, S.I. Tarnavs'ka

Abstract. The performance of a complex examination of 56 children afflicted with bronchial asthma has shown a severer course of asthma and the intensity of using the combination of "inhalation glucocorticosteroids + β_2 -agonists of a short-term action" inherent to persons with A (II), Rh (-), MN erythrocytic antigens. In children with B (III), M, Rh (+) blood groups the following complex turned out to be the most effective in the presence of a severe attack of asthma: systemic glucocorticosteroids, β_2 - agonists of a short-term action (salbutamol) and aminophylline.

Key words: children, bronchial asthma, blood groups

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Т.В. Сорокман

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 109-112

Надійшла до редакції 17.09.2012 року

© Л.В. Микалюк, О.К. Колоскова, С.И.Тарнавська, 2012

UDK 616.98:578.828.6-06

V.D. Moskaliuk, V.D. Sorokhan, S.R. Melenko, I.V. Balaniuk, K.I. Vozna

CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF HIV INFECTION WITH CONCOMITANT CRYOGLOBULINEMIA

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Abstracts. This paper describes clinical cases of HIV-infection with concomitant cryopathy at different clinical stages. The peculiarities of HIV/AIDS according to comorbidity and the effect of different modes of treatment on the phenomenon of cryoglobulinemia have been characterized.

Key words: HIV/AIDS, cryopathy, cryoglobulins, antiretroviral therapy, dipiridamol.

Introduction. Cryoglobulinemia refers to the widespread and insufficiently studied phenomena that may manifest clinically by the development of cold urticaria and angioedema, cryoglobulinemic arthritides, vasculites, etc. [5]. Until recently, its occurrence associated with a variety of factors and diseases: malignant tumors, connective tissue diseases, lymphoproliferative disease, hypothermia, dyshormonoses [11].

Even with the use of the most modern methods of examination about a third of all patients remain with cryoglobulinemia in whom the trigger factor of cryolabile proteins cannot be established. These cases are identified as "idiopathic mixed cryoglobulinemia" (IMC) or "essential mixed cryoglobulinemia" [9]. In these patients, there are no tumors, systemic connective tissue diseases, lymphoproliferative

syndromes or active viral infections. As a rule, even in the case of repeated examinations, no markers of infectious processes are detected. IMC syndrome first described by M. Melzer back in 1966 with the clinical characteristics, later named Meltzer's triad: skin purpura, arthralgias and weakness. With time, the liver, kidneys, nervous system (usually peripheral) are involved in the process, relatively rarely Raynaud's and Sjogren's syndromes, diffuse vasculitis are detected [9, 13].

In some patients the symptoms of IMC may precede for several years the debut lymphoproliferative [15] or autoimmune disease [14], and this period may range from 1 to 20 years. Quite often in patients with IMC markers or specific histologic manifestations of infectious diseases, most often – viral ones, are detected upon a deeper and most detailed examination,