УДК [616. 12. – 005.4 – 008.331.1]:613.86

Кудря І.П., Кітура О.Є.

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ СУПУТНЬОЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Метою дослідження було визначення толерантності до стресу, здатності концентрувати увагу, ригідність пізнавального процесу за результатами психоемоційного тесту Струпа у хворих на ішемічну хворобу серця залежно від стадії супутньої гіпертонічної хвороби. Досліджено 52 хворих з вище згаданою патологією. Згідно отриманих результатів установлено підвищення частоти серцевих скорочень та систолічного артеріального тиску; зниження швидкості, концентрації уваги, толерантності до стресу, збільшення кількості помилок під час виконання психоемоційного тесту Струпа та значно виражену ригідність пізнавального процесу у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом у порівнянні з хворими на ІХС в поєднанні з ГХ II ст.

Ключові слова: психоемоціний стрес, когнітивний стиль, ригідність пізнавального процесу.

Стаття є фрагментом планової НДР ВДНЗУ "УМСА" на тему «Значення прозапальних, проаритмічних, дисметаболічних факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування» (№ державної реєстрації 0106U003238).

Вступ

Найважливішим фактором ризику виникнення та прогресування серцево-судинних захворювань є психоемоційний стрес, тому що він є невід'ємною частиною нашого життя [1, 3, 8]. В основі стрес-реакції лежить активація симпатоадреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової систем [4, 6]. У результаті збільшуються робота серця, артеріальний тиск (АТ) і частота серцевих скорочень (ЧСС), що призводить до помітного підвищення потреби міокарда в кисні, збільшення ризику спазму судин, відзначається активація механізмів згортання крові, посилення агрегації тромбоцитів [1, 9, 10]. Актуальною проблемою кардіології є детальне вивчення особливостей впливу психоемоційного стресу на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС) залежно від стадії супутньої гіпертонічної хвороби (ГХ), так як ГХ є відображенням підвищеної чутливості серцево-судинної системи до нервово-емоційних стресів.

Метою дослідження було визначення толерантності до стресу, здатності концентрувати увагу, ригідність пізнавального процесу за результатами психоемоційного тесту Струпа у хворих на ішемічну хворобу серця залежно від стадії супутньої гіпертонічної хвороби.

Об'єктом дослідження були 52 хворих на ІХС у поєднанні з ГХ. Клінічна характеристика цих хворих: у 40 (76,9 %) хворих діагностовано стабільну стенокардію напруження, в тому числі 14 (26,9 %) – II ФК, 26 (50 %) – III ФК, 12 (23,1 %) - ІХС у вигляді кардіосклерозу атеросклеротичного із серцевою недостатністю (СН), в тому числі 7 (13,5 %) - у поєднанні з порушенням ритму. ГХ II ст. була супутньою хворобою у 26 (50 %), ГХ III ст., постінфарктний кардіосклероз - у 26 (50 %). У 16 (30,8 %) хворих визначили порушення ритму і провідності серця, в тому числі пароксизмальну фібриляцію передсердь - у 5 (9,6 %), постійну фібриляцію передсердь - у 2 (3,8 %), поодиноку монотопну надшлуночкову – в 3 (5,8 %) і шлуночкову екстрасистолії – в 1 (1,9 %), шлуночкову бігемінію – в 1 (1,9 %), поєднання політопної шлуночкової та надшлуночкової екстрасистолії – в 4 (7,8 %). У 27 (51,9 %) хворих спостерігалася ХСН I ст. за М.Д. Стражеском, В.Х. Василенком, II ФК за NYHA; у 20 (38,5 %) - СН II А ст., III ФК; у 2 (3,8 %) - СН II Б ст., III ФК; у 3 (5,8 %) - СН II Б ст., IV ФК. Вік досліджених - 60,88±1,05 років; 7,58; 58,77-62,99 (M±SEM; SD; 95% CI), максимум – 74 роки, мінімум – 45 років. За статтю хворі розподілилися таким чином: 33 (63,5 %) чоловіків, 19 (36,5 %) жінок.

