

работать с индивидуальными данными пациентов. Это позволяет уменьшить количество ошибок и сократить время при реальных операциях.

Выводы. Современные высокотехнологичные технологии симуляционного обучения позволяют получить профессиональные знания и навыки для оказания качественной медицинской помощи. У них большой потенциал, и их следует использовать везде, где они приносят реальную пользу. При этом следует отметить, что симуляционные методики не смогут заменить весь объем практической деятельности студентов-медиков, особенно ее клиническую часть, обеспечивающую непосредственный опыт взаимодействия с пациентами. Однако разумное сочетание симуляционных технологий обучения и клинической работы позволит повысить уровень подготовки и профессионализм будущих докторов, а также эффективность оказания медицинской помощи населению в будущем.

Сапунков О.Д., Сапункова С.С. (Черновцы, Украина)

КАШЕЛЬ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Цель. Показать некоторые клинические противоречия в диагностике и лечении кашля при острых инфекциях верхних дыхательных путей.

Материал и методы. Приводятся литературные данные о диагностике и лечении кашля при острых респираторных инфекциях верхних дыхательных путей. Излагается взаимосвязь между кашлем, чувствительностью рецепторов кашля и гиперреактивностью дыхательных путей.

Результаты и обсуждение. Инфекции верхних дыхательных путей - обычное и, вместе с тем, серьезное заболевание. Они редко приводят к летальному исходу, но являются источником серьезных заболеваний и значительного экономического бремени. Осложнения, такие как кашель, трудно поддаются лечению обычными безрецептурными препаратами, а интерпретация кашля как симптома астмы может привести к ненужному использованию ингаляционных стероидов. Кашель очень распространен у детей, он остро возникает у 83% заболевших в течение первых 48 часов после появления симптомов простуды и проходит самостоятельно. Нет никаких доказательств пользы широкого использования безрецептурных препаратов от острого кашля в сочетании с инфекцией верхних дыхательных путей. Точно так же антибиотики не более эффективны, чем плацебо, при лечении острого кашля

у детей. Родители детей с рецидивирующими приступами кашля часто обращаются за медицинской помощью к отоларингологам и педиатрам, поскольку этот симптом вызывает тревогу и отрицательно влияет на качество жизни как их так и ребенка. Следует отметить, что если стойкий влажный или продуктивный кашель требует обследования, изолированный непродуктивный кашель при отсутствии признаков обструкции дыхательных путей или других признаков системного заболевания может считаться нормальным. Однако клиницисты склонны трактовать неспецифический кашель как следствие постназального подтекания, гастроэзофагеального рефлюкса и проявления кашлевого типа астмы. Имеются данные, позволяющие предположить, что стойкий кашель у детей, скорее всего, связан с загрязнением атмосферы в помещении или на улице, чем с атопией. Однако не надо забывать про проблемы диагностики астмы только на основании кашля. Если раньше кашель недооценивался как симптом астмы, то теперь астму у детей все чаще диагностируют на основании кашля при отсутствии хрипов, что способствует гипердиагностике данного заболевания. У детей кашель может быть наиболее частым проявлением астмы. Существует ряд трудностей, связанных с использованием симптомов кашля в качестве критерия оценки результатов в эпидемиологических исследованиях респираторных заболеваний у детей. Исследования демонстрируют, что отчеты родителей о частоте кашля у их ребенка, особенно о ночном кашле, неточны по сравнению с объективными показателями. Это происходит из-за того, что ночной кашель у детей нарушает сон их родителей и совсем незначительно ухудшает качество сна детей. Несколько эпидемиологических исследований показали, что дети с рецидивирующим кашлем больше напоминают бессимптомных детей, чем астматиков, с точки зрения атопического статуса, функции легких, чувствительности дыхательных путей и аллергии в семейном анамнезе. У большинства таких детей кашель со временем проходит спонтанно. Соппротивление дыхательных путей, измеренное у детей дошкольного возраста, существенно не различается между кашляющими и контрольными испытуемыми. Интересно то, что 56% детей, у которых в дошкольном возрасте был выявлен повторяющийся кашель, не имели симптомов при последующем наблюдении через 2–4 года, при этом 37% сообщили о продолжающемся кашле. Важно отметить, что в то время как 7% детей с рецидивирующим кашлем сообщили о хрипах при последующем наблюдении, аналогичная доля

