



УДК 616.248-053.4

ГОНЧАРУК Р.І., КОЛОСКОВА О.К., ІВАНОВА Л.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ФЕБРИЛЬНИХ НАПАДІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ІНФЕКЦІЙНО-АЛЕРГІЧНОГО ГЕНЕЗУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Резюме. На підставі проведеного клініко-епідеміологічного дослідження вивчені окремі клініко-анамнестичні особливості фебрильних нападів бронхіальної астми в дітей раннього віку. Встановлено, що наявність у пацієнтів раннього віку з фебрильними нападами астми повторних епізодів бактеріальної інфекції дихальних шляхів в анамнезі, поступового характеру розвитку нападу, клінічних ознак інтоксикації при незначній гарячці за відсутності вказівок на клінічні прояви ексудативно-катарального діатезу й раннє штучне вигодовування асоціювалося з вірогідним ризиком бактеріальної природи бронхо-обструктивного синдрому.

Ключові слова: бронхіальна астма, фебрильний напад, бактеріальна інфекція, чутливість, специфічність.

Вступ

Сучасні погляди на хронічне персистуюче запальне ураження дихальних шляхів як провідну патогенетичну ланку бронхіальної астми [1] диктують необхідність раннього виявлення цих змін і наполегливого проведення протизапальної терапії. Своєрідність запального процесу в дихальних шляхах при бронхіальній астмі полягає в поєднанні імунологічних і неімунних механізмів його виникнення. Однією з невирішених проблем лікування даної патології в дітей раннього віку є вибір терапевтичної тактики при нападах, що розвинулися на фоні підвищеної температури тіла, адже понад 80 % загострень астми в дітей поєднуються з гострими респіраторними вірусними захворюваннями [2], а бактеріальні інфекції модифікують перебіг астми шляхом підсилення гіперреактивності та зміни резистентності організму [3]. Повсякчас у даній ситуації, особливо за наявності в пацієнтів у перші дні нападу нейтрофільного лейкоцитозу зі зсувом формули ліворуч, дана проблема розв'язується шляхом призначення антибіотиків [4]. Обґрунтуванням цього можуть бути накопичені дані про те, що інфекційне запалення відіграє тригерну роль щодо формування гіперчутливості бронхів та виконує підтримуючу функцію щодо персистування бронхіальної обструкції [5], хоча, власне, окремі антибіотики й антипіретики можуть підвищувати ризик формування нападів астми [6].

Тому проблему диференційованого лікування фебрильних нападів бронхіальної астми в дітей ранньо-

го віку наразі слід визнати актуальною, проте до кінця не вирішеною.

Мета дослідження — вивчити діагностичну цінність окремих клініко-анамнестичних даних у хворих на бронхіальну астму дітей раннього віку з фебрильними нападами захворювання для удосконалення раціональної антибактеріальної терапії періоду нападу.

Матеріал і методи

Обстежені 32 дитини з фебрильними нападами бронхіальної астми. І клінічну групу склали 13 дітей, у яких рівень С-реактивного білка в сироватці крові в перші дні нападу перевищував 50 мг/л, II групу — 19 хворих із концентрацією даного білка в сироватці крові, нижчою від указаної величини. При цьому апріорі припускали, що у хворих із високим рівнем С-реактивного білка в сироватці крові інфекційний процес обумовлювався інфікуванням бактеріальної природи, а в дітей із низьким умістом цього прозапального протеїну — вірусної [7]. За загальноклінічними показниками, тривалістю перебігу бронхіальної астми та лікувальними призначеннями на догоспітальному етапі вірогідних відмінностей між групами не виявлено. Усім дітям було проведено комплексне обстеження, яке включало загальноклінічне, рентгенологічне, імунологічне I–II рівнів та вірусологічно-бактеріологічне дослідження, а отримані результати аналізувалися за допомогою варіаційної статистики та з позицій клінічної епідеміології за допомогою методу «випадок — контроль» [8], при цьому дотримувались основних вимог щодо даного методу дослідження.

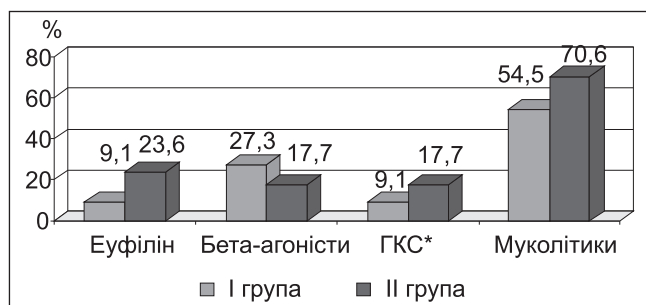


Рисунок 1. Особливості медикаментозної терапії в групах порівняння на догоспітальному етапі (частота випадків призначення, %)

Примітка: * — ГКС — використання глюкокортикостероїдної терапії.

