

ЗНАЧЕНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ (ГВИ) У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Савенкова М.С., Абдулаев А.К.,
Афанасьева А.А.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Москва

Герпесвирусы широко циркулируют среди взрослых и детей. Однако их роль при заболеваниях респираторного тракта у детей полностью не изучена.

Целью настоящей работы было исследование группы часто болеющих детей и определение роли герпесвирусов при заболеваниях респираторного тракта с выделением основных диагностических методов.

Обследовано 256 часто болеющих детей (ЧБД) в возрасте от 1 до 15 лет, которым было проведено серологическое обследование. У 115 (44,9%) из них было выявлено инфицирование герпесвирусами. Среди инфицированных герпесвирусами преобладали дети от 1 до 9 лет (68,3%). Большинству (46%) был установлен диагноз ОРЗ и острый обструктивный или простой бронхит (38,3%). Значительно реже определялись герпесвирусы при пневмонии (9,6%), бронхиальной астме (3,5%), крупе (2,6%). Результаты исследования показали, что в структуре ГВИ (2007-2010) преобладали ЭБВ (63,6%) и ЦМВ (59,1%). Практически у каждого третьего ребенка определялись Г-1,2 типа (33,9%), реже — Г-6 типа (8,7%).

В процессе обследования была выявлена различная диагностическая значимость маркеров герпесвирусов, которые определялись одновременно разными методами: ИФА (кровь), ДНК (ПЦР) в биологических жидкостях (слюне, моче, крови). В остром периоде заболевания отмечена более низкая диагностическая значимость метода ПЦР (в слюне, крови и моче — от 0% до 43,8%) по сравнению с серологическими методами — от 12,5% до 80%. Метод ПЦР большее значение имел для определения Г-6 типа (в кровь — 80% и слюна — 30%), для ЦМВ (в слюне — 43,8% и моче — 31,3%), для ЭБВ — в слюне (31,6%), для Г-1,2 типа — в слюне (30,8%).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АЛЬТЕРНАТИВНЫМИ ФЕНОТИПАМИ НАЧАЛА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Сажин С.И.

Буковинский государственный медицинский университет

Черновцы, Украина

Цель: определить качество жизни детей школьного возраста, больных персистирующей бронхиальной астмой (БА), для оптимизации индивидуализированного подхода к базисному лечению.

В пульмоаллергологическом отделении ОДКБ г. Черновцы обследовано 93 школьника, страдающих БА. По срокам проявления симптомов болезни сформированы две группы сравнения. Первую группу составили 49 школьников с ранним началом БА (в возрасте до шести лет), вторую — 44 ребенка, у которых манифестация симптомов наблюдалась в школьном возрасте. По основным клиническим показателям (пол, возраст, место жительства) группы были сопоставимы. Качество жизни пациентов определяли методом анкетирования. Использовали вопросник Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ), предложенный E. Juniper. Анкета, состоящая из 23 вопросов, включает такие составляющие как симптомы БА, ограничение активности и эмоциональную сферу. Более высокий среднеарифметический балл свидетельствовал о лучшем качестве жизни.

Результаты. Установлено, что у детей с фенотипом БА раннего начала по сравнению с пациентами, у которых симптомы болезни впервые проявились в школьном возрасте, отличалась достоверно меньшей средней суммой баллов по шкале, определяющей активность ($3,9 \pm 0,2$ и $4,4 \pm 0,3$), эмоциональную сферу ($4,1 \pm 0,3$ и $4,9 \pm 0,3$) и общий уровень качества жизни ($4,0 \pm 0,2$ и $4,7 \pm 0,2$) (во всех случаях $P < 0,05$). Не установлено достоверной разницы в группах сравнения по показателям, которые кодируют симптомы БА ($3,9 \pm 0,3$ и $4,4 \pm 0,3$ соответственно, $P > 0,05$). Возможно, недостаточно высокий уровень качества жизни у пациентов первой клинической группы связан с большей длительностью болезни, преувеличением симптомов БА перед родителями и врачами. В то же время, дети с фенотипом БА позднего начала могут не

всегда адекватно оценивать свое состояние, часто школьники не хотят показаться больными среди ровесников и скрывают наличие симптомов заболевания.

Вывод. Самооценка качества жизни пациентами с поздним началом БА достоверно выше по сравнению со школьниками, у которых симптомы болезни начались до шестилетнего возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОЙ БРОНХОФОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Сапунова А.В.¹, Хабибуллина Е.А.²,
Ермакова И.Н.¹

¹ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,

²ГБУЗ ДГБ №3

Тверь

Компьютерная бронхофонография (КБФГ) — метод неинвазивной диагностики ФВД, основанный на регистрации респираторного цикла и анализа дыхательных шумов, что позволяет оценивать звуковые характеристики дыхания, часто не выявляемые при физикальном обследовании, применяется у детей с рождения.

Цель: оценить эффективность метода КБФГ для диагностики ВП с синдромом бронхиальной обструкции у детей дошкольного возраста.

Обследован 51 ребенок в возрасте 6 мес — 6 лет, с подтвержденным рентгенологически диагнозом внебольничной пневмонии средней тяжести. На основании результатов КБФГ (в частотном диапазоне от 0,2 до 12,6 кГц) с использованием отечественного бронхофонографического диагностического автоматизированного прибора «Паттерн-1», все пациенты при поступлении разделились на две группы: 1-ю группу составили 23 (45%) ребенка с ВП и без вентиляционных нарушений; 2-ю группу 28 (55%) детей, с ВП и повышенным акустическим компонентом работы дыхания (АКРД) в высокочастотном диапазоне. Оценка клинических симптомов ВП и функциональные исследования проводились при посту-

плении ребенка в стационар, на 2-й день, 3-й, 5-й, 7-й день и при выписке. КБФГ выполняли в динамике до и после применения бета-2-агониста короткого действия в составе комбинированного лекарственного препарата (беродуал), в виде ингаляций через небулайзер «OMRON», в возрастной дозировке. Группу контроля составили 20 здоровых детей. Результаты и их обсуждение. Пациенты 1-ой группы наблюдения не имели клинических симптомов бронхиальной обструкции, и показатели АКРД в диапазоне 5,0-12,6 кГц у них находились в пределах до 0,2 мкДж, (т.е. не выходили за пределы референтных значений нормы). При анализе клинической симптоматики и данных КБФГ у детей 2-ой группы было установлено, что в 89,3% случаев определялись клинические признаки бронхиальной обструкции и выявлялись вентиляционные нарушения легких (увеличение АКРД в высокочастотном диапазоне до 0,6 мкДж). Только у 3 детей (10,7%) 2-ой группы клинических признаков бронхиальной обструкции не наблюдалось, однако фиксировались вентиляционные нарушения на бронхофонограмме. После ингаляции беродуала у детей 2-й группы отмечалось снижение показателей АКРД в высокочастотном диапазоне.

Выводы: компьютерная бронхофонография является эффективным, неинвазивным методом исследования ФВД, позволяет визуализировать и объективно оценивать характер акустических изменений в легких у детей дошкольного возраста, может быть рекомендована для диагностики бронхообструктивного синдрома в т.ч. при внебольничной пневмонии.

ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОДЕ ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Семерник О.Е., Тараканова Т.Д.,
Лебеденко А.А.

ГБОУ ВПО РОСТГМУ

Минздравсоцразвития России

Ростов-на-Дону

Цель: изучить особенности кардиогемодинамики у подростков в периоде обострения и ремиссии бронхиальной астмы (БА).