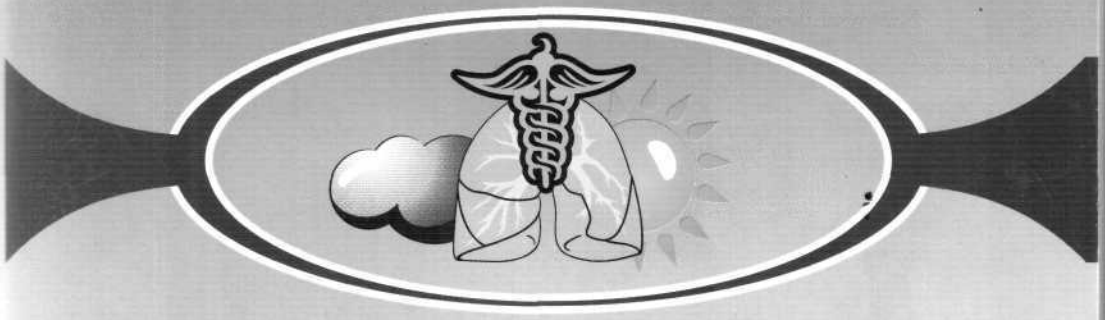
Міністерство охорони здоров`я України
Буковинський державний медичний університет
Головне управління охорони здоров`я
Чернівецької облдержадміністрації
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинського державного медичного університету

НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

17-18 листопада 2011 року
м. Чернівці

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

Власова О.В., Бєлашова О.В.
Оптимізація інтенсивної терапії перших нападів бронхіальної астми у дітей раннього віку за наявності прогностичних чинників їх несприятливого перебігу 21

Воротняк Т.М., Балицька Я.А., Гомма Н.В.
Верифікація пневмонії при нападах бронхіальної астми в дітей 22

Гарас М.Н.
Особливості відповіді на лікування школярів, хворих на тяжку бронхіальну астму, залежно від фенотипових характеристик захворювання 24

Германенко И.Г., Сергиенко Е.Н.
Катамнез детей с респираторно-синцитиальной инфекцией 25

Гончарук Р.І., Горбатюк І.Б., Донська Т.В.
Імуномодулювальна терапія в лікуванні дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму 27

Григола О.Г., Білоус В.В.
Клінічні особливості загострення бронхіальної астми в дітей, залежно від активності запалення дихальних шляхів 28

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? 30

Дмитриевская М.И., Морозова Е.Н.
Показатели электрокардиограммы по данным суточного мониторирования у больных бронхиальной астмой 31

Іванова Л.А.
Діагностична цінність інгаляційної провокаційної проби з гістаміном у підтвердженні бронхіальної астми фізичної напруги в дітей шкільного віку 33

Іванова Л.А.
Реактивність дихальних шляхів у дітей з персистуючим перебігом бронхіальної астми пізнього початку 34

Исангужина Ж.Х., Ким С.В., Агзамова С.Ж., Алтыбаева А.С., Пуховикова Н.Н., Сундетова Р.А.
Прогноз течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста 35

Каблукова О.К., Герасимова О.В., Потєєва Т.В., Чірка О.В., Марчук О.І.
Кардіопротекторний ефект тіотриазоліну в дітей, хворих на неконтрольовану бронхіальну астму 37

Каладзе Н.Н., Мурадосилова Л. И.
Состояние адаптационных систем в периоде обострения бронхиальной астмы у детей 38

Каспрук Н.М., Коваль Г.Д.
Телфаст в лікуванні бронхіальної астми з алергійним ринітом 39

Коваленко С.В.
Ефективність застосування небулайзерних інгаляцій фліксотиду та будесоніду при загостреннях бронхіальної астми у вагітних 40

Коваль Г.Д., Каспрук Н.М.
Алергічні реакції на лікарські препарати у хворих на бронхіальну астму 41

Кордунян Н.В., Марусик У.І.
Протизапальний ефект нуклеїнату в лікуванні бронхіальної астми у школярів 42

Крючко Т.О., Вовк Ю.О., Ткаченко О.Я., Рудяга Л.М.
Особливості перебігу, діагностики та лікування генетично-детермінованої атопічної бронхіальної астми в дітей 43