Стан когнітивності, стресорної активності досліджуваних визначали за класичним психоемоційним тестом Струпа, що охоплював 3 стимульні картки: 1) картку слів, надрукованих чорним шрифтом; 2) картку кольорів (вони були представлені у формі квадратів); 3) картку слів, надрукованих шрифтом невідповідних значень кольорів. При цьому використовували 5 кольорів та слів: «червоний», «синій», «зелений», «коричневий» і «фіолетовий». Досліджуваним пропонували такі завдання: 1) читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом (ЧНКч); 2) називання кольорів (НК); 3) читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слів (ЧНКо); 4) називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів (НКСо) [11, 12]. Для оцінки хронотропно-інотропних змін використовували ЧСС та АТ до і після виконання стимульних карток, також час та помилки їх виконання. Визначали показники ригідності-гнучкості (інтерференції), тобто різниця часу (t (НКСо) - t (НК) [11, 12].

Стресорну активність визначали за результатами змін ЧСС, рівня АТ, наявності "ішемічних" змін електрокардіограми, гіпертензивних та гіпотензивних реакцій під час і після проведення психоемоційного стрес-тесту Струпа.

Статистичний аналіз включав двохвибірковий t критерій Стюдента та його непараметричний аналог Mann-Whitney для двох незалежних вибірок варіабельностей. Нормальність розподілу варіацій перевіряли за значенням результатів однофакторного тесту W тесту Shapiro-Wilk (за програмою SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989.-2004).

Результати та їх обговорення

У хворих на ІХС у поєднанні з ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом установлено підвищення ЧСС: до і після читання назв кольорів, надрукованих

чорним шрифтом; після називання кольорів; після читання назв кольорів та називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів у порівнянні з хворими на ІХС у поєднанні з ГХ II ст. (табл. 1).

Таблиця 1

Зміни ЧСС під час проведення словесно-колірного стрес-тесту Струпа у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ (M±SEM; SD; 95% CI; Med; Q)

Показники ЧСС, уд./хв.	Хворі на ІХС в поєднанні з ГХ	
	II ст. (n = 26)	III ст., постінфарктним кардіосклерозом (n = 26)
до читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом	70,58±1,99; 10,14; 66,48-74,64); 69; (60-78); непараметричний за Psw=0,005; PMW=0,019	76,54±1,78; 9,06; (72,88-80,19); 77; (70,5-82,5); параметричний за Psw=0,115; Pst=0,03
після читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом	72,54±1,8; 9,17; (68,83-76,24); 71; (65-78); непараметричний за Psw=0,05; PMW=0,01	78,62±1,71; 8,72; (75,09-82,14); 80; (74-84); параметричний за Psw=0,058; Pst=0,018
після називання кольорів	75,62±1,98; 10,12; (71,53-79,7); 78; (66-80); непараметричний за Psw=0,029; PMW=0,007	82,62±2,0; 10,24; (78,48-86,75); 84; (76-89); параметричний за Psw=0,287; Pst=0,017
після читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слів	80,77±2,02; 10,28; (76,62-84,92); 78; (74,75-85,25); непараметричний за Psw=0,05; PMW=0,04	86,92±2,16; 11,02; (82,47-91,37); 86; (82-98); параметричний за Psw=0,287; Pst=0,042
після називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів	86,77±2,31; 11,79; (82,01-91,53); 84; (80-90,5); непараметричний за Psw=0,007; PMW=0,02	91,62±2,72; 13,86;(86,02-97,21); 90; (83,5-99); параметричний за Psw=0,320

Примітки: M – середня, SEM – стандартна похибка, SD – стандартне відхилення, 95% CI – 95% довірчі інтервали для середньої, Med – медіана, Q – нижні та верхні квартилі. Psw – визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilk. Pst –різниця між групами за двовибірковим t -тестом Ст'юдента. PMW – різниця між групами за даними непараметричного еквівалента до двовибіркового t-тесту Ст'юдента для двох незалежних вибірок варіабельностей за тестом Mann-Whitney (MW).

