

процесом – $13,5 \pm 1,8$ ($p < 0,05$). Проте після курсу лікування кількість балів у пацієнтів із сильним запальним процесом бронхів становила $17,6 \pm 2,3$, а в дітей із помірним запаленням – $11,7 \pm 1,8$ балів ($p < 0,05$). Навіть після курсу лікування діти із сильним запальним процесом в дихальних шляхах порівняно із пацієнтами із помірним запаленням частіше скаржились на приступи захворювання та застосовували глюокортикоїдні препарати.

Висновок. Таким чином, у дітей із сильним запальним процесом в дихальних шляхах порівняно з пацієнтами з помірним запаленням спостерігається тенденція до частішого виявлення явищ задухи і свистячих хрипів та тіршого контролю перебігу астми за бальною оцінкою, що вимагає застосування активнішої тактики базисного протизапального лікування.

Грицюк М.М., Яниш М.О., Гарас М.Н., Гарас О.В.
**Метаболіти монооксиду нітрогену у школярів, хворих
на бронхіальну астму: відображення тяжкості чи контролю?**
Обласна дитяча клінічна лікарня, Чернівці
Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Рівненський базовий медичний коледж, Рівне

Серед медіаторів запалення у конденсаті повітря, що видихається (КВП), виділяють доступні для визначення у практиці метаболіти монооксиду нітрогену (ММОН, Shaw D.E., 2007). Вважається, що ММОН є медіатором запального алергійного процесу та, відповідно, маркером запалення бронхів у хворих з бронхіальною астмою (Pijnenburg M.W., 2005; Olin A.-C., 2010). Наразі залишаються достеменно недослідженими взаємозв'язки між тяжкістю бронхіальної астми (БА) та інтенсивністю запалення. (Abba A.A., 2009; Wilson N.M., 2001). Невирішеними залишаються питання, що краще відображає рівень сНО: контроль над перебігом БА чи її тяжкість (Michils A., 2007; Burgel P-R., 2009; Beg M.S., 2009).

Метою дослідження було визначення діагностичної цінності рівня ММОН у КВП у верифікації неконтрольованої та тяжкої БА відносно контролюваного перебігу та середньотяжкого варіанту захворювання.

Матеріал і методи. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м.Чернівці з дотриманням принципів білетики обстежено 69 дітей шкільного віку, із них групи порівняння склали: 37 пацієнтів із тяжкою та 32 школярі із середньотяжкою перистувальною БА, а також 33 дитини з неконтрольованим та 36 хворих із контролюваним перебігом захворювання. За основними клінічними характеристиками групи порівняння були співставлювані. Тяжкість БА верифікували згідно протоколу діагностики та лікування БА в дітей, затвердженого МОЗ України (наказ № 767 від 27.12.2005р). Визначення контролю над перебігом захворювання проводили з використанням ACT – тесту (Астма Контроль Тест, Quality Metric Incorporated, 2002), згідно якого

кожне питання оцінювалося від 0 до 5 балів. По мірі покращання контролю астми, зростала сумарна кількість балів, а показником задовільного контролю вважали кількість балів 16 і більше. Визначення ММОН у КВП проводили за Ємченком Н.Л. Результати аналізували за принципами біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження. Середній рівень ММОН у КВП у дітей з тяжкою БА склав $43,7 \pm 3,0$ мкмоль/л (95% ДІ 37,6-49,9), у школярів із середньотяжким варіантом захворювання – $39,6 \pm 2,2$ мкмоль/л (95% ДІ 35,1-44,1, $P > 0,05$). У пацієнтів з неконтрольованим перебігом БА рівень ММОН у КВП в середньому сягав $43,6 \pm 2,9$ мкмоль/л (95% ДІ 37,6-49,6), водночас у представників групи порівняння – $40,1 \pm 2,5$ мкмоль/л (95% ДІ 35,1-45,3, $P > 0,05$). Рівень ММОН у КВП більше 49 мкмоль/л у виявленні тяжкої перистувальної БА у дітей шкільного віку відносно середньотяжкого варіанту захворювання характеризувався чутливістю 41% (95% ДІ 25-58), специфічністю 81% (95% ДІ 64-93), прогностичною цінністю позитивного результату 71% (95% 48-88), негативного результату – 54% (95% ДІ 39-69). Водночас, вказані значення ММОН у верифікації неконтрольованого перебігу БА відносно контролюваного володіли чутливістю 36% (95% ДІ 20-55), специфічністю 75% (95% ДІ 58-88), прогностичною цінністю позитивного результату 57% (95% 34-78), негативного результату – 56% (95% ДІ 41-70). Відносний ризик тяжкої БА при значеннях ММОН у КВП, що перевищують 49 мкмоль/л склав 3,0 (95% ДІ 1,0-9,0) при співвідношенні шансів 1,6 (95% ДІ 0,7-3,5), за цих же значень ММОН відносний ризик неконтрольованого перебігу сягав 1,7 (95% ДІ 0,6-4,8) при співвідношенні шансів 1,3 (95% ДІ 0,6-2,7).

Висновки. Показники ММОН більше 49 мкмоль/л виявилися специфічними як у верифікації тяжкої БА відносно середньотяжкого варіанту, так і при виявленні неконтрольованого перебігу захворювання стосовно контролюваного, проте в разі підтвердження тяжкості частка хибнегативних та хибпозитивних результатів виявилася дещо меншою, ніж при визначені контролю.

Дмитриевская М.И., Морозова Е.Н.
**Показатели электрокардиограммы по данным суточного
мониторирования у больных бронхиальной астмой**
ГУ «Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского», Симферополь

Бронхиальная астма (БА) у детей является чрезвычайно актуальной проблемой современной педиатрии и клинической медицины в целом. Нарушения ритма сердца в детском возрасте наиболее часто возникают в результате влияния различных экстракардиальных факторов.

Целью нашей работы было изучить состояние проводящей системы и нарушения ритма сердца при бронхиальной астме у детей.