



цього. Для виявлення прогностичних критеріїв (ПК), було застосовано неоднорідну послідовну процедуру (НПП) Вальда-Генкіна. Відповідно до НПП всі ознаки було розподілено на діапазони, порівняно їх частоту в обох групах хворих, визначено ПК та інформативність (I) ознак. Прогностичну цінність становили показники, з I вище 0,3. Прогнозування перебігу шигельозу здійснюється шляхом підсумовування ПК за наявності або відсутності ознак. Якщо сума ПК досягає значення «+13,0» і більше, можна прогнозувати ГП шигельозу, а якщо «-13,0» і менше – ХП.

Із клініко-анамнестичних ознак цінність мали: перенесені раніше інфекційні захворювання (ГРІ-4,04, бронхіт+1,63, кишкові інфекції-0,13, діти не хворіли-13,94), анемія, (немає-1,53, є+10,08), перебіг вагітності (фізіологічний-1,23, патологічний+3,67), наявність домішок у випорожненнях (слизу-10,1, крові-6,15, неперетравлених часток їжі+13,9, зеленого кольору-3,6, немає-7,2), блювота (немає-5,78, одноразова+12,8, багаторазова+1,3), спазм і гурчання сигмоподібної кишки (є+1,8, немає+2,5), ексикоз (I ст.-3,8, II+1,5, III+2,6), рівень ураження ШКТ (гастроентерит-3,3, ентероколіт-5,36, гастроентероколіт+0,27), температура тіла (до 380-0,71, 38,1-390С+7,21, 39,10С+8,62, немає -1,68).

Загальноприйняті лабораторні показники: клінічний аналіз сечі (протеїнурія+2,08, кетонурія+0,30, еритроцитурія+5,89); рівень гемоглобіну (до 115 г/л+3,75, вище 116 г/л-1,54) кількість сегментоядерних нейтрофілів (до 7,35*109/л-2,13, вище 7,36*109/л+2,2).

Із спеціальних показників – рівень ПГЕ (до 215 пг/мл+4,75, вище 215,1 пг/мл-3,81), ІЛ-6 (до 7,5 пг/мл-2,59, вище 7,5 пг/мл-3,45), ІЛ-1β (до 54 пг/мл-2,02, вище 54,1 пг/мл та+7,66), ПГФ2α (до 70 пг/мл-2,53, вище 70,1 пг/мл+5,8), лізоциму (до 0,52-4,78, вище 0,53%+2,93), ФНП-α(до 70 пг/мл-1,87, вище 70,1 пг/мл+7,44), ІЛ-2 (до 60 пг/мл-1,87, вище 60 пг/мл+7,44), sIg A (до 1 мг/л +3,40, вище 1,1 мг/л-3,51), АОА (до 30%+4,0, вище 30,1%-2,56), ІЛ-8 (до 13 пг/мл-3,05, вище 13,1 пг/мл+3,54); ВЕ (до 12 мкмоль/л+2,78, вище 12,1 мкмоль/л-2,12), ІЛ-4 (до 9,5 пг/мл-1,93, вище 9,51 пг/мл+3,0), Zn (вище 12,1 мкмоль/л-1,05, до 12 мкмоль/л+4,97).

Таким чином, нами були отримані ПК шигельозу з ГП і ХП, які на початкових етапах маніфестації інфекції, дозволяють прогнозувати перебіг з точністю до 73%, використовуючи лише клінічні дані, а визначаючи спеціальні показники прогнозування підвищується до 95%.

УДК: 616.248-053.5-07

Х.М. Заяць, М.Н. Гарас, В.С. Гарбуз

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ПРОВОКАЦІЙНОГО ТЕСТУ З ГІСТАМІНОМ У ВИЯВЛЕННІ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ШКОЛЯРІВ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник – проф. Л.О. Безруков)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Оскільки гіперсприйнятливість дихальних шляхів є характерною ознакою бронхіальної астми (БА), виразність даного феномену, ймовірно, об'єктивно відображає тяжкість захворювання.

Метою роботи було визначення діагностичної цінності порогової концентрації гістаміну (ПК20Г) за результатами бронхопровокаційного тесту у виявленні тяжкої персистувальної бронхіальної астми відносно середньотяжкого перебігу у дітей шкільного віку.

Матеріал і методи. У пульмонологічному відділенні ОДКЛ м.Чернівці із дотриманням вимог біоетики обстежено 32 дітей із тяжким персистувальним перебігом (I клінічна група), та 35 школярів із середньотяжким варіантом БА (II клінічна група). За основними клінічними характеристиками групи суттєво не відрізнялися. Усім дітям у позанападному періоді проведена бронхопровокаційна проба із серійним розведеннями гістаміну, враховувалася концентрація, що обумовлювала зниження об'єму форсованого видиху за 1 с на 20%. Результати аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження та їх обговорення. Бронхопровокаційна проба з гістаміном менше 1,0 мг/мл характеризувалася високою чутливістю (88%) та достатньою прогностичною цінністю негативного ре-

зультату (78%), що відповідає вимогам скринуючого тесту по виявленню тяжкого варіанту захворювання. Однак ймовірність хибно верифікувати середньотяжку БА як тяжку при даних значеннях проби сягала 47%. Посттестова ймовірність верифікації тяжкого персистування захворювання при значеннях ПК20Г<1,0 мг/мл зменшувалася на 33%, водночас, при значеннях гіперчутливості бронхів, що знаходилися нижче даної розподільної точки, посттестова ймовірність виявлення тяжкої БА зростала на 14%.

Зі звуженням «діагностичного вікна» (ПК20Г<0,25 мг/мл) бронхопровокаційна проба набувала характеристик достатньо специфічного тесту (82%). Водночас, різко зростала можливість виникнення хибнонегативних результатів (58%), а посттестова ймовірність верифікації тяжкої БА захворювання при значеннях ПК20Г, що перевищували дану розподільчу точку, зменшувалася лише на 9%.

Висновок. Через значну частку хибнопозитивних (при дискримінантній точці менше 1,0 мг/мл) та хибнонегативних (при значеннях ПК20Г<0,25 мг/мл) результатів ізольоване використання порогової концентрації гістаміну за результатами бронхопровокаційної проби з гістаміном як скринуючого тесту є невиправданим.