

**Висновок.** Тяжкість загострення бронхіальної астми у дітей шкільного віку можна спрогнозувати за допомогою анамнестичних даних. Більш тяжке загострення асоціюється з проживанням пацієнта в місті, фенотипом астми пізнього початку та масою тіла при народженні більше 3500 г. Наведені анамнестичні чинники під час загострення передбачають більш агресивну тактику призначення симптоматичного лікування хвороби.

*Сажин С.І. (Чернівці, Україна)*

## **ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОСТІ ВІРУС-ІНДУКОВАНИХ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗА ІМУНОЛОГІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ**

**Вступ.** Бронхіальна астма (БА) залишається актуальною медико-соціальною проблемою. За критеріями поширеності, тяжкості перебігу, труднощам щодо діагностики, лікування та реабілітації, БА посідає провідне місце серед захворювань ХХІ століття, а величезний економічний вплив спрямовує зусилля охорони здоров'я на покращання менеджменту хвороби та якості життя пацієнтів та їх батьків.

У патогенетичному аспекті БА розглядається як комплексне імунологічне та запальне захворювання, що характеризується хронічним запаленням бронхів, гіперреактивністю та ремоделюванням дихальних шляхів. Субстратом наведених механізмів вважають пошкодження епітелію з генетично детермінованою гіперпродукцією прозапальних цитокінів, активацією ефektorних клітин (опасистих клітин, Т-лімфоцитів, еозинофілів, нейтрофілів). Дискусійним залишаються наукові думки щодо протективного механізму наведених імунологічних показників у пацієнтів на тлі гострих інфекцій дихальних шляхів. Водночас, одними із найпоширеніших тригерних чинників загострень БА в дитячому віці вважаються респіраторні віруси.

**Мета роботи** – проаналізувати імунологічні показники периферійної крові для прогнозування тяжкості нападу бронхіальної астми та удосконаленню менеджменту ведення пацієнтів.

**Матеріали і методи.** На базі пульмоалергологічного відділення обласного комунального некомерційного підприємства «Чернівецька обласна

дитяча клінічна лікарня» обстежено 47 пацієнтів, госпіталізованих з приводу загострення БА. За клінічною бальною оцінкою тяжкості бронхообструкції сформовано дві клінічні групи: до першої (I) – увійшли 22 пацієнти з легкими або помірними симптомами БА, другу (II) – сформували 25 дітей з тяжким загостренням хвороби. Відсутність вірогідних відмінностей за статтю, віком, тривалістю захворювання свідчила про коректно сформовані клінічні групи порівняння.

Імунологічне дослідження враховувало оцінку активності киснезалежного метаболізму еозинофільних та нейтрофільних гранулоцитів периферичної крові гістохімічним методом, за даними спонтанного і стимульованого тесту з нітросинім тетразолієм (НСТ-тест) за В. Park et al. у модифікації Ю.І. Бажори та співавт. Результати тесту оцінювали за відсотком формазанпозитивних клітин у пробі.

Діагностичну (прогностичну) цінність оцінювали з урахуванням атрибутивного (АР), відносного ризиків (ВР), співвідношення шансів (СШ) та їх 95% довірчими інтервалами (ДІ).

**Результати та обговорення.** Виявлено, що у пацієнтів I клінічної групи середній відсоток НСТ-тесту нейтрофілів в його спонтанній модифікації становив  $29,5 \pm 3,2\%$ , серед дітей із тяжким загостренням даний показник сягав  $17,9 \pm 3,0\%$  ( $P < 0,05$ ). Легкий або помірний напад БА характеризувався більш високим рівнем НСТ-тесту нейтрофільних гранулоцитів після їх стимуляції ( $41,5 \pm 3,3\%$ ) на відміну від пацієнтів II клінічної групи ( $29,8 \pm 3,1\%$ ,  $P < 0,05$ ). Не встановлено вірогідних відмінностей у спонтанному та стимульованому НСТ-тестах еозинофілів крові серед пацієнтів клінічних груп, зокрема, спонтанний НСТ-тест дорівнював  $16,9 \pm 1,9\%$  та  $14,8 \pm 1,8\%$  ( $P > 0,05$ ), стимульований –  $19,5 \pm 2,2\%$  і  $15,9 \pm 2,4\%$  ( $P > 0,05$ ) в I та II клінічних групах відповідно.

Показник спонтанного НСТ-тесту нейтрофілів периферійної крові на рівні 23,0% і нижче характеризувався АР більш тяжкого загострення в межах 30,4%, ВР – 1,9 (95% ДІ 0,8-6,1) при СШ – 7,4 (95% ДІ 2,1-30,2).

НСТ-тест нейтрофілів в його стимульованому варіанти та показником 34,0% і нижче для прогнозування більш тяжкого нападу захворювання володів наступними характеристиками: АР – 26,1%, ВР – 1,7 (95% ДІ 0,5-6,2) при СШ – 5,7 (95% ДІ 1,8-34,3).

**Висновок.** Імунологічні показники периферійної крові, зокрема, спонтанний та стимульований варіанти НСТ-тесту нейтрофільних гранулоцитів дозволяє спрогнозувати тяжкість вірус-індукованого загострення бронхіальної астми у дітей. Показник спонтанного НСТ-тесту нейтрофілів нижче 23,0% та стимульованого НСТ-тесту нейтрофільних лейкоцитів нижче 34,0% є чинниками більш тяжкого нападу захворювання. Такі пацієнти потребують більш агресивної терапії загострення бронхіальної астми та підбору додаткової імуномодулюючої терапії.

*Сапунков О.Д., Сапункова С.С. (Черновці, Україна)*

## **ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Цель.** Осветить некоторые спорные вопросы лечения и профилактики острого среднего отита (ОСО), рецидивирующего среднего отита (РСО) и секреторного среднего отита (ССО).

**Материал и методы.** Приводятся литературные данные об этиологии средних отитов (СО), использовании антибиотиков в их лечении, показаниях к хирургическому лечению при ССО, применении вакцин для профилактики СО.

**Результаты и обсуждение.** Существует ряд спорных вопросов в лечении ОСО, РСО и ССО, таких как использование антибиотиков в их лечении, показаниях к хирургическому лечению при ССО, применение пневмококковой конъюгированной вакцины для профилактики СО. Также важна этиология СО из-за значительного влияния на здоровье ребенка в вопросе образовательных стратегий для родителей по профилактике данного заболевания. СО является наиболее часто диагностируемым детским заболеванием, на которое приходится 18% посещений врача. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу до 2 лет, обычно в возрасте 6–18 месяцев, с распространенностью 17–20%. Дальнейший пик заболеваемости СО приходится на 5 лет, одновременно с поступлением в школу. Это предположительно происходит в результате повышенного воздействия инфекций верхних дыхательных путей. Грудное вскармливание снижает заболеваемость СО на 13% при исключительном грудном вскармливании продолжительностью 3–6 месяцев. Это объясняется иммунологическим преимуществом и механической причиной - кормлением в вертикальном