

вання різних варіантів бронхолітичної корекції БОС при вчено еволюцію БОС у хворих на ВДТБ та проаналізовано вагу самолітуючих випадків.

у хворих на ТБ суттєво знижує ефективність їх лікування. во це пов'язано з порушенням саногенезу деструкції зой паренхіми, певною мірою — зумовлено гіпоксичною нстрикцією гіповентилюваних ділянок (рефлекс Ейлера—гранда) (Кужко М.М., 2000; Норейко С.Б., 2005).

імка еволюція легеневої патології та невинний розвиток кологічної індустрії зумовлюють необхідність проведення их досліджень щодо подальшого вивчення різних проявів ульозу та можливих варіантів поліпшення результатів його ня.

Визначення виходів рекурентних респіраторних захворювань у дітей в алергози та прогнозування їх перебігу

убаренко, Л.Г. Кравченко, Ієсілік, Р.М. Папінко, О.В. Решетилло,
сий державний медичний університет

ькість хронічних обструктивних захворювань легень l), у тому числі алергічного генезу, на сучасному етапі нею зростає. Дуже часто завдає патологія, має дебют у дитячю і. Оскільки несвоєчасно призначена терапія призводить до вання незворотних змін, прогнозування характеру перебігу аторних захворювань у дітей має суттєве профілактичне зна-

га роботи: визначення прогнозу перебігу частих рецидив-спіраторних захворювань у дітей з урахуванням принципів вої медицини.

геріали та методи. Робота складалася з двох частин: ретро-вного та проспективного досліджень. Були використані опії з історій розвитку та хвороби дітей із рекурентними аторними захворюваннями. Лабораторні дослідження вклю-изначення рівня IgE, тестування з неінфекційними алерге-аналіз складу конденсату видихуваного повітря (КВП), а та-ункціональні (спіро- і пікфлоуметрія) та психологічні тести чення самооцінки за методикою Дембо—Рубінштейн та ви-я рівня тривожності). Статистичні методи включали частот-акторний аналіз, визначення 95% діагностичного інтервалу токазники відношення шансів (OR), атрибутивного ризику показник популяційного атрибутивного ризику (PAR).

ультати. Відповідно до завдань роботи для визначення про-перебігу частих рецидивних респіраторних захворювань про- ретроспективний аналіз виходів у 300 дітей диспансерної , які часто повторно хворіли на респіраторні захворювання. ним критерієм добору до групи дослідження була частота рних епізодів гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) про-року — 6 та більше.

езультати частотного аналізу встановлено, що у 65% дітей (95% 5—70,5%) виявилися респіраторні алергози. Характерно, що іальна астма виявлена у 34,36% (95% ДІ 27,56—41,16%), алер-ерних дихальних шляхів — у 65,64% (95% ДІ 58,84—72,44%) (діагноз верифіковано визначенням підвищеного рівня IgE, ивними алерготестами та показниками функції зовнішнього ня). У 57 (19%) пацієнтів (95% ДІ 14,5—23,5%) сформувалася на патологія (ХОЗЛ, хронічний бронхіт (ХБ), захворювання органів тощо).

6 (2%) хворих (95% ДІ 0,4—3,6%) діагностовано вродже-спадкову патологію: вроджені вади розвитку (гіпоплазія ле-вроджена кіста), синдром Картагенера, селективний дефіцит глобуліну А, що становить 2% у групі дітей із повторними аторними захворюваннями, а у групі дітей із неалергічною зною патологією — 10,5% (95% ДІ 2,5—18,5%).

то зазначити, що у дослідженій групі 14% дітей припинили ги на часті повторні ГРЗ (95% ДІ 10—18%), середній вік на мо-вудужання становив 9,3±1,1 року.

