

нееозинофільним. Для вивчення активності запалення дихальних шляхів у дітей з БА досліджували протеолітичну активність за лізисом азоальбуміну, азоказеїну та азоколу. Ступінь гіперсприйнятливості визначали за даними бронхопровокаційних тестів з гістаміном та дозованим фізичним навантаженням.

За результатами дослідження протеолітичної активності КВП, у дітей, хворих на БА відмічено підвищене накопичення вільно-радикальних сполук за лізисом низькомолекулярних білків при еозинофільній БА. Так, кількість пацієнтів із показниками протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну у КВП $>1,55$ мл/год у осіб I групи становила - 67%, а серед дітей 2 групи – лише у 31% спостережень ($P < 0,05$). Вважається, що накопичення продуктів розпаду білкових сполук підтримує бронхоконстрикцію при бронхоспазмі, яка виражається підвищеною гіперсприйнятливістю дихальних шляхів. Це підтверджується зворотнім міцним кореляційним зв'язком із показниками протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну та показниками провокуючої концентрації (ПК20Г), порогової дози (ПД20Г) гістаміну - $R = -0,8$; ($p < 0,05$), а також кореляція із показниками ІЛБ ($R = -0,6$; $p < 0,05$), у дітей з еозинофільним ТЗДШ.

В результаті дослідження показників гіперсприйнятливості бронхів виявлено міцний зворотній кореляційний зв'язок із показниками протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну та показниками провокуючої концентрації, порогової дози гістаміну - $R = -0,8$; ($p < 0,05$), у дітей з еозинофільним типом запалення дихальних шляхів.

Гарас М.Н.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ШКОЛЯРІВ З ТЯЖКОЮ ТА СЕРЕДНЬОТЯЖКОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ЗА ПОКАЗНИКАМИ КОНТРОЛЮ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було оцінити ефективність лікування дітей шкільного віку, хворих на тяжку та середньотяжку бронхіальну астму на підставі визначення показників контролю бронхіальної астми (БА).

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 57 дітей із тяжкою персистувальною БА, 65 пацієнтів із середньотяжким варіантом захворювання, які сформували I та II групи порівняння відповідно. За основними клінічними ознаками групи порівняння вірогідно не відрізнялися. Визначення контролю над перебігом захворювання проводилось з використанням АСТ – тесту (Астма Контроль Тест, Quality Metric Incorporated, 2002), згідно з яким кожне питання оцінювалося в балах від 0 до 5. По мірі покращання контролю астми зростала сумарна кількість балів, а показником задовільного контролю вважали кількість балів 16 і більше. Повторне визначення контролю проявів захворювання з використанням АСТ-тесту проводилося з інтервалом у 3 місяці. Отримані результати аналізувалися з використанням принципів клінічної епідеміології.

Встановлено вірогідне покращання контролю над проявами БА у дітей з тяжким варіантом захворювання за рахунок регресу денних симптомів, обмеження активності та, як наслідок, зменшення потреби у β_2 -міметиках короткої дії. Вірогідно відрізнялася і сумарна оцінка АСТ-тесту, зокрема у школярів перед початком протизапального лікування вона складала $13,7 \pm 0,70$ балів, після курсу - $16,7 \pm 0,78$ балів ($P < 0,05$). на тлі проведеного курсу протизапальної інгаляційної терапії у дітей з тяжкою БА зниження відносного ризику (ЗВР) неконтрольованого перебігу патології складало 23%, зниження абсолютного ризику – 15,7%, а мінімальна кількість хворих, котрих треба пролікувати для досягнення хоча б одного позитивного результату (ЧХНП), становила 6 школярів.

У дітей групи порівняння покращання оцінки контролю симптомів захворювання відбувалося найбільше за рахунок зменшення потреби у інгаляціях короткодійних бронхолітиків, водночас вірогідно покращилася і сумарна оцінка АСТ-тесту, зокрема до курсу базисного лікування вона становила $16,9 \pm 0,80$ балів, після закінчення лікування - $19,9 \pm 1,30$ ($P < 0,05$). У пацієнтів II групи зафіксовані такі показники ефективності терапії: ЗВР 72%, ЗАР 26%, ЧХНП 3,8 пацієнти.

Вцілому, проведене лікування в I групі наблизило її за клінічними показниками контролю до групи порівняння. Згідно з отриманими результатами АСТ-тесту, пацієнти II клінічної групи після курсу контролювального лікування досягали кращого контролю.