Помітне підвищення систолічного АТ у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом після читання назв кольорів та називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів (M±SEM, SD; 95% CI; Med; Q: 144,42±2,06 мм рт. ст.; 10,52; (140,17-148,67); 140; (138,75-155); непараметричний за Psw=0,034 та 150,96±2,15 мм рт. ст.; 10,96; (146,54-155,39); 147,5; (145-160); непараметричний за Psw=0,047) на відмінну від тих, мав ІХС у поєднанні з ГХ II ст. (M±SEM, SD; 95% CI; Med; Q: 138,07±1,98 мм рт. ст.; 10,11; (133,99-142,16); 135; (130-145); непараметричний за Psw=0,09; PMW=0,024 та 144,04±2,76 мм рт. ст.; 14,07; (138,35-149,72); 140; (133,75-150); непараметричний за Psw=0,0001; PMW=0,008).

Під час проведення словесно-колірного тесту Струпа у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом збільшується ЧСС та систолічний АТ, що пов'язано з внутрішньоклітинним накопичення кальцію в кардіоміоцитах [4, 6, 10].

У хворих на ІХС у поєднанні з ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом спостерігається збільшення часу читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом; називання кольорів; читання назв кольорів та називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів у порівнянні з хворими на ІХС у поєднанні з ГХ II ст. (табл. 2).

Таблиця 2

Час виконання стимульних карт класичного тесту Струпа у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ (M±SEM; SD; 95% CI; Med; Q)

Показники часу, с.	Хворі на ІХС в поєднанні з	
	ГХ II ст. (n = 26)	ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом (n = 26)
читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом	100,62±5,34; 27,21; (89,62-111,61); 93,5; (94,75-142,75); непараметричний за Psw=0,001; PMW=0,007	117,92±4,66; 23,76; (108,33-127,52); 120; (79-117,5); параметричний за Psw=0,177; Pst=0,018
називання кольорів	124,35±6,58; 33,57; (110,79-137,91); 119,5; (95,75-139,5); непараметричний за Psw=0,014; PMW=0,02	142,65±5,37; 27,36; (131,6-153,71); 145; (118,75-160,5); параметричний за Psw=0,355; Pst=0,036
читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слів	117,12±6,05; 30,84; (104,66-129,57); 108,5; (95,0-132,5); непараметричний за Psw=0,006; PMW=0,07	141,23±6,57; 33,5; (127,69-154,76); 136,0; (117,5-168,5); параметричний за Psw=0,268; Pst=0,009
називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів	260,15±18,73; 95,52; (221,57-298,73); 242,5; (175,75-354,75); непараметричний за Psw=0,007; PMW=0,045	311,73±14,93; 76,1; (280,99-342,47,5); 325; (244,5-373,5); параметричний за Psw=0,114; Pst=0,036

Примітки: M – середня, SEM – стандартна похибка, SD – стандартне відхилення, 95% CI – 95% довірчі інтервали для середньої, Med – медіана, Q – нижні та верхні квартилі. Psw – визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilk. Pst –різниця між групами за двовибірковим t -тестом Ст'юдента. PMW – різниця між групами за даними непараметричного еквівалента до двовибіркового t-тесту Ст'юдента для двох незалежних вибірок варіабельностей за тестом Mann-Whitney (MW).

