

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ
93 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ

14, 15, 20 лютого 2012 року

Чернівці – 2012

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 93 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 14, 15, 20 лютого 2012 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2012. – 356 с.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали тез 93 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 14, 15, 20 лютого 2012 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – доктор медичних наук, професор Т.М.Бойчук, доктор медичних наук, професор О.І.Івашук, кандидат медичних наук, доцент В.В.Безрук.

Наукові рецензенти:

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.

доктор медичних наук, професор Боднар Б.М.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Полянський І.Ю.

доктор медичних наук, професор Сенютович Р.В.

доктор медичних наук, професор Ташук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Федів О.І.

доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

доктор медичних наук Слободян О.М.

доктор медичних наук Федонюк Л.Я.

ISBN 978-966-697-423-8

© Буковинський державний медичний університет, 2012

Таким чином, у дітей як зі швидким ацетиляторним фенотипом, так і у пацієнтів із повільним типом ацетилювання найефективнішою комбінацією терапії загострення бронхіальної астми є поєднання β_2 -агоністів з глюкокортикостероїдами та еуфіліном, однак результативність полегшуючої терапії дещо вища в дітей зі швидким ацетиляторним фенотипом, що, можливо, вимагає призначення таким хворим більшого обсягу полегшуючого лікування.

Сажин С.І.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ У ВИЯВЛЕННІ КОНТРОЛЬОВАНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинського державного медичного університету

Бронхіальна астма (БА) – хронічне запалення дихальних шляхів з поширеною, але варіабельною, зворотньою обструкцією і зростаючою гіперсприйнятливістю до різних стимулів, зумовлене специфічними імунними (сенсibiliзацією та алергією) або неспецифічними механізмами.

БА залишається найпоширенішою алергічною патологією дитячого віку впродовж останніх десятиліть. Епідеміологічні дослідження інформують про те, що поширеність БА в дитячій популяції є доволі варіабельною і складає від 3,4% до 37,6%.

Відомо, що однією з характерних ознак БА є гіперсприйнятливість дихальних шляхів. Вказаний феномен полягає у надмірній реакції на певні провокуючі чинники у вигляді бронхообструкції різного ступеня тяжкості, що не викликає подібної реакції у більшості здорових осіб. Гіперсприйнятливі дихальні шляхи схильні до обструкції у відповідь на значно менші дози будь-якого провокаційного агента, ніж за нормальної чутливості

Поняття «гіперсприйнятливості дихальних шляхів» є інтегральним та включає подібні за суттю, проте відмінні за механізмами розвитку, явища «гіперчутливості» та «гіперреактивності» бронхів. Чутливість більше відображує силу тригерних чинників бронхоконстрикції та визначається мінімальною дозою агента, яка призводить до зниження $ОФВ_1$ на 20%. У свою чергу, реактивність відображує особливості «органу-мішені» та характеризується крутизною кривою «доза-ефект» при збільшенні дози інгальованої речовини.

Впродовж останніх 5-років впроваджено визначення рівня контролю бронхіальної астми як кінцевого результату профілактичної терапії. Адже навіть тяжкий перебіг астми може бути контрольований і практично не порушувати якість життя пацієнтів при адекватному обсязі базисного лікування. Проте частковий та повний контроль досягається лише в 55-60% випадків,

Показники, на яких базується верифікація контрольованості є суб'єктивними і залежать від індивідуальних психологічних особливостей пацієнтів.

Визначення рівня контролю дозволяє обирати подальшу тактику базисної протизапальної терапії в бік її зменшення при досягненні повного та часткового контролю або, навпаки, збільшення при неконтрольованому варіанті бронхіальної астми, тому відсутність стандартизованих інструментальних методів верифікації створює труднощі діагностики контрольованої бронхіальної астми. Перспективним наразі є пошук параклінічних критеріїв верифікації рівня контролю БА.

Мета дослідження - визначити діагностичну цінність показників гіперчутливості дихальних шляхів за бронхопровокаційним тестом з гістаміном (PC_{20H} , PD_{20H}) для визначення контрольованого варіанту бронхіальної астми відносно її неконтрольованого перебігу в дітей шкільного віку.

На базі пульмонологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м.Чернівці) комплексно обстежено 58 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму. Контрольованість визначали за анкетною «АСТ-тест». За сумою, яка перевищувала 20 балів – вважали, що БА є контрольованою. Сума балів нижча 19 говорила нам про недостатній контроль над захворюванням. За результатами сформовано дві клінічні групи: I клінічну групу склали 36 дітей з контрольованим та частково контрольованим перебігом хвороби; до II клінічної групи увійшли 22 дитини з недостатнім контролем БА.

