

2. Исаков Ю.Ф. Организация хирургической коррекции врожденных пороков на базе перинатального центра / Ю.Ф.Исаков, В.И.Кулаков, Ю.И.Кучеров, Н.И.Клименченко и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. - №3. – С.5-8.

3. Хаматханова Е.М. Пути совершенствования качества медицинской помощи при врожденных пороках развития / Е.М.Хаматханова, Ю.И.Кучеров, О.Г.Фролова, Д.Н.Дегтяров и др. // Акушерство и гинекология. – 2011. - №4. – С.79-83.

4. Солониченко В.Г. Клиническая дисморфология хирургических болезней у детей / В.Г.Солониченко, Т.В.Красовская // Детская хирургия. – 1998. - №4. – С.4-9.

5. Рудаков С.С. Значение синдромологических исследований в детской хирургии // С.С.Рудаков, Ю.П.Воронцов, В.Г.Солониченко, М.К.Разуваев // Хирургия. – 1987. - №8. – С.5-8.

6. Баиров Г.А. Сочетанные пороки кишечного тракта у новорожденных с непроходимостью 12-перстной кишки / Г.А.Баиров, Д.С.Акмолаев, А.А.Попов // Вестник хирургии им. Грекова. - 1991. - Т.146., №1. - С.61-63.

7. Хурсін В.М. Досвід лікування вад розвитку сечової системи у дітей з аноректальною атрезією / В.М. Хурсін, С.М. Ситковська // Хірургія дитячого віку. – 2009. - №3 (24). – С.61-63.

ОСОБЛИВОСТІ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Марусик У.І., Белашова О.В., Донська Т.В., Колісник І.Д.

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Бронхіальна астма (БА) залишається одним із найпоширеніших хронічних респіраторних захворювань дитячого віку [1,2]. Незважаючи на численні фундаментальні дослідження тонких

механізмів патогенезу, розробку нових селективних лікарських препаратів, створення спеціальних програм ВООЗ, у частині випадків не вдається досягти контролю даного захворювання [3]. Своєчасне виявлення БА у дитини та раннє призначення адекватної базисної терапії даного захворювання – основа досягнення ефективності його лікування [4]. В дітей до 5 років, через неможливість проведення стандартного функціонального дослідження легень, діагностика БА викликає певні труднощі та базується переважно на клініко-анамнестичних даних [5]. Таким чином, аналіз особливостей неонатального періоду пацієнтів та підвищена настороженість стосовно можливого розвитку БА у дітей дозволить, на нашу думку, підвищити ефективність базисної терапії астми та покращити прогноз захворювання.

Мета роботи. Проаналізувати особливості неонатального періоду дітей хворих на бронхіальну астму для покращення результатів її лікування та прогнозу.

Матеріал і методи. В умовах пульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці комплексно обстежено 98 дітей, хворих на БА. Вибірку сформували 63 хлопчики (64,3%) та 35 дівчаток (35,7%). Середній вік хворих становив $12,0 \pm 0,5$ років, а тривалість захворювання в середньому склала $5,5 \pm 0,6$ років.

Згідно до класифікації бронхіальної астми в дітей, наведеній у GINA-2009 та її наступних версіях [6], контрольована БА відмічалася у 14 осіб ($14,28 \pm 3,4$ %), частково контрольована астма – у 56 дітей ($57,15 \pm 4,3$)% та неконтрольована БА реєструвалась у 28 осіб ($28,57 \pm 4,5$)%. Усім дітям проводився аналіз анамнестичних даних, зокрема оцінювались середня маса тіла при народженні, наявність інфекційних захворювань в анамнезі, від якої вагітності була народжена дитина та тривалість перебування пацієнта на грудному вигодовуванні. Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали за допомогою методів варіаційної статистики, використовуючи статистичну програму StatSoft Statistica v5.0., та з позиції клінічної

епідеміології з визначенням чутливості (ЧТ) та специфічності (СТ) тестів і позитивного (ВП+) та від'ємного (ВП-) відношення правдоподібності, а також з урахуванням абсолютного (АР), відносного (ВР) ризиків та співвідношення шансів (СШ) із зазначенням 95% довірчого інтервалу (95% ДІ).

