

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет
Головне управління охорони здоров'я Чернівецької облдержадміністрації
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинського державного медичного університету

НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

17-18 листопада 2011 року
м. Чернівці

УДК 616.248-053.2-07

ББК 54.12

Н 40

Невирішені питання бронхіальної астми в дітей // Тези доповідей науково-практичної конференції / Під редакцією проф. Колоскової О.К. — Чернівці, 17-18 листопада 2011. — 76 с.

Рецензенти:

Сорокман Т.В., д.мед.н., професор, зав.кафедри педіатрії та медичної генетики Буковинського державного медичного університету;

Тодоріко Л.Д., д.мед.н., професор, зав.кафедри пульмонології та фтизіатрії Буковинського державного медичного університету.

У збірнику наведено результати наукових досліджень, присвячені актуальним питанням дитячої пульмонології та алергології, зокрема, проблемним аспектам клініки, діагностики, прогнозу та лікування бронхіальної астми та бронхообструктивного синдрому в дітей.

захворюванням можна представити у вигляді наведених нижче відношень: 1) соматичне захворювання стало безпосередньою причиною розвитку психічного синдрому (наприклад, прогресуюча задишка у хворих на БА часто викликає депресивну симптоматику, а хронічний перебіг захворювання – іпохондрію); 2) соматичне захворювання прискорює розвиток психічних синдромів у особистостей, які схильні до них (наприклад, істеричні реакції у дітей, що страждають на БА); 3) психічний стан розвивається як реактивна реакція на тяжке хронічне соматичне захворювання; 4) соматичне захворювання і психічний розлад не пов'язані між собою. У перших двох випадках терапевтична тактика спрямована на лікування соматичного захворювання. У третьому – поряд із лікуванням основного соматичного захворювання проводять навчальну та психотерапевтичну роботу, надають медико психологічну допомогу. У четвертому випадку відразу потрібно проводити специфічну терапію за обома напрямками.

Сажин С.І., Безрукова І.У., Друмова Н.С.
**Діагностика рівня контролю бронхіальної астми
в дітей шкільного віку за індексом Генслера**
Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Обласна дитяча клінічна лікарня, Чернівці

Відсутність стандартизованих надійних тестів по верифікації рівня контролю над бронхіальною астмою (БА) залишається важливою проблемою сучасної алергології. Усні опитувальники з діагностики рівня контролю, які ґрунтуються на клінічно-анамнестичних характеристиках перебігу хвороби, є суб'єктивними, що відображається у недооцінці симптомів хвороби пацієнтами. Серед додаткових методів контролю традиційно використовують визначення спірометричних характеристик функції зовнішнього дихання: це об'єм форсованого видиху на 1 сек (ОФВ₁), пікова об'ємна швидкість (ПОШ), форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ). Показники ОФВ₁ та ПОШ, що перевищують 80% від вікових стандартів, свідчать про контрольовану БА (КБА). Проте відомо, що в дитячому віці дані показники залишаються нормальними і за відсутності контролю. Отже, триває пошук інформативних високочутливих та високоспецифічних спірометричних критеріїв діагностики контролю над БА.

Мета дослідження: визначити діагностичну цінність спірометричного індексу Генслера для верифікації контрольованого варіанту БА відносно її неконтрольованої форми в дітей шкільного віку.

Матеріал і методи. На базі пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м.Чернівці) з дотриманням принципів біоетики комплексно обстежено 38 дітей шкільного віку, хворих на БА. Контрольованість визначали за анкетною «Asthma Control Test» (АСТ-тест). За сумою, яка перевищувала 20 балів, вважали, що БА є контрольованою. Сума балів 15 і менше свідчила

про неконтрольований варіант хвороби. За результатами сформовано дві клінічні групи: I клінічну групу склали 16 дітей із контрольованим перебігом хвороби, до II клінічної групи увійшли 12 школярів із недостатнім контролем БА. За основними клінічними показниками групи спостереження були зіставлювані. Індекс Генслера, який визначали у відсотках, обчислювали за відношенням ОФВ₁ до ФЖЄЛ. Результати аналізувались методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження. Установлено, що в дітей із контрольованою БА середній показник індексу Генслера, становив $95,8 \pm 2,2$ у.о. (95% ДІ 91,1-100,6 у.о.). Даний критерій у школярів II клінічної групи був достовірно нижче – $86,1 \pm 2,8$ у.о. ($P < 0,05$) та коливався в межах 95% ДІ від 79,9% до 93,4 у.о.

Індекс Генслера з розподільчою точкою, яка перевищувала 90,4%, з метою діагностики контрольованого варіанту БА відносно її неконтрольованого перебігу володів чутливістю – 75,0% (95% ДІ 47,6-92,7%), специфічністю – 75,0% (95% ДІ 42,8-94,5%), прогностичною цінністю позитивного – 80,0% (95% ДІ 51,9-95,7%) та негативного – 69,3% (95% ДІ 38,6-90,9%) результатів. Відношення правдоподібності позитивного результату становило 3,0, а негативного – 0,3. Використання індексу Генслера із запропонованою точкою розподілу для верифікації контрольованої БА підвищувало посттестову ймовірність позитивного або негативного результатів на 25,0%.

Висновки. Ураховуючи, що при використанні індексу Генслера з розподільчою точкою 90,4% для діагностики рівня контролю над БА у дітей шкільного віку, кожен четвертий результат був хибнопозитивним або хибнонегативним, використання даного тесту показане лише в комплексі з іншими діагностичними методами.

Сорокман Т.В., Ластівка І.В., Поліщук М.І., Костецький І.М.

**Епідеміологія та чинники уроджених вад розвитку
органів дихання у дітей Чернівецької області**

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Обласна дитяча клінічна лікарня, Чернівці*

Епідеміологія та структура уроджених вад розвитку (УВР) органів дихання (ОД) є суперечливими та невизначеними. За даними різних авторів, поширеність УВР ОД коливається від 2,5% до 40% від усіх УВР. Загальна поширеність в популяції становить 0,401:1000 або 1 випадок на 2495 народжень. УВР ОД не діагностуються пренатально за допомогою УЗД та не входять до складу вад обов'язкового обліку серед немовлят, що ускладнює їх ранню діагностику та моніторинг. Відкритим питанням залишаються чинники, що призводять до УВР ОД. Аномалії бронхолегеневої системи виникають в результаті порушень на ранніх стадіях ембріогенезу або постнатальних змін. Поява аномалій ОД визначається видом чинника та терміном вагітності, на який приходить його дія.