

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»



МАТЕРІАЛИ

97 – і

підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016



25,40%, доліхосигмі у поєднанні з високим положенням лівого вигину ободової кишки на 12,70% нижче у порівнянні із показниками контролю. Хірургічне лікування хронічного колостазу, обумовленого природженими вадами ободової кишки повинно супроводжуватись корекцією товстокишкової флори та стимуляцією місцевого імунітету.

Гарас М.Н.

КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНТЕНСИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ БРОНХІВ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою роботи було проаналізувати клінічні та спірометричні показники у дітей шкільного віку, хворих на тяжку бронхіальну астму, залежно від інтенсивності запалення бронхів.

З дотриманням принципів біоетики на базі пульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 50 дітей шкільного віку, хворих на тяжку бронхіальну астму, яким в позанападний період проводилося визначення інтенсивності запалення бронхів на підставі визначення вмісту метаболітів моно оксиду нітрогену (ММОН) в експіраторному конденсаті за методикою Н.Л. Ємченка.

За результатами обстеження сформовано 2 клінічні групи: до 1-ї групи увійшло 27 дітей із виразним запаленням бронхів (ММОН>40 мкмоль/л), 2-у групу сформували 23 школярі із помірною інтенсивністю запального процесу у дихальних шляхах (ММОН<40 мкмоль/л). За основними клінічними характеристиками групи вірогідно не відрізнялися.

Школярам обох груп проведено оцінку тяжкості загострення, показників ефективності базисного лікування за АСТ-тестом, визначено показники неспецифічної гіперреактивності бронхів (за значеннями провокаційної дози гістаміну та дозозалежної кривої, показника лабільності бронхів (ПЛБ) та його компонентів – індексу бронхоспазму (ІБС) і бронходилятації (ІБД). Отримані результати аналізувалися з позицій біостатистики.

Встановлено, що в дітей I клінічної групи прояви обструкції бронхів упродовж перших 3-х днів лікування в стаціонарі були вірогідно виразніші, ніж у пацієнтів групи порівняння. Виразні прояви нападу бронхіальної астми у дітей пояснювалися поєднанням характерних феноменів, притаманних захворюванню – запалення та гіперсприйнятливості дихальних шляхів.

Зокрема, для дітей I групи притаманні більш виразніші показники гіперчутливості бронхів до гістаміну за результатами бронхопровокаційної проби (0,40±0,09 мг/мл проти 0,84±0,28 мг/мл у школярів групи порівняння, p>0,05) та гіперреактивності дихальних шляхів (показники дозозалежної кривої 2,49±0,11 у.о. та 2,23±0,10 у.о. у представників I та II клінічної групи відповідно, p>0,05).

Також для школярів із виразним запаленням бронхів характерно більша частка осіб із тяжкою гіперчутливістю до гістаміну (порогова концентрація гістаміну менше 0,5 мг/мл спостерігалася у 71,4% проти 60% у II групі, P<0,05) та гіперреактивністю (дозозалежна відповідь більше 2 у.о. реєструвалася у 85,7% та 66,7% представників I та II груп відповідно, P<0,05).

Відсутність вірогідних відмінностей у показниках контролю захворювання до та після 3-місячного курсу базисної терапії у дітей I (14,1±1,1 бали та 18,2±1,2 бали, p<0,05) та II (13,6±0,8 бали та 15,3±1,0 бали, p<0,05) клінічної групи, ймовірно, пояснюється однаковими показниками лабільності дихальних шляхів в період ремісії. наведені показники лабільності бронхів у дітей груп порівняння у відповідь на дозоване фізичне навантаження (індекс бронхоспазму) та інгаляцію сальбутамолу (індекс бронходилятації), а також середні значення інтегрального показника лабільності бронхів (таблиця).

Таблиця

Показники лабільності бронхів у школярів клінічних груп (M±m)

Клінічні групи	К-сть дітей	Індекс бронхоспазму, %	Індекс бронходилятації, %	Показник лабільності бронхів, %
I клінічна група	27	9,2±1,5	12,7±2,4	21,6±2,4
II клінічна група	23	8,4±3,0	15,1±3,0	23,8±4,7
P		>0,05	>0,05	>0,05

Отже, школярам, хворим на тяжку бронхіальну астму із виразним запаленням дихальних шляхів, притаманні вірогідно виразніші прояви нападу захворювання за рахунок тяжких показників гіперсприйнятливості бронхів. Водночас показники контролю захворювання у школярів, хворих на тяжку бронхіальну астму, не залежали від інтенсивності запалення дихальних шляхів, а зумовлювалися лабільністю бронхів.

наявність
припуска
достатній
бронхіал
спірогра
форсова
місткост
у вихідні
знаходи
вентиляц

показник
склав, в
варіанті,
мала міс

вихідний
відображ
46,7±3,1
представ

Спі

I	II
	PI

(
тенденці
агоністів
виконанн
до B2-аг
різному с
собою (та

Показн

VC

FVC

50% F

FEV

PEF

кТ