детей из контрольной группы без симптомов также сообщила о симптомах, указывающих на астму. Таким образом, клинические исследования детей с постоянным кашлем, которые предполагали, что у значительного числа детей, не включенных в бессимптомную группу, прогрессирует развитие астмы, свидетельствуют о неверности предположения, что у таких детей проявляется кашлевой вариант астмы. Из-за этого возникает опасность использования лекарства от астмы у детей с постоянным или повторяющимся кашлем в результате того, что врач поставил диагноз астмы. Данные исследований показывают, что ингаляционный сальбутамол или беклометазон в умеренных дозах не превосходит плацебо в снижении субъективных или объективных показателей кашля при отсутствии обструкции дыхательных путей. Некоторым детям с постоянным ночным кашлем могут быть показаны короткие курсы ингаляционных стероидов в высоких дозах. И кажется очевидным, что у части детей с астмой может присутствовать кашель, который может быть выраженным симптомом обострения астмы, повторяющийся кашель при отсутствии хрипов отличается по важным параметрам от астмы. Хотя может быть общий триггер, есть веские доказательства того, что механизмы кашля и бронхоспазма различны и могут подавляться по отдельности. Эти результаты подтверждаются клиническими исследованиями, демонстрирующими отсутствие корреляции между тяжестью кашля и калибром дыхательных путей, в то время как у детей с астмой, по-видимому, нет связи между чувствительностью рецепторов кашля (ЧРК) и функцией легких в острой фазе и фазе восстановления. У детей существует временная связь между усилением ЧРК и кашлем. При кашле может быть повышена ЧРК или гиперреактивность дыхательных путей (ГДП), которые возвращаются к нормальным значениям при бессимптомном течении. У астматиков с кашлем в качестве основного симптома ЧРК усиливается во время обострений и не увеличивается во время стабильной фазы. Следовательно, у некоторых детей без диагностированной астмы может появиться кашель как следствие усиленной ЧРК, но у них нет доказательств обструкции дыхательных путей. У части этих детей может быть повышенная ГДП при кашле, но вероятность ответа на ингаляционные бронходилататоры или кортикостероиды у них не выше, чем у детей без ГДП. У большинства детей, у которых только кашель, повышенная ЧРК выше, чем у астматиков.

Выводы. Кашель при отсутствии хрипов более вероятен из-за повышенной чувствительности кашлевых рецепторов во время инфекции дыхательных путей, чем при астме.

Тарнавська С.І. (Чернівці, Україна)

ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Мета дослідження. Для оптимізації індивідуалізованої протизапальної терапії хворих на бронхіальну астму (БА) школярів оцінити показники лабільності дихальних шляхів за наявності коморбідного перебігу астми з алергічним ринітом (АР).

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження 66 хворих на бронхіальну астму дітей шкільного віку із супутнім алергічним ринітом. Залежно від перебігу АР пацієнти розподілені на 2 групи: I група – 34 дітей, що хворіють на БА та інтермітуючий АР (середній вік – $13,4 \pm 0,8$ року, частка хлопчиків – 70,5%), II група – 32 хворих на БА, які мають персистуючий перебіг АР (середній вік – $12,1 \pm 1,1$ року ($p > 0,05$), частка хлопчиків – 81,2% ($p > 0,05$)). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставляваними. Діагноз БА та АР встановлювали відповідно до сучасних вимог. Лабільність бронхів визначали згідно з рекомендаціями шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію β_2 -адреноміметика короткої дії (200 мкг салбутамолу) з наступним обчисленням показника лабільності бронхів як суми компонентів – індексу бронхоспазму (ІБС) та індексу бронходилатації (ІБД).

Результати та обговорення. Встановлено, що середні значення інтегрального показника лабільності бронхів (ПЛБ), обчисленого за даними ОФВ1, в пацієнтів I групи становили $23,2 \pm 1,8\%$, а в представників II групи – $15,2 \pm 1,7\%$ ($p > 0,05$).

Водночас, нами також встановлено, що ПЛБ більше 20% частіше реєстрували у хворих I групи (у 27,3% випадків) порівняно з представниками II клінічної групи (у 7,6% спостережень, $p < 0,05$). Відносний ризик виразної