У хворих на ІХС в поєднанні з ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом збільшується кількість помилок під час називання кольорів (M±SEM, SD; 95% CI; Med; Q: 12,35±1,07; 5,46; (10,14-14,55); 13; (7,75-15); параметричний за Psw=0,115; Pst=0,003) та називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від

значення слів (M±SEM, SD; 95% CI; Med; Q: 17,19±1,49; 7,63; (14,11-20,27); 15,0; (12,0-24,0); непараметричний за Psw=0,046; PMW=0,02) на відміну від хворих на ІХС у поєднанні з ГХ ІІ ст. (M±SEM, SD; 95% CI; Med; Q: 7,69±1,02; 5,21; (5,59-9,79); 6; (3,75-12); непараметричний за Psw=0,036; PMW=0,002 та 12,08±1,49; 7,62; (8,99-15,16); 10,5; (5,0-17,25); параметричний за Psw=0,065; Pst=0,019).

Зниження швидкості та збільшення кількості помилок під час виконання психоемоційного тесту Струпа у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ ІІІ ст., постінфарктним кардіосклерозом указує на невисокий рівень здатності концентрувати увагу в умовах інформаційного навантаження і називають колір, який вони бачать [3, 11, 12].

Результати нашого дослідження підтверджуються іншими літературними даними, що чим вищий систолічний АТ, тим нижчий показник когнітивної функції [7]. У хворих на ІХС в поєднанні з ГХ ІІІ ст., постінфарктим кардіосклерозом встановлено зниження когнітивного стилю. Такі зміни обумовлені атеросклеротичним пошкодженням коронарних і церебральних артерій, що призводить до зменшення просвіту судин, зниження їх реактивності та обмеження перфузії [2]. З іншого боку, після перенесеного інфаркту міокарда виникають зміни нейронів в лобовій корі і гіпоталамусі [2, 10].

Помітна виразніша інтерференція пізнавального процесу у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ ІІІ ст., постінфарктним кардіосклерозом (M±SEM, SD; 95% CI; Med; Q: 169,07±12,44 с.; 63,44; (143,45-194,7); 171,5; (113,0-224,25); параметричний Psw=0,333; Pst=0,041) у порівнянні з тими, хто мав ІХС в поєднанні з ГХ ІІ ст. (M±SEM, SD; 95% CI; Med; Q: 135,81±13,93 с.; 71,02; (107,12-164,49); 136,5; (70,5-181,75); параметричний за Psw=0,116). Ригідність пізнавального процесу є результатом конфлікту вербальних і сенсорно-перцептивних функцій, що характеризує ступінь суб'єктивних труднощів у зміні способів переробки інформації в ситуації когнітивного конфлікту [5, 9, 11].

Таким чином, зниження толерантності до стресу, здатності до концентрації уваги, підвищення ригідності пізнавального процесу за результатами психоемоційного тесту Струпа у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ ІІІ ст. є передумовою до корекції лікування.

Висновки

1. У хворих на ІХС в поєднанні з ГХ ІІІ ст., постінфарктним кардіосклерозом встановлено підвищення частоти серцевих скорочень, систолічного артеріального тиску на психоемоційний тест Струпа у порівнянні з хворими на ІХС в поєднанні з ГХ ІІ ст.

2. Зниження швидкості, концентрації уваги, толерантності до стресу, збільшення кількості помилок під час виконання словесно-колірного тесту Струпа у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ ІІІ ст., постінфарктним кардіосклерозом на відміну від тих, хто мав ІХС в поєднанні з ГХ ІІ ст. є характерною ознакою зниженого когнітивного стилю.

3. Спостерігається значно виражена ригідність пізнавального процесу у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ ІІІ ст., постінфарктним кардіосклерозом напротивагу хворим на ІХС у поєднанні з ГХ ІІ ст., що свідчить про неможливість швидкого переходу з однієї пізнавальної функції на іншу в ситуації когнітивного конфлікту.

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати мають свій подальший розвиток для визначення впливу психоемоційного стресу на перебіг ішемічної хвороби серця залежно від стадії супутньої гіпертонічної хвороби як передумови до корекції лікування.