Результати дослідження та їх обговорення

При вивченні особливостей анамнезу представників клінічних груп встановлено, що в дітей, у яких імовірною причиною нападів була вірусна інфекція дихальних шляхів, спостерігалася констеляція факторів ризику розвитку atopічної реактивності в ранньому дитинстві, а у хворих, у яких причиною нападів, імовірно, була бактеріальна інфекція дихальних шляхів, — перинатальна патологія, що, можливо, спричиняла ослаблення місцевого імунного захисту дихальних шляхів.

Провокуючим фактором розвитку фебрильних нападів у пацієнтів I групи зазвичай виступала інфекція дихальних шляхів, яка перебігала з ознаками інтоксикації, що зумовлювало необхідність призначення антибактеріальних препаратів у 63,6 % випадків (проти 35,3 % у II групі, $P_f > 0,05$). Звертала на себе увагу тенденція до переважання вогнищ хронічної інфекції в ділянці носоглотки в пацієнтів II клінічної групи — 41,2 % випадків, а в групі порівняння — лише 27,3 % спостережень ($P_f > 0,05$). Це, мабуть, пояснювалося як сенсibiliзаційною роллю хронічних вогнищ інфекції в організмі дітей, так і хронічним персистенням у них вірусної інфекції.

На рис. 1 наведені особливості лікування на догоспітальному етапі пацієнтів клінічних груп порівняння.

Таблиця 1. Діагностичне значення клініко-анамнестичних даних у виявленні бактеріальної природи фебрильних нападів бронхіальної астми в дітей раннього віку

Клініко-анамнестичні результати	Чутливість, %	Специфічність, %	Передбачувана цінність результату, %		Відношення шансів
			Позитивного	Негативного	
Відсутність вказівок на ЕКД та раннє штучне вигодовування	55,0	63,0	77,0	38,0	2,05
Ознаки повторних епізодів бактеріальної інфекції	58,0	96,0	99,0	22,0	25,0
Поступовий початок нападів астми	75,5	53,0	18,0	94,0	3,4
Клінічні ознаки інфекції дихальних шляхів	52,0	57,0	82,0	24,0	1,44
Тривалість гарячки не більше 1 доби	70,0	78,0	82,0	65,0	8,5
Помірна інтоксикація	54,0	74,0	91,0	23,0	3,0

Примітка: ЕКД — ексудативно-катаральний діатез.

Аналіз проведеної терапії дозволив зробити висновки не лише про гостріший початок приступу, але й вираженішу бронхообструкцію в дітей II клінічної групи, мабуть, за рахунок бронхоспазму, що призвело до частішого призначення еуфіліну та глюкокортикостероїдів. Так, тяжкий ступінь бронхіальної обструкції відзначався у них в 17,7 % випадків при надходженні дітей до стаціонару та не спостерігався у жодної дитини I клінічної групи.

Нами не виявлено суттєвих відмінностей у вираженості температурної реакції в дітей груп порівняння. Водночас у дітей I клінічної групи температурна реакція тривала менше порівняно з пацієнтами II групи. Це, мабуть, можна пояснити терапевтичною дією антибіотиків при бактеріальній інфекції та відсутністю їх ефекту при вірусній інфекції. Так, збереження підвищеної температури впродовж 1-ї доби після надходження до стаціонару спостерігалась у 81,8 % дітей I групи та у 35,3 % дітей II клінічної групи ($P < 0,01$).

На протипагу цьому інтоксикаційний синдром зустрічався у 90,9 % хворих із передбачуваною бактеріальною інфекцією дихальних шляхів як причиною фебрильних нападів бронхіальної астми та у 76,5 % пацієнтів клінічної групи порівняння ($P_f > 0,05$). В основному інтоксикаційний синдром визначався блідістю шкіри (90,9 %), підвищеною збудливістю дітей (54,5 %), кволістю хворих (36,4 %), тобто мав системний характер та відображав загальну реакцію організму на стрес, викликаний інфекційним процесом.

Під час проведеної терапії загальний стан дітей у клінічних групах покращувався однаковими темпами й вірогідно не відрізнявся як при надходженні, так і в динаміці лікування у стаціонарі.

Проведений клініко-епідеміологічний аналіз окремих клініко-анамнестичних результатів обстеження дітей раннього віку з фебрильними нападами бронхіальної астми (табл. 1) показав низьку чутливість цих показників щодо верифікації бактеріальної природи через наявність псевдонегативних результатів у 25–48 % випадків. Специфічність указаних

критеріїв за винятком повторних бактеріальних інфекцій дихальних шляхів в анамнезі захворювання також була недостатньою через часті псевдопозитивні результати (22–47 %). Водночас у більшості випадків за наявності цих ознак можна було стверджувати про присутність бактеріальної інфекції, а за відсутності поступового початку нападу — про відсутність даної природи бронхіальної обструкції.