я визначення прогнозу виходів респіраторних захворювань, иво у випадках гострого обструктивного бронхіту (ГОБ), лено дослідження 118 дітей віком від 7 до 15 років. Визначені формативніші, статистично значущі фактори ризику неспри-ого прогнозу перебігу ГОБ у дітей за показниками атрибутив-изику (AR від 30,0 до 78,6%) та відношення шансів (OR від 45,1) при 95% ДІ вище 1,0 такі: гестоз, перинатальне ура-

ження нервової системи (ПУНС), короткий термін грудного ви-годовування (менше 3 місяців) або навіть штучне вигодовуван-ня з народження, перенесені на першому році життя ГРЗ та отри-мана антибактеріальна терапія, висока захворюваність у старшо-му віці (6 випадків та більше на рік), перенесені пневмонії, ередки інфекції — хронічні аденоїдит та тонзиліт, проживання у промисловій зоні та утримування хатніх тварин чи птахів, тесту-вання за анкетами адаптації до стресу >12 балів, високий рівень тривожності, підвищення рівня продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у КВП.

За допомогою показника PAR можна оцінити, який із факторів ризику має максимальний вплив на стан здоров'я популяції. Найбільш значущими для популяції є фактори, які мають показ-ник PAR>0,005. Усі зазначені вище фактори мали показник PAR від 0,005 до 0,026.

Тобто, якщо вдалося досягти повного усунення цих факторів, частота захворюваності дітей на ГОБ з несприятливим перебігом могла бути знижена у середньому на 15 та більше (відповідно до PAR) випадків на кожну 1000 дітей.

На підставі бальної оцінки факторів визначено ступінь ри-зику несприятливого перебігу ГОБ у дітей. Так, якщо дитина за підрахунком діагностичних балів (ДБ) факторів ризику >50 ДБ, ди-тину можна віднести до групи ризику несприятливого прогнозу за-хворювання і призначити диференційовану терапію.

Висновки. Таким чином, на підставі визначення віддалених виходів рекурентних респіраторних захворювань показана висо-ка частка (65%) респіраторних алергозів, визначені фактори ризи-ку несприятливого перебігу, що буде сприяти ранній діагностиці та призначенню індивідуалізованої терапії.

Показники гіперсприйнятливості бронхів при різних фенотипах бронхіальної астми у дітей

Л.А. Іванова,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета роботи: дослідження показників гіперсприйнятливості бронхів при різних фенотипах бронхіальної астми в дітей.

Матеріалі методи. В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ №1 м. Чернівці обстежено 372 дитини, хворі на бронхіальну астму. Середній вік дітей становив 11 + 0,36 років, серед обстежених було 76,4% хлопчиків. Усім хворим проведено комплексне дослідження, що включало оцінку неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів та гіперчутливості шкіри до основних небактеріальних алергенів. Діагноз бронхіальної астми встановлювали згідно рекомендацій GINA-2008.

Отримані результати. Нами виділено 6 фенотипів бронхіальної астми в обстежених хворих: астма пізнього початку, фізичного навантаження, atopічна, тяжка, еозинофільна та гіперреактивна. Проведені дослідження показали, що найбільшу частку (43,54%) складала група дітей, в яких відмічено поєднання двох фенотипів бронхіальної астми. Один фенотип захворювання було виділено у 26,34% випадків, поєднання трьох — 21,77%, чотирьох — у 8,06% спостережень. Серед обстежених нами пацієнтів астма пізнього початку зареєстрована у 272 (73,1%), тяжка — у 103 (27,7%) дітей. Еозинофільну та атонічну астму діагностовано у 66 (17,7%) та 97 (26,1%) хворих відповідно. Астма фізичного навантаження зареєстрована у 105 (28,2%) обстежених нами дітей, а гіперреактивна — у 46 (12,36%).

На підставі проведених досліджень можна стверджувати, що найбільш лабільними виявились бронхи у хворих з феноти-пом тяжкої астми та астмою фізичного навантаження — індекс лабільності бронхів (ЛББ) становив 35,8 ± 3,05% та 41,0 ± 2,06% відповідно. Найбільша ригідність бронхів спостерігалась при atopічній астмі (ЛББ = 21,5 ± 2,2)%. Високим ЛББ у цих пацієнтів був переважно за рахунок бронхоспазму. Так, індекс бронхоспазму в групі пацієнтів з тяжкою та астмою фізичного навантаження становив 19,26 ± 2,1% і 25,09 ± 1,31% відповідно. Водночас чутливість до гістаміну виявилась найвищою у хворих з гіперреактивною аст-мою — показник PC20H становив 0,24 + 0,03 мг/мл, а найнижчою в групі дітей з atopічною астмою (PC20H = 3,91 ± 1,09) мг/мл.