Література

1. Воробьева О. В. Стресс и расстройства адаптации / О. В. Воробьева // Российский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 11. – С. 789–794.
2. Левин О. С. Когнитивные нарушения в практике терапевта: заболевания сердечно-сосудистой системы / О. С. Левин // Consilium medicum. – 2009. – Т. 11, № 2. – С. 55–61.
3. Никитина Ю. М. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ю. М. Никитина, Ф. Ю. Копылов // Врач. – 2008. – № 4. – С. 2–5.
4. Панченко Л. Л. Диагностика стресса: [учебн. пособ.] / Л. Л. Панченко. – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2005. – 35 с.
5. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума / М. А. Холодная. – М. : Пер Сэ, 2002. – 480 с.
6. Щербатых Ю. В. Психология стресса / Ю. В. Щербатых. – М. : Эксмо, 2006. – 304 с.
7. Birns J. Cognitive function and hypertension / J. Birns, L. Kalra // J. Human Hypertension. – 2009. – V. 23. – P. 86–96.
8. Dimsdale J. E. Psychological Stress and Cardiovascular Disease/ J. E. Dimsdale // JACC. – 2008. – V. 51 (13). – P. 163–203.
9. Ford N. Information Seeking and Mediated Searching. Part 4. Cognitive Styles in Information Seeking / N. Ford, T. D. Wilson, A. Foster [et al.] // Journal of the American Society for information science and technology. – 2002. – V. 53 (9). – P. 728–735.
10. Jefferson A. Cardiovascular disease, cognitive decline and dementia. Vascular cognitive impairment in clinical practice / A. Jefferson, E. Benjamin // Cambridge. – 2009. – V. 11. – P. 166–177.
11. Koch C. Self-monitoring, need for cognition, and the Stroop effect: a preliminary study / C. Koch // Percept. Mot. Skills. – 2003. –V. 96. – P. 212–214.
12. Mac Leod C. M. The Stroop task: The «gold standart» of attentional measures / C. M. Mac Leod // J. Exper. Psych. General . – 1992. – V. 121. – P. 12–14.

Реферат

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Кудря И.П., Китура О.Е.

Ключевые слова: психоэмоциональный стресс, когнитивный стиль, ригидность познавательного процесса.

Целью исследования было определение толерантности к стрессу, способности концентрировать внимание, ригидность познавательного процесса по результатам психоэмоционального теста Струпа у больных ишемической болезнью сердца в зависимости от стадии сопутствующей гипертонической болезни. Исследовано 52 больных с выше упомянутой патологией. Согласно полученным результатам установлено повышение частоты сердечных сокращений и систолического артериального давления, снижение скорости, концентрации внимания, толерантности к стрессу, увеличение количества ошибок при выполнении психоэмоционального теста Струпа и значи-

тельно выраженную ригидность познавательного процесса у больных ИБС в сочетании с ГБ III ст., постинфарктным кардиосклерозом по сравнению с больными ИБС в сочетании с ГБ II ст.

Summary

EFFECT OF PSYCHOEMOTIONAL STRESS ON THE COURSE OF ISCHEMIC HEART DISEASE DEPENDING ON THE STAGE OF CONCOMITANT ESSENTIAL HYPERTENSION

Kudrya I. P., Kitura O. E.

Key words: psychoemotional stress, cognitive style, the rigidity of cognitive process.

The aim of the study was to determine the tolerance to stress, the ability to concentrate attention, the degree of rigidity of cognitive process by the results of Stroop's psychoemotional test in patients with ischemic heart disease depending on the stage of concomitant hypertension. 52 patients with the above mentioned disease were under the observation. According to the results we found out the increase in heart beat rate and systolic blood pressure, decrease in attention and concentration rate as well as tolerance to stress, increased number of errors while performing Stroop psychoemotional test and more pronounced cognitive process stiffness in patients with ischemic heart disease combined with essential hypertension of stage III, postinfarction cardiosclerosis in comparison with patients with ischemic heart disease combined with essential hypertension of stage II.

УДК: 616.5-002.2:575

Левченко Л.Ю.

ОЦІНКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ З УРАХУВАННЯМ РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО IgE

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Атопічний дерматит (АД) - одне з найрозповсюджених захворювань у дітей. Метою дослідження стало визначення стану імунітету у дітей хворих на АД з урахуванням рівню загального IgE для покращення діагностики та лікування захворювання. Обстежено 50 дітей віком від 2 до 7 років хворих на АД. Високий рівень загального IgE виявлений у 40% обстежених хворих на АД (перша група), у 60% - рівень загального IgE була в межах норми (друга група). В обох групах хворих на АД відмічена тенденція до зниження рівнів CD3 та CD8, зниження рівнів IgA та IgG; у другій групі хворих на АД - тенденція до збільшення концентрації ЦІК. Інші імунологічні показники хворих на АД обох груп суттєво не відрізнялися від показників практично здорових осіб. Проведене дослідження визначає необхідність подальшого вивчення IgE- залежного та IgE- незалежного АД.

Ключові слова: атопічний дерматит, діти, клітинний та гуморальний імунітет, імуноглобулін Е.

Дана робота є фрагментом планової НДР НДІ ГІОРПФ ВДНЗУ «УМСА» „Вивчення генетичних особливостей розвитку алергічного запалення та формування органів-мішеней", № ДР 011U003032

В останні десятиріччя спостерігається зростання розповсюдженості алергічних захворювань (АЗ) серед дітей, особливо в урбанізованих промислових регіонах [5]. У структурі АЗ у дітей віком 3 - 7 років переважають захворювання шкіри, і в першу чергу - атопічний дерматит (АД) [3]. АД – хронічне захворювання, яке значною мірою впливає на якість життя хворих дітей та їх батьків та є серйозною медичною та соціальною проблемою [14]. За останні 10 років простежується тенденція до зростання рівня поширеності та виявлення вперше в житті захворюваності на АД як в Україні, так і в інших країнах [2,5]. За даними різних авторів у розвинених країнах на АД страждає від 10% до 30% дітей та від 1% до 10% дорослого населення [17,19].

АД - хронічне алергічне захворювання шкіри, яке розвивається в осіб з генетичною схильність до атопії, має рецидивуючий перебіг, вікові особливості клінічних проявів і характеризується папульозними висипаннями з типовою локалізацією морфологічних елементів, ліхеніфікацією, екскоріаціями, вираженою сухістю шкіри та частими бактеріальними ускладненнями [4,8]. Вважається, що АД відноситься до захворювань, що обумовлені алергенспецифічною IgE відповіддю, яка призводить до розвитку специфічного запалення [4]. Ініціюючий механізм хронічного перебігу запалення - імунний дисбаланс Тх1/Тх2 з порушенням у системі цитокінів [12]. Але також виділяють підгрупу хворих на АД , у яких спостерігаються нормальні рівні сироваткових IgE – антитіл, тому викликає інтерес зіставлення порушень ланок імунної відповіді при IgE-залежній та IgE-незалежній формі АД [8].

Мета нашого дослідження: визначити стан імунітету у хворих на АД з урахуванням рівня загального IgE для покращення діагностики та лікування цього захворювання

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні обстежено 50 дітей (29 дівчаток і 21 хлопчик) віком від 2 до 7 років, хворих на АД, середнього ступеня тяжкості, на стадії клінічної ремісії захворювання, які перебували на диспансерному обліку в дитячому поліклінічному відділенні №1 першої міської клінічної лікарні, поліклінічних відділеннях №1 та №2 дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави. Усім пацієнтам провели визначення концентрації загального IgE в сироватці, після чого пацієнти були поділені на дві групи: перша - з підвищеним рівнем загального IgE (>90 МОд/мл), друга - з нормальним рівнем загального IgE (0 - 90 МОд/мл) в сироватці. Кількість дітей у першій групі склала 40% від усіх обстежених хворих на АД; кількість дівчаток і хлопчиків у цій групі була 35% та