

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**



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.*

## Зміст

Абдрахманов К.Б., Исангужина Ж.Х., Агзамова С.Ж., Алтыбаева А.С., Тулегенова Г.А., Бекниязова Д.К. Исход и прогноз у детей, перенесших в раннем возрасте острый обструктивный бронхит	7
Бабак М.Л. Изменение гормонального статуса детей, страдающих бронхиальной астмой	8
Безруков Л.О., Колоскова О.К., Богуцька Н.К., Гарас М.Н. Особенности цілорічного алергійного риніту, спричиненого сенсibiliзацією до кліщів домашнього пилу, в дітей з інтермітувальною та персистувальною бронхіальною астмою	9
Безруков Л.О., Галушинська А.В., Шевченко Н.О. Показники інфламатометрії дихальних шляхів у дітей, хворих на бронхіальну астму	10
Безруков Л.О., Колюбакіна Л.В., Хільчевська В.С. Роль параклінічних показників у прогнозуванні характеру перебігу бронхообструктивного синдрому в дітей	12
Безруков Л.О., Лотоцька О.Є. Показники лабільності бронхів у школярів із тяжкою та середньотяжкою персистувальною бронхіальною астмою	13
Безруков Л.О., Сажин С.І., Питлик-Яценко М.О. Динаміка якості життя підлітків, хворих на бронхіальну астму, за альтернативних режимів базисної протизапальної терапії	13
Безрукова Т.Л., Колюбакіна Л.В., Хільчевська В.С., Власова О.В. Діагностична цінність показників киснезалежного метаболізму гранулоцитів крові у прогнозуванні характеру перебігу бронхообструктивного синдрому в дітей	15
Белашова О.В. Оцінка ефективності основних компонентів інтенсивної терапії нападу бронхіальної астми у дітей раннього віку.	16
Богуцька Н.К. Гендерні особливості клінічно-психологічної характеристики школярів, хворих на бронхіальну астму, поєднану з алергійним ринітом	17
Богуцька Н.К., Чепура О.Я. Клінічно-психологічні аспекти діагностики тяжкого перебігу бронхіальної астми в дітей	18
Болтенков В.Л., Гук Л.І., Хуторна О.В., Гарас М.Н. Діагностична цінність дозозалежної кривої у визначенні контролю тяжкої бронхіальної астми у школярів	20

СП – 79%, ПЦПР – 83%, НЦПР – 29%, СШ (95% ДІ) – 2,1 (0,6-7,1). Показники діагностичної цінності нейтрофільних гранулоцитів становили відповідно: спонтанний НСТ-тест >0,2: ЧТ – 36%, СП – 71%, ПЦПР – 67%, НЦПР – 41%, СШ (95% ДІ) – 1,4 (0,6-3,1). Стимульований НСТ-тест >0,2: ЧТ – 34%, СП – 77%, ПЦПР – 74%, НЦПР – 38%, СШ (95% ДІ) – 1,7 (0,6-4,7).

Отримані дані дають підстави вважати, що за наявності наведених показників киснезалежного метаболізму еозинофільних лейкоцитів крові можна з помірним ступенем вірогідності спрогнозувати рецидивний характер синдрому в дітей раннього віку. Водночас, окремо взяті показники киснезалежної мікробіодності еозинофільних та нейтрофільних лейкоцитів крові недоцільно самостійно використовувати як вірогідні критерії ризику рецидивування БО в катамнезі. Наведені імунологічні маркери слід розглядати як допоміжні, надаючи перевагу клінічним даним.

Белашова О.В.

**Оцінка ефективності основних компонентів інтенсивної терапії нападу бронхіальної астми у дітей раннього віку**  
*Буковинський державний медичний університет, Чернівці*

Питання терапії періоду нападу бронхіальної астми в дітей раннього віку є досить важливими, у зв'язку з частими випадками смерті дітей під час астматичних нападів. Провідне місце в лікуванні нападів бронхіальної астми належить  $\beta_2$ -агоністам короткої дії. Деякі автори вказують на підвищення ефективності лікування дітей раннього віку, хворих на бронхіальну астму, при комбінованому використанні разом із селективними  $\beta$ -адреноміметиками антихолінергічних препаратів, системних глюкокортикостероїдів чи теофілінів. Інші дослідники, натомість спростовують позитивний вплив зазначених комбінацій. Тому, метою роботи став аналіз ефективності лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, із використанням представлених комбінацій.