Результати дослідження та їх обговорення. Враховуючи мультифакторну природу бронхіальної астми, вважалось за доцільне проаналізувати особливості анамнезу життя у групі обстежених дітей. Так, у когорті хворих переважали перші діти у сім'ї (86,8%), і тільки 11,4% пацієнтів народилися третьою або четвертою дитиною в сім'ї ($P < 0,01$). Ймовірно, такий розподіл школярів зумовлений тим, що, згідно до "гігієнічної" теорії виникнення БА, діти від перших пологів менше контактують з інфекційними агентами, через що в них не відбувається перемикання Т-хелперів II порядку на Т-хелпери I порядку [7].

Середня маса дітей при народженні у даній когорті хворих становила $3495 \pm 45,9$ г, що відповідає показникам маси тіла доношених новонароджених. Однак, серед обстежених хворих переважали пацієнти, маса тіла яких при народженні перевищувала 3500 г ($58,2 \pm 4,8\%$) тоді, як діти із масою при народженні менше 2500 г відмічалась тільки у ($2,3 \pm 1,6\%$) випадків ($P < 0,01$). Показники діагностичної цінності надлишкової маси при народженні для розвитку БА у школярів відносно низької маси були наступними: чутливість – 58,2% (95%ДІ 47,89-68,02), специфічність – 97,2% (95%ДІ 91,5-99,5), ВП+ – 20,7 та ВП- – 0,4. Надлишкова маса тіла при народженні асоціювала із ризиком розвитку БА наступним чином: АР – 0,65, ВР дорівнював 3,17 (95%ДІ 0,98-10,1). Отримані результати співпадають із даними літератури, які вказують на те, що надлишкова маса при народженні асоціює із високим ризиком розвитку бронхіальної астми [8].

Серед обстежених хворих грудне годування до 6 місяців отримувало 90 пацієнтів ($84,9 \pm 3,4\%$), натомість, на штучному вигодовуванні знаходилось тільки 12 пацієнтів ($11,2 \pm 3,1\%$, $P < 0,01$). Показники діагностичної цінності наявності грудного вигодовування для розвитку БА

у школярів відносно штучного відзначались високою чутливістю та специфічністю: 84,9% (95%ДІ 76,3-91,3) та 88,8% (95%ДІ 80,8-94,2) відповідно, при високому ВП+ – 20,7 та низькому ВП- – 0,4. Ці дані можна пояснити протекторною роллю грудного молока щодо інфекційних чинників, що, сприяє перемикаю на домінування Т-хелперів II типу [9,10]. Про це непрямо свідчив той факт, що серед обстежених школярів не хворіли, або перенесли поодинокі дитячі інфекційні захворювання 89 осіб ($83,9 \pm 3,6\%$) і тільки у 14 випадках ($13,2 \pm 3,3\%$, $P < 0,05$) реєструвався високий інфекційний індекс (більше 3 інфекційних захворювань в анамнезі). На основі зазначеного вище можна припустити, що у більшості пацієнтів відмічалась підвищена активність Т-хелперів II типу, що є одним із визначальних факторів розвитку бронхіальної астми [11,12]. Таким чином у пацієнтів, які народились з надлишковою масою тіла першими в сім'ї та знаходились на грудному вигодовуванні більше 6 місяців втричі вищий ризик розвитку бронхіальної астми в подальшому житті.

Висновки. 1. Надлишкова маса тіла при народженні асоціює з високим ризиком розвитку бронхіальної астми у дітей (ВР – 3,17 (95%ДІ 0,98-10,1)).

2. Наявність грудного вигодовування до 6-місячного віку та більше асоціює із ризиком розвитку бронхіальної астми у дітей із чутливістю 84,9% та специфічністю 88,8%.

3. У дітей, які народились першими у сім'ї з надлишковою масою тіла та знаходились на грудному вигодовуванні більше 6 місяців визначається високий ризик реалізації бронхіальної астми, що повинно викликати особливу насторогу дільничних педіатрів для своєчасного виявлення та початку лікування даного захворювання

Література

1. Untangling asthma phenotypes and endotypes / I. Aganche, C. Akdis, M. Jutel [et al.] // European Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2012. – V.67, Is.7. – P. 835-846.