Висновки. Таким чином, можна виділити окремі фенотипі бронхіальної астми у дітей, які впливають на особливості перебігу захворювання у конкретного пацієнта, гіперреактивність бронхів є характерною для всіх хворих, а особливості

рийнятливості бронхів за різних фенотипів бронхіальної у дітей слід враховувати при розробці індивідуалізованих ьно-профілактичних заходів.

мендації та перспективи подальших досліджень. У подальшо- ується розробити алгоритм призначення індивідуалізованих ьно-профілактичних заходів при бронхіальній астмі дітей юго віку, залежно від фенотипу захворювання.

Респираторная поддержка пациентов с туберкулезом легких с использованием формотерола

вахненко,

кой противотуберкулезный диспансер, г. Мариуполь

ь работы: определение эффективности применения ингаля- рмотерола у пациентов с туберкулезом легких.

ериалы и методы. Для данной работы было исследовано рици болезни пациентов, протоколы спирографии. ество жизни для пациента с туберкулезом легким является ляющим фактором в отношении больного к проводимо- ению. Помимо контролируемого лечения противотубер- ьими препаратами важную роль играет помощь в уstra- вентиляционных нарушений. Вентиляционные наруше- условлены избытком мокроты, слабостью дыхательных , наличием эксудата, проявлениями сердечно-легочной аточности и бронхообструктивным синдромом. Выбор ата для лечения обструктивного синдрома обусловлен ьностью действия, простотой дозирования и примене- ствием гормональной составляющей, умеренной сто- ю. Таким препаратом является формотерол (Зафирон) в вке 12 мкг в комплекте с дозированным порошковым ин- ром (ДПИ).

ор пациентов проводился среди больных со впервые выяв- туберкулезом (четыре- или пятикомпонентный режим), шественно (87%) с инфильтративным процессом, а также минированным туберкулезом (13%). Общее состояние па- вь было оценено фтизиатром как удовлетворительное (92%) едней тяжести (8%). Возраст пациентов — от 28 до 48 лет, все ики — мужчины. В исследование не включались пациенты ым состоянием. ВИЧ-инфекция подтверждена у 14 паци- Для решения вопросов инфекционного контроля исследо- функции дыхания проводилось в проветриваемом помеще- последующим кварцеванием. Выдох пациента направлен в ащита дыхательных путей спирографиста осуществлялась атором.

сех пациентов при спирографии выявлены вентиляцион- ушения. У 14 (58%) — первой степени, у 7 (29%) — второй и, у 3 (13%) — третьей. Проба с Зафироном у всех пациен- а отрицательная — прирост объема форсированного выдо- секунду (ОФВ₁) составил от 3 до 11%, что позволило исклю- аличие у пациентов бронхиальной астмы. Формотерол был н пациентам в суточной дозе 24 мкг дважды в день, учи- 12-часовую активность препарата. Курс лечения формотеро- 30 дней. Оценка эффективности проводилась также по кли- сомому состоянию и спирографии.

ультаты.

шение состояния отметили 22 (92%) больных. Из них у ентов уменьшилось количество мокроты, у 11 — уменьши- ышка, у 20 — улучшился сон.

рографические изменения характеризовались уменьшением и вентиляционных нарушений, зафиксировано 15 больных ой степенью нарушений, 5 — со второй, 2 — с третьей, у 2 па- в вентиляционные нарушения не выявлены.

льтаты лечения после 3 месяцев (согласно стратегии ДОТС): аружено микобактерий туберкулеза у 18 пациентов, у 3 па- в выявлена мультилекарственная устойчивость, остальным ентам продлена интенсивная фаза до 120 доз.

юды.