Обстежено 100 дітей раннього віку, хворих на бронхіальну астму, які проходили лікування в пульмонологічному відділенні ОДКЛ м. Чернівці. І клінічну групу сформували 55 дітей з наявністю при надходженні до стаціонару клінічно – параклінічних факторів ризику несприятливого перебігу нападу бронхіальної астми, у II групу ввійшли 45 пацієнтів за їх відсутності. За основними клінічними характеристиками групи були зіставлюваними. Ефективність стартової терапії оцінювали на 3-й і 7-й дні. При цьому вираховували зниження атрибутивного (ЗАР) та відносного (ЗВР) ризиків тяжкості нападу бронхообструкції з урахуванням мінімальної кількості хворих, що їх слід пролікувати для отримання позитивного результату.

При аналізі тривалості лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, яким були використані різні варіанти дезобструктивної терапії (комбінації  $\beta_2$ -агоністів з еуфіліном, із інгалаційними ГКС)

вірогідних відмінностей виявити не вдалось, як і в показниках зниження абсолютного та відносного ризику несприятливого перебігу нападу. Однак, слід відмітити, що ефективність лікування нападу бронхіальної астми навіть при одноразовому призначенні системних глюкокортикостероїдних препаратів підсилювалась, на що вказувало зниження показників атрибутивного (ЗАР=54,6%) та відносного (ЗВР=76,4%, 95% ДІ 58-74) ризиків несприятливого перебігу нападу, порівняно з лікуванням хворих, яким не призначалась зазначена комбінація (показники зниження ризиків становили відповідно – 46,4% та 68,2%, 95% ДІ 54-82), що підтверджує існуючі дані в літературі про позитивний вплив системних глюкокортикостероїдів на лікування нападу бронхіальної астми.

Таким чином, отримані дані дають можливість вважати, що навіть одноразове призначення системних глюкокортикостероїдних засобів збільшує ефективність лікування та може знизити частоту летальних випадків під час нападу бронхіальної астми у дітей раннього віку.

Богущька Н.К.

**Гендерні особливості клінічно-психологічної характеристики школярів, хворих на бронхіальну астму, поєднану з алергічним ринітом**  
*Буковинський державний медичний університет, Чернівці*

Проведено комплексне клінічне обстеження (загально-клінічні, алергологічні та психологічні методи з оцінкою якості життя) 51 хлопчика та 24 дівчаток шкільного віку, хворих на персистувальну БА та алергічний риніт, а також психологічне тестування їх батьків (PARI, опитувальник А.Я. Варга, В.В. Столін).

Незважаючи на відсутність відмінностей за тяжкістю і контрольованістю перебігу БА (у т.ч. показниками типу і виразності запалення), а також особливостями супутньої особистісної та сімейної алергічної обтяженості, перинатальним, вакцинальним анамнезом, соціально-економічними показниками родин, у дівчаток більш істотним виявився показник лабільності бронхів ( $40,9 \pm 29,6$  проти  $22,0 \pm 19,5\%$  ( $p < 0,02$ )) переважно за рахунок індексу бронходилятації. Для контролю над симптомами астми дівчата частіше застосовували бронходилятаційні інгалаційні засоби –  $4,4 \pm 2,2$  проти  $3,2 \pm 1,7$  інгалацій ( $p < 0,03$ ), а також утричі частіше використовували інгальатори профілактично ( $1,5 \pm 2,4$  проти  $0,5 \pm 1,0$  інгалацій ( $p < 0,02$ )).

За особистісними (алекситимія, рівень тривожності, у т.ч. реактивної і шкільної) та сімейними (ставлення матері до сімейної ролі, емоційний контакт із дитиною, концентрація на дитині тощо) психохарактеристиками гендерних відмінностей в групах не виявлено. У дівчаток достовірно рідше спостерігали істотні порушення поведінки, що з'являлись після діагностування БА, однак їх батьки дещо частіше мали підвищену тривожність, усвідомлюючи ймовірну загрозу життю дитини через хворобу, та в родинях дівчат достовірно вищою була обтяженість супутніми фобіями. Тип реакції на хворобу дівчаток, на

відміну від хлопчиків, достовірно частіше був змішаним та дифузним. За рівнем та спектром сенсibiliзації (за вмістом IgE, специфічних до побутових, пилоквих, епідермальних алергенів) у дітей груп порівняння відмінностей не виявлено. Однак за результатами оцінки якості життя в дівчат, на відміну від хлопчиків, виразнішими та стійкішими до базисного лікування симптомами виявились саме емоційні проблеми через хворобу.