Лагунова Н.В., Козачун В.Л.
Психологическая работа с детьми, больными бронхиальной астмой (коррекция внутренней картины болезни) 45

Липко Л.Ю., Кордунян Н.В., Бєлашова О.В.
Клінічно – імунологічні критерії несприятливого перебігу нападів бронхіальної астми у дітей раннього віку 46

Литвинець Л. Я.
Клінічні маркери ступеня контрольованості бронхіальної астми в дітей 47

Лотоцька О.Є.
Діагностична цінність біомаркерів запалення бронхів у школярів для верифікації тяжкої бронхіальної астми 49

Марусик У.І.
Оптимізація менеджменту бронхіальної астми у школярів із використанням стероїдзберігувальної терапії 50

Микалюк Л.В.
Ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, за різного ацетиляторного фенотипу 51

Тарнавська С.І., Шахова О.О.
Клінічні особливості перебігу бронхіальної астми у підлітків залежно від вікової трансформації захворювання 53

Тимченко О.Г.
Антиоксидантний захист еритроцитів при астмі у дітей: варіабельність показників та вплив тіотриазоліну 54

Тодоріко Л.Д., Єременчук І.В., Підвербецька О.В., Мигайлюк Л.Д.
Обгрунтування лікування запального процесу при бронхообструктивному синдромі 56

Тодоріко Л.Д., Шевченко О.С., Бойко А.В., Герман А.О.
Психосоматичні та соматопсихічні синдроми при захворюваннях органів дихання 57

Надмірна концентрація на дитині	50,0	60,0	66,7	42,9	0,10	1,5 (0,42-5,54)
Наявність змін у поведінці	53,8	76,5	77,8	52,0	0,30	3,79 (0,97-14,8)
«Неалекситимічний» тип особистості	58,1	42,3	54,5	45,8	0,4	1,02 (0,35-2,9)
Високий рівень особистісної тривожності	28,6	90,9	80,0	50,0	0,30	4,0 (0,75-21,2)
Страх ситуації перевірки знань	32,3	81,3	76,9	38,2	0,15	2,1 (0,45-8,9)
Неврастенічний та/або сенситивний тип реагування на хворобу	50	81,5	81,2	56,7	0,38	5,3 (1,3-24,7)

Серед досліджених медико-психологічних характеристик для встановлення тяжкого персистувального перебігу БА на противагу середньотяжкому вірогідними факторами ризику в дітей шкільного віку виявились мешкання у сільській місцевості, неконтрольований перебіг хвороби, постійне носіння інгалятора, використання для інгаляцій спейсера, частота госпіталізацій 2 і більше разів за рік, обтяженість сімейного алергологічного анамнезу за материнським родоводом, неврастенічний та/або сенситизний тип реагування на хворобу.

Отже, для диференціювання тяжкого від середньотяжкого перебігу БА в шкільному віці доцільно, разом з оцінкою стандартних клінічних критеріїв на етапі вторинного скринінгу, враховувати, крім зазначених типів реагування на хворобу, й інші специфічні психологічні ознаки, зокрема, високий рівень особистісної тривожності пацієнта, відсутній оптимальний емоційний контакт з дитиною в родині, наявність проблемних аспектів сімейної ролі матері та змін у поведінці хворого після діагностування БА.

Болтенков В.Л., Гук Л.І., Хуторна О.В., Гарас М.Н.

Діагностична цінність дозозалежної кривої у визначенні контролю тяжкої бронхіальної астми у школярів

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

Метою роботи було визначити діагностичну цінність показника дозозалежної кривої (ДЗК) у визначенні задовільного контролю відносно неконтрольованого перебігу тяжкої персистувальної бронхіальної астми (БА) у дітей шкільного віку.

Матеріал і методи. У пульмонологічному відділенні ОДКЛ (м. Чернівці) обстежено 23 дітей шкільного віку з частково контрольованою і контрольованою тяжкою БА і 14 – з неконтрольованим тяжким варіантом захворювання. Контрольованість перебігу вивчали за адаптованим опитувальником (АСТ-тест). Для визначення ДЗК використовували інгаляційну провокаційну пробу з серійними розведеннями гістаміна, враховували концентрацію подразника, яка обумовлювала зниження об'єму форсованого видиху за 1с на 20%.