Про високий ризик бактеріальної природи фебрильних нападів бронхіальної астми в дітей раннього віку свідчила наявність вказівок в анамнезі на повторні епізоди респіраторної інфекції, імовірно, бактеріального походження, ознак помірної інтоксикації при надходженні дітей до стаціонару з актуальним нападом, а також недовготривала гарячка, що зумовлено, ймовірно, ефективним призначенням антибактеріальних засобів.

Висновки

Отже, для хворих раннього віку з фебрильними нападами бронхіальної астми, зумовленими ймовірно бактеріальною інфекцією, порівняно з пацієнтами, у яких напад найбільш імовірно провокувався гострою вірусною інфекцією дихальних шляхів, характерними були менш виражена констеляція клініко-анамнестичних даних атопічної реактивності та вираженіша інфекційно-запальна констеляція. Наявність у пацієнтів раннього віку з фебрильними нападами астми повторних епізодів бактеріальної інфекції дихальних шляхів в анамнезі, поступового характеру розвитку нападу, клінічних ознак інтоксикації при незначній гарячці та відсутності вказівок на клінічні прояви ексудативно-катарального діатезу й ранне штучне вигодовування асоціюється з ві-

рогідним ризиком бактеріальної природи бронхообструктивного синдрому.

Перспективи подальших досліджень. Вивчити діагностичну цінність окремих імунологічних результатів у хворих на бронхіальну астму дітей раннього віку з фебрильними нападами захворювання.

Список літератури

1. Taylor D.R., Bateman E.D., Boulet L.-P. A new perspective on concepts of asthma severity and control // *Eur. Respir. J.* — 2008. — Vol. 32. — P. 545-554.
2. Генне Н. Вирусная инфекция и бронхиальная астма у детей // *Инфекционный контроль.* — 2002. — № 2. — С. 34-36.
3. Волосовець О.П., Ковбаско К.М. Взаємозв'язок між показниками мікробіологічного та цитологічного складу бронхіального вмісту та станом природної резистентності організму у дітей з бронхіальною астмою, яка ускладнена респіраторною інфекцією // *Вестник физиотерапии и курортологии.* — 2001. — Т. 7, № 2. — С. 74-78.
4. Вікторов О.П., Ковбаско К.М. Можливості застосування макролідного антибіотика спіраміцину у лікуванні бронхіальної астми у дітей // *Ліки.* — 1999. — № 5-6. — С. 24-26.
5. Ковбаско К. Значення мікробіологічного та цитологічного контролю в діагностиці інфекційних процесів бронхолегеневої системи у дітей // *Ліки України.* — 2000. — № 11. — С. 43-45.
6. Cohet C., Cheng S., MacDonald C. et al. Infections, medication use, and the prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and eczema in childhood // *Journal of Epidemiology and Community Health.* — 2004. — Vol. 58. — P. 852-857.
7. Іванова Л.А. Діагностична цінність окремих показників гострофазового запалення при пневмонії у дітей грудного віку // *Буковинський медичний вісник.* — 2001. — № 4. — С. 62-65.
8. Fletcher R.H., Fletcher S.W., Wagner E.H. *Clinical Epidemiology — the essentials.* — Baltimore; London: Williams & Wilrins, 1982. — 223 p.

Отримано 21.07.09 □

Гончарук Р.И., Колоскова Е.К., Иванова Л.А.
Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФЕБРИЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Резюме. На основании проведенного клинико-эпидемиологического исследования изучены отдельные клинико-анамнестические особенности фебрильных приступов бронхиальной астмы у детей раннего возраста. Установлено, что наличие у пациентов раннего возраста с фебрильными приступами астмы повторных эпизодов бактериальной инфекции дыхательных путей в анамнезе, постепенного характера развития приступа, клинических признаков интоксикации при незначительной лихорадке при отсутствии указаний на клинические проявления экссудативно-катарального диатеза и раннее искусственное кормление ассоциировалось с достоверным риском бактериальной природы бронхообструктивного синдрома.

Ключевые слова: бронхиальная астма, фебрильный приступ, бактериальная инфекция, чувствительность, специфичность.

Goncharuk R.I., Koloskova O.K., Ivanova L.A.
Bukovina State Medical University, Chernivtsi
Ukraine

CLINICAL FEATURES OF FEBRILE ATTACKS OF BRONCHIAL ASTHMA WITH INFECTIOUS ALLERGIC GENESIS IN INFANTS

Summary. Certain clinical and anamnestic presentations of febrile attacks of bronchial asthma in infants have been studied on the basis of the clinical-epidemiologic investigation. It has been showed that in infants with febrile attacks of bronchial asthma both recurrent episodes of bacterial infections of airways in anamnesis and progressive beginning of attack and clinical signs of toxic syndrome with moderate fever under the absent clinical manifestation of exudative catarrhal diathesis and early artificial feeding were associated with significant risk of bronchial obstruction caused by bacteria.

Key words: bronchial asthma, febrile attack, bacterial infection, responsiveness, specificity.