Отже, виявлені гендерні відмінності перебігу найпоширенішої хронічної поєднаної алергічної респіраторної патології та психологічної адаптації до неї дітей та їх родин слід враховувати, складаючи індивідуальну реабілітаційну програму.

Богуцька Н.К., Чепура О.Я.

**Клінічно-психологічні аспекти діагностики тяжкого перебігу бронхіальної астми в дітей**

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці*

Дослідження психологічної компоненти як частини різних фенотипів бронхіальної астми (БА) в дитячому віці, напевно, може підвищити ефективність їх діагностування, дозволить застосовувати адекватну лікувальну тактику та поліпшити рівень контрольованості перебігу захворювання. Тому метою дослідження було оптимізувати підходи до діагностики тяжкості БА в дітей шкільного віку на підставі поєднаного вивчення медичних (клінічно-параклінічних) та психологічних особливостей пацієнта та його сім'ї. Проведено комплексне клінічне (загально-клінічні, алергологічні, психологічні методи) обстеження 62 пацієнтів шкільного віку з персистувальною БА та їх родин. Оцінено діагностичну значущість вивчених параметрів у верифікації тяжкого перебігу захворювання (див. таблицю).

Таблиця

Діагностична цінність клінічно-параклінічних та психологічних характеристик пацієнтів та показники ризику тяжкої бронхіальної астми

Показники	Діагностична цінність, %				Показники ризику	
	Чутливість	Специфічність	Прогностична цінність позитивного результату	Прогностична цінність негативного результату	Абсолютний ризик	Співвідношення шансів (95% довірчий інтервал)
<b>Соціальні показники</b>						
Мешканці сільської місцевості	61,3	65,5	65,5	61,3	0,27	3 (1,05-8,6)

Жіноча стать	37,5	79,3	66,7	53,5	0,2	2,3 (0,73-7,3)
Відсутність грудного вигодовування, або його тривалість менше 3-х місяців	54,8	68,0	68,0	54,8	0,23	2,58 (0,86-7,74)
Незадовільні побутові умови	62,5	55,2	60,6	57,1	0,18	2,05 (0,74-5,71)
<b>Клінічні особливості перебігу БА</b>						
Неконтрольований перебіг	81,5	67,9	71,0	79,2	0,50	9,3 (2,7-32,5)
Застосування 4 і більше інгаляцій бронхолітика під час нападу	62,5	62,1	64,5	60,0	0,25	2,73 (0,97-7,69)
Наявність інгалятора з собою постійно	59,4	69,0	67,9	60,6	0,28	3,25 (1,13-9,34)
Використання спейсера	37,5	86,2	75,0	55,6	0,31	3,75 (1,05-13,4)
Частота госпіталізацій 2 і більше разів за рік	56,7	74,1	70,8	60,6	0,31	3,74 (1,21-11,5)
Потрапляння у ВРАІТ	48,4	75	68,2	56,8	0,25	2,81 (0,93-8,52)
Індекс маси тіла >95%	18,8	93,1	75,0	50,9	0,26	3,1 (0,58-16,9)
Обтяженість алергологічного анамнезу за материнським родоводом	66,7	66,7	70,0	63,2	0,33	4 (1,05-15,2)
Позитивні алергопроби на 3 групи алергенів і більше	62,1	54,6	64,3	52,2	0,16	1,96 (0,64-6,05)
<b>Результати психологічного обстеження</b>						
Низька/задовільна успішність	54,8	69,0	65,4	58,8	0,24	2,0 (0,94-7,77)
Проблемні аспекти сімейної ролі матері (<=13)	16,7	53,3	36,4	28,6	0,36	0,23 (0,06-1,0)
Оптимальний емоційний контакт з дитиною (<=16)	54,2	73,3	76,4	50,0	0,26	3,25 (0,8-13,2)