Результати дослідження. У дітей із задовільним контролем тяжкої астми середнє значення ДЗК склало 2,09±0,15 ум.од., водночас у школярів з неконтрольованим перебігом – 2,47±0,14 ум.од. Встановлено, що ДЗК менше 2,4 ум.од. у підтвердженні часткового та повного контролю відносно неконтрольованого перебігу характеризувалася чутливістю 80,0% (95% ДІ 44,3-97,4), специфічністю 63,6% (95% ДІ 30,8-89,1), прогностичною цінністю негативного результату 77,8% (95% ДІ 39,9-97,1) при співвідношенні шансів 7,0 (95% ДІ 0,97-50,5) та відносному ризику 3,0 (95% ДІ 1,3-6,9). Посттестова ймовірність верифікації достатнього контролю БА зросла до 69%.

Висновок. Таким чином, унаслідок виникненя у кожної третьої дитини хибнопозитивних результатів у підтвердженні задовільного контролю відносно неконтрольованого перебігу тяжкої персистувальної БА визначення ДЗК може використовуватися лише в комплексі з іншими об'єктивними показниками.

Власова О.В., Бєлашова О.В.

Оптимізація інтенсивної терапії перших нападів бронхіальної астми у дітей раннього віку за наявності прогностичних чинників їх несприятливого перебігу

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Розвиток ургентних ситуацій при бронхіальній астмі в дітей раннього віку пов'язаний із асфіктичним, обтураційними синдромами через недооцінку тяжкості перших нападів та невірне лікування хворого при розвитку тяжкого загострення захворювання.

Метою роботи було оцінити ефективність проведеної інтенсивної терапії нападу бронхіальної астми залежно від наявності підвищеного ризику тяжкості нападу в дітей раннього віку. І клінічну групу сформували 55 дітей раннього віку, хворих на бронхіальну астму з наявністю при поступленні до стаціонару клінічно-параклінічних чинників ризику несприятливого перебігу нападу, до ІІ групи ввійшли 45 пацієнтів за відсутності таких показників. Ефективність терапії оцінювали на 3-й і 7-й дні лікування за зниженням атрибутивного (ЗАР) та відносного (ЗВР) ризиків тяжкості нападу бронхообструкції з урахуванням мінімальної кількості хворих, що їх слід пролікувати для отримання позитивного результату (МКХ). Тяжкість нападів бронхіальної астми в дітей встановлювали за критеріями GINA, версії 2006 року. β_2-агоністи короткої дії призначали у 96,0% випадках,

комбінації селективних β_2-адреноміметиків з еуфіліном – кожній п'ятій дитині (22,0%), з глюкокортикостероїдами – 27,0% пацієнтів. Інфузійна терапія застосовувалась у 32,0% хворих на бронхіальну астму, антигістамінні препарати призначались 22,0% осіб даної групи спостереження, антихолінергічні препарати – 12,0%.

Результати дослідження. Відмічене значне зниження атрибутивного (ЗАР=47,5%) та відносного ризиків (ЗВР=72,1%, МКХ=3,7) при використанні комбінації селективних β_2-адреноміметиків із глюкокортикостероїдами, а також при застосуванні інфузійної терапії тяжкого нападу бронхіальної астми у обстежених дітей по відношенню до монотерапії β_2-агоністами (ЗАР=27,2%, ЗВР=30,2%, МКХ=4,2) в дітей із тяжким перебігом нападу бронхіальної астми.

Висновок. Таким чином, оптимізувати інтенсивну терапію перших нападів бронхіальної астми у дітей раннього віку за наявності в них прогностичних чинників несприятливого перебігу можна шляхом використання комбінації селективних β_2-адреноміметиків із глюкокортикостероїдами та застосування своєчасної інфузійної терапії.

Воротняк Т.М., Балицька Я.А., Гомма Н.В.