мотерол способствует восстановлению дыхательной систе- ациентов с туберкулезом легких. Побочные эффекты при ьном применении не отмечались. Устройство ДПИ позво- использовать препарат максимально эффективно. Лечение теролом можно рассматривать как дополнение к основно- су химиотерапии туберкулеза.

Особенности проведения острой фармакологической пробы с формотеролом у пациентов со значительными нарушениями вентиляции

Е. Ф. Ивахненко,

КЛПУ «Городская поликлиника №1», г. Мариуполь

Цель исследования: оценка спирографических данных и методики проведения спирографии у пациентов с клиническими признаками хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) при выраженных отклонениях объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) в проведении острой ингаляционной фармакологической пробы с формотеролом.

Материалы и методы. Для данной исследования было обрабо- тано 42 протокола спирографии у пациентов с ХОЗЛ до и после проведения пробы с формотеролом. Возраст пациентов — от 55 до 70 лет.

Диагностика и лечение пациентов с хронической патологией бронхов и легких остается достаточно трудной и ответственной проблемой. Отсутствие скрининговой тактики, распространен- ние курения табака, значительные техногенные и экологиче- ские нагрузки и безответственное отношение к собственному здоровью не позволяют выявлять такую патологию на ранних стадиях. При спирографическом исследовании львиную долю составляют пациенты с выраженными и значительными изме- нениями.

Критериями отбора пациента в исследование являлись пара- метры ОФВ₁, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, а также отношение ОФВ₁ к ЖЕЛ, не превышающие 45% исходя из системы должных величин ECCS (European Community Coal end Steel) до проведения пробы. После проведения пробы данные сравнивались в единой таблице. Для проведения проб использовался компьютерный диагностический комплекс «Спектр+» с обязательным проведением калибровки пе- ред исследованием.

Результаты.

По итогам исследования получены следующие результаты. Условно пациентов можно разделить на 3 группы. Пациенты с са- мой тяжелой обструкцией (ОФВ₁ от 20 до 30% от должных показате- лей) после пробы с формотеролом в 92% случаев отмечали не- значительные изменения в дыхании. Прирост показателей ОФВ₁ составил от 3 до 7%, а прирост ФЖЕЛ — от -3 до +16%, причем среднее увеличение ФЖЕЛ составило 4,7%.

Пациенты с показателями ОФВ₁ от 30 до 40% также отмеча- ли незначительные изменения в дыхании. Прирост ОФВ₁ составил от 2 до 9%, а прирост ФЖЕЛ — от 4 до 23% со средним показате- лем 13%.

Показатели ОФВ₁ в третьей группе пациентов (40–45% от долж- ных величин): прирост ОФВ₁ составил 3–7%, прирост ФЖЕЛ — от 5 до 18%, в среднем — 7%.

Методически отмечаются следующие сложности в проведе- нии спирографии. При проведении более 5 маневров для вери- фикации показателей отмечается снижение показателей из-за усталости дыхательных мышц. Проведение ингаляции препарата требует контроля со стороны спирографиста, часто со многократным повторением. Проведение повторной спи- рографии через 15 минут нецелесообразно из-за медленного восстановления мышечной силы и уменьшения действия фор- мотерола. Наиболее оптимальное время — 35–40 минут. Для подтверждения эффекта формотерола необходима не только повторная консультация, но и спирография для дополнитель- ной мотивации в лечении. При гиперсекреции слизи эффек- тивность препарата снижается из-за уменьшения его кон- центрации.

Выводы.

Применение формотерола в острой фармакологической пробе у пациентов с ХОЗЛ не выявило побочных эффектов. Можно рас- сматривать проведение пробы как обучение навыкам ингалиро- вания с коррекцией ошибок. При наиболее тяжелой обструкции эффективность ингаляционных препаратов снижается, что требует проведения всего комплекса лечебных мероприятий. Увеличе- ние ФЖЕЛ при ХОЗЛ, а также графическое увеличение инспи- раторной части кривой поток–объем можно рассматривать как по- зитивный момент для добавления формотерола в схему лечения пациентов.