зокрема, поряд з порідшенням денних та нічних симптомів та дещо вищою самооцінкою контролю, притаманною для них була вірогідно рідша потреба у ситуативному використанні β_2 -агоністів короткої дії. Також вірогідно кращою виявилася сумарна оцінка контролю БА під впливом тривалого використання інгаляційних ГКС у дітей із середньотяжким персистуванням захворювання ($19,9 \pm 1,30$ бали), ніж у представників I клінічної групи ($16,7 \pm 0,78$, $P < 0,05$).

Іванова Л.А.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З ФЕНОТИПОМ АСТМИ ПІЗЬНОГО ПОЧАТКУ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинський державний медичний університет

З метою вивчення показників гіперсприйнятливості дихальних шляхів при астмі пізнього початку по відношенню до астми раннього початку з персистуючим перебігом захворювання в умовах пульмонологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 165 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму. Астму пізнього початку діагностовано у 95 хворих. Середній вік початку захворювання у цих дітей становив $9,0 \pm 0,9$ років, середній вік пацієнтів – $12,3 \pm 0,3$ років. У віці 6-8 років захворювання почалось у 48,1% пацієнтів, 9-12 років – у 37,0%, старше 13 років – у 14,9% дітей. Астму раннього початку діагностовано у 70 дітей шкільного віку. Середній вік початку захворювання становив $2,3 \pm 0,1$ року, а середній вік пацієнтів – $11,3 \pm 0,4$ років.

В роботі показано, що показник лабільності бронхів має тенденцію до підвищення (ПЛБ= $25,3 \pm 2,1\%$) за рахунок більш вираженого бронхоспазму (ІБС= $12,4 \pm 1,1\%$), а показник гіперреактивності бронхів (ДЗК= $2,0 \pm 0,1$ у.о.) вірогідно вищий у дітей з бронхіальною астмою пізнього початку в порівнянні з пацієнтами, захворювання у яких почалось в ранньому віці (ПЛБ= $24,2 \pm 2,1\%$; ІБС= $11,4 \pm 1,2\%$; ДЗК= $1,6 \pm 0,1$ у.о.).

Доведено, що показник гіперчутливості бронхів $PC_{20H} \leq 3,0$ мг/мл з чутливістю 84,1% підтверджує персистування бронхіальної астми у старшому віці. За наявності у дитини показника ПЛБ $\geq 24,0\%$ та ДЗК $\geq 2,0$ у.о. ризик персистування бронхіальної астми у старшому віці в 1,5 рази вищий, ніж у дітей з більш низькими даними показниками.

Отримані результати дають підстави вважати, що дітям, які страждають на бронхіальну астму пізнього та раннього початку притаманні фенотипіві особливості захворювання, які слід враховувати при обґрунтуванні індивідуалізованого лікування.

Лотоцька О.Є.

ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ШКОЛЯРІВ З ТЯЖКОЮ І СЕРЕДНЬО-ТЯЖКОЮ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинського державного медичного університету

Оптимальна стартова контролююча терапія бронхіальної астми (БА), адекватний її об'єм та активність у дітей, згідно рекомендацій GINA, залежить від тяжкості захворювання. Водночас, запропоновані на сьогодні критерії тяжкості БА ґрунтуються в основному на клінічних даних, а отже мають відносно суб'єктивний характер. Одним із об'єктивних критеріїв, який дає змогу точніше верифікувати діагноз БА є лабільність бронхів, яка є одним із проявів гіперсприйнятливості дихальних шляхів, проте діагностична цінність її показників у виявленні тяжкості БА не встановлена. Вивчення діагностичної ролі даних показників при оцінці тяжкості захворювання дозволить індивідуалізувати та оптимізувати контролюючу терапію БА.

Мета дослідження - визначити показники лабільності бронхів у дітей шкільного віку з тяжкою і середньо-тяжкою персистувальною БА та оцінити їх діагностичне значення для виявлення важкого варіанту захворювання.

Обстежено 62 школяра, хворих на БА. Сформовано дві клінічні групи спостереження: першу склав 31 хворий з тяжкою бронхіальною астмою, другу – 31 дитина із середньотяжким варіантом захворювання, які не різнилися за основними клінічними показниками. Спірографічну пробу з фізичним навантаженням (біг упродовж 5 хвили) з наступною інгаляцією 200 мкг салбутамолу, проводили за протоколом. Визначали індекс бронхоспазму (ІБС), індекс бронходилатації (ІБД), показник лабільності бронхів (ПЛБ).