Верифікація пневмонії при нападах бронхіальної астми в дітей

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

Загострення бронхіальної астми в дітей, особливо молодшого віку, повсякчас супроводжується підвищенням температури тіла, порушеннями зовнішнього дихання, ознаками гіпоксемії, що викликає певні утруднення при верифікації діагнозу. Клінічні прояви нападу бронхіальної астми на фоні респіраторної інфекції асоціюють із симптомами та ознаками, які визначаються за інфекції нижніх дихальних шляхів. Разом із тим, традиційні інструментальні та лабораторні методи обстеження, у тому числі «золотий стандарт» верифікації пневмонії – рентгенологічне дослідження, супроводжуються численними хибнопозитивними і хибнонегативними результатами. Хоча, з іншого боку, тригерними чинниками розвитку нападів астми в непоодиноких випадках виступають збудники вірусних, бактеріальних і грибкових респіраторних інфекцій, які спричиняють запалення легеневої паренхіми. З цієї позиції питання вибору лікувальної тактики при надходженні до стаціонару дитини із загостренням бронхіальної астми та супутніми ознаками бактеріальної інфекції залишається суперечливим та визначається переважно клінічним досвідом лікуючого педіатра.

Мета дослідження. Вивчити діагностичну цінність окремих параклінічних показників у виявленні пневмонії, коморбідної до нападів бронхіальної астми в дітей.

Матеріал і методи. На базі Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 15 дітей, хворих на позалікарняну пневмонію

на фоні загострення бронхіальної астми (I група), та 112 дітей із загостренням бронхіальної астми (II група), що перебігали без супутніх ознак інфекційно-запального процесу. Середній вік дітей I групи становив 8,8±0,7 років (хлопчиків 66,7%), II групи – 11,3±0,3 років (хлопчиків 75,2%). У периферичній крові дітей визначали показники НСТ-тесту нейтрофілів та збирали конденсат видихуваного повітря, в якому досліджували вміст метаболітів оксиду азоту (Ємченко О.Є., 1994) і протеолітичну активність за лізисом азоколу (Веремеєнко К.Н., 1988). Стан кисне залежної мікробіцидності нейтрофілів периферичної крові вивчали за тестом з нітросинім тетразолієм (Park B.H.).

Результати дослідження. Установлено, що протеолітична активність за лізисом азоколу (лізис колагену клітин, який спостерігається при запаленні легеневої паренхіми) конденсату видихуваного повітря більше 0,27 мл/год у виявленні супутньої пневмонії володіє чутливістю 33,3%, специфічністю 91,1%, передбачуваною цінністю негативного результату 94,7%, при відношенні шансів 5,1, відносному ризику 4,2, атрибутивному ризику – 0,17 та відношенні правдоподібності – 3,7. Вміст оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря більше 45 мкмоль/л має недостатню діагностичну цінність виявлення пневмонії при нападі бронхіальної астми: чутливість 53,3%, специфічність 59,4%, передбачувана цінність негативного результату 90%, відношення шансів наявності пневмонії 1,7, відносний ризик 1,6, атрибутивний ризик – 0,06, відношення правдоподібності – 1,3.

Разом із тим відмічено, що при одночасному застосуванні даних НСТ-тесту нейтрофілів крові (індекс стимуляції нейтрофілів периферійної крові більше 0,76 у.о.) та показників конденсату видихуваного повітря (протеолітична активність за лізисом азоколу більше 0,27 мл/год, вміст метаболітів оксиду азоту більше 45,0 мкмоль/л) можна ефективніше верифікувати пневмонію при нападі бронхіальної астми із чутливістю 73,3%, специфічністю 97,3%, передбачуваною цінністю позитивного результату 78,6% та негативного результату 96,5%. При наведених показниках у хворих із фебрильним нападом бронхіальної астми відношення шансів наявності пневмонії становить 99,9, відносний ризик сягає 22,2, атрибутивний ризик – 0,75, відношення правдоподібності – 27,1, претестова вірогідність наявності пневмонії при нападі бронхіальної астми становить 11,8%, претестовий шанс – 0,13, посттестовий шанс – 3,7 та посттестова вірогідність – 78,5%, тобто вірогідність наявності пневмонії при нападі бронхіальної астми за таких показників підвищується на 66,7%.

Висновок. Таким чином, комплексне застосування показників індексу стимуляції нейтрофілів крові та конденсату видихуваного повітря є доцільним та інформативним для верифікації коморбідності по пневмонії при нападах бронхіальної астми у дітей.