

Лим М. В., Кодирова Ш. С., Узокова М. Ф., Алланазаров А. Б., Азимова Ш. Т.
**ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ
БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ**
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра педиатрии №1
(научный руководитель - д.мед.н. Шавази Н. М.)

Рост распространенности бронхообструктивного (БОС) синдрома у детей диктует необходимость совершенствования подходов к их лечению. При этом эффективность терапии во многом зависит от адекватности доставки лекарственных препаратов в дыхательные пути. В последние годы перспективным направлением является ингаляционная терапия.

Цель исследования: оценка эффективности небулайзерной терапии в комплексном лечении острого бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.

Материал и методы. Обследовано 32 больных раннего возраста с БОС (острый обструктивный бронхит, бронхиолит, ларингит). В 1-ю группу вошли 10 больных детей, находящихся на традиционном лечении, во 2-ю – 22 ребенка, получавших небулайзерную терапию в виде ипратропиума бромид (атровента) детям.

Обсуждение результатов. Исследования показали, что БОС сопровождается дыхательной недостаточностью и/или стенозом различной степени у 28 (87,5%) больных. Из анамнеза выявлено, что клинические проявления острой бронхообструкции впервые проявились: на 1 году жизни - у 21 (65,6%) обследованных, в возрасте от 1 года до 3 лет - у 11 (34,4%). Рецидивирующее течение бронхообструкции отмечено почти у каждого третьего ребенка. Свистящие хрипы и одышка имели 27 (84,4%) детей. Во 2 группе больных при лечении заболеваний, сопровождающихся острой бронхообструкцией, использовалась небулайзерная терапия. Бронходилатирующий эффект наступал через 4-7 ($5,9 \pm 1,1$) минут после ингаляции. В наших исследованиях у 12 (54,4 %) больных 2-ой группы уже на 2 день госпитализации полностью восстановилась проходимость бронхов, тогда как у детей 1 группы, получавших традиционную терапию бронхообструкция держалась дольше. У детей, принимавших небулайзерную терапию, купирование дыхательной недостаточности и нормализация температуры происходили на второй день, улучшение общего состояния больных, появление аппетита, исчезновение кашля, одышки и улучшение дыхания наступало раньше - на третьи сутки. Об эффективности лечения свидетельствует длительность пребывания больных в стационаре, составившая $4,1 \pm 0,2$ койко-дней, тогда как у больных 1 группы, получавших общепринятое лечение - $4,9 \pm 0,8$ койко-дней.

Выводы. Таким образом, небулайзерная терапия является перспективным методом терапии острой бронхообструкции у детей раннего возраста, значительно снижая клинические признаки заболевания и сокращая длительность стационарного лечения больных.

Лобанова Т. О., Мислицька Г. О.

**ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЙ ЕОЗИНОФІЛІВ У ДІТЕЙ ІЗ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ
АСТМИ ФІЗИЧНОГО ЗУСИЛЛЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О. К.)

Патогенетичні особливості функцій еозинофільних гранулоцитів у перебігу фенотипу бронхіальної астми фізичного зусилля (БАФЗ) у школярів вивчено у паралельних групах, сформованих за принципом простої випадкової вибірки методом «дослід-контроль». Сформовано дві співставимі за основними клінічними показниками групи порівняння. До першої (I, основної) увійшли 50 школярів із діагнозом БАФЗ, а до складу групи порівняння (II групи) – 52 хворих на БА дітей без ознак бронхоспазму фізичної напруги.

Показано, що у I клінічній групі абсолютне еозинофільне число крові становило $0,50 \pm 0,05$ Г/л, у II групі - $0,49 \pm 0,06$ Г/л ($P > 0,05$). Проте у хворих із БАФЗ еозинофільний патерн периферичної крові відмічений у 66,0% спостережень, а у групі порівняння - у 69,2% випадків ($P > 0,05$). У I клінічній групі індекс стимуляції (IC) еозинофільних гранулоцитів крові становив $0,97 \pm 0,22$ у.о., а дихальний резерв сягав $0,21 \pm 0,11\%$. У групі порівняння такі резервні можливості киснезалежної мікробіцидності еозинофільних лейкоцитів відповідно становили $0,97 \pm 0,1$ у.о. та $0,74 \pm 0,32\%$ ($P = 0,05$). Респіраторний резерв еозинофільних гранулоцитів більше 0,4% формазан-позитивних клітин у I клінічній групі визначався у 22,2% спостережень, а у групі порівняння – удвічі частіше (у 38,1% випадків). У дітей I клінічної групи вміст у крові ІЛ-5, що визначає еозинофільний характер запалення та відповідає за рекрутинг даних гранулоцитів у кровотік, становив у середньому 16,7 пг/мл, а у групі порівняння – лише 10,1 пг/мл ($P > 0,05$). Вміст ІЛ-5 у сироватці крові хворих на БАФЗ більше 17,0 пг/мл визначався у 16,7% випадків, а у групі порівняння – у 11,1% спостережень. Разом із тим, у дітей I клінічної групи середній вміст у мокротинні еозинофілів як основних клітин, які медіюють запальний процес у бронхах, становив 8,1%, а у групі порівняння – 6,2% ($P < 0,05$). Причому у хворих на БАФН відносний вміст еозинофілів у мокротинні більше 10,0% відмічений у 12 хворих (24,5%), а у групі порівняння – майже удвічі рідше – у 7 хворих (13,5%) ($P = 0,05$).

Таким чином, у дітей із фенотипом БАФЗ мала місце тенденція до переважання еозинофільного запального патерну крові, виснаження дихального резерву киснезалежної мікробіцидності еозинофільних гранулоцитів крові, вищий вміст у крові ІЛ-5, а також частіший еозинофільний характер запалення бронхів.