Гіперчутливість дихальних шляхів визначали за рівнем PC_{20H} та PD_{20H} . Для проведення інгаляційного тесту PC_{20H} використовували серійні розчини гістаміну. Визначали концентрацію речовини, яка при спірографічному обстеженні викликала зниження об'єму

форсованого видиху за 1 сек (ОФВ₁) на 20%. PC₂₀H та PD₂₀H розраховували за формулою, запропонованою Juniper E.F.

$$PC_{20}H \text{ (мг/мл)} = C_1 + \frac{(C_2 - C_1) \times (20 - R_1)}{(R_2 - R_1)}$$

$$PD_{20}H \text{ (мл)} = PC_{20}H \times \text{дебет інгалятора}$$

Групи були зіставлені за віком, статтю, тривалістю лікування.

Показник PC₂₀H, що характеризував гіперчутливість дихальних шляхів, в групі дітей з контрольованим перебігом захворювання становив у середньому 1,2±0,5 мг/мл, у II групі – 0,6±0,3 мг/мл (p<0,05). Показник PD₂₀H в I групі склав – 0,26 мл, в II групі – 0,13 мл (p<0,05).

Вірогідна різниця в показнику PC₂₀H в групах порівняння відмічалась на рівні бронхів середнього (p<0,01) та дрібного калібру (p<0,05).

Показник бронхопровокаційного тесту з гістаміном (PC₂₀H) з розподільчою точкою (cut-off point), яка перевищувала 0,6 мг/мл для діагностики контрольованого варіанту захворювання відносно його неконтрольованого перебігу характеризувався: чутливістю – 76,2% (95% ДІ 40,8-84,6), специфічністю – 85,9% (95% ДІ 65,3-98,6), прогностичною цінністю позитивного результату – 86,7%, прогностичною цінністю негативного результату – 69,9%, відношенням правдоподібності позитивного результату – 5,2, відношенням правдоподібності негативного результату – 0,4, посттестовою ймовірністю виявлення контрольованого варіанту бронхіальної астми – 83,2%.

Отже, інгаляційний тест з гістаміном дозволяє покращити діагностику контрольованого та частково контрольованого варіанту бронхіальної астми відносно її неконтрольованого перебігу на 33,2%. Недостатня чутливість не дозволяє рекомендувати його з метою скринінгового дослідження визначення рівня контролю бронхіальної астми у школярів.

Шахова О.О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОГО ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ПІДЛІТКІВ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КЛІНІЧНИХ ТА СПРОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинського державного медичного університету*

Мета роботи - встановити вікові особливості перебігу бронхіальної астми (БА) в підлітків, на підставі клінічно-імунологічних спостережень, для удосконалення терапії.

Для досягнення мети роботи на базі пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці проспективно обстеження створеної випадковим методом когорти з 31 підлітка, що страждають на БА. Усім дітям проводили комплексне клінічно-параклінічне обстеження, що включало оцінку тяжкості перебігу бронхообструктивного синдрому, імунологічні тести I-II рівня, та спірометрію з неспецифічними провокаційними пробами.

У результаті обстеження створеної когорти дітей, встановлені певні клінічні особливості перебігу БА, а саме чітку тенденцію до зменшення частки пацієнтів із середньотяжким перебігом хвороби (25,8% проти 37,9%, P>0,05) і, на противагу цьому, збільшення випадків тяжкого персистування БА (67,7% проти 55,7% при вихідному обстеженні, P>0,05). Під час повторного обстеження встановлено, що стаціонарне лікування 1 раз на рік і менше мало місце в 6,4% хворих (P<0,05), до 3 разів на рік отримували стаціонарну допомогу 35,5% (P>0,05) пацієнтів, а 4 і більше разів на рік – 10 дітей (32,2%, P<0,05). Оцінка контролю БА в створеній когорті хворих здійснювалася за даними опитувальника АСТ-тесту, по мірі погіршення контролю над БА зростала кількість балів самооцінки хворими перебігу хвороби. Всупереч попереднім даним, у досліджуваних пацієнтів результати АСТ-тесту вірогідно зменшилась з 17,3±1,3 до 13,5±0,8 балів (P<0,05). З боку гіперчутливості (ГЧБ) та гіперреактивності (ГРБ), тенденцію до зменшення мав показник лабільності бронхів, зокрема, ІЛБ в обстежених дітей під час вихідного обстеження сягав 19,0±2,4% (95%ДІ 12,5-25,5%), а при повторному – 16,1±4,0% (95%ДІ 8,1-24,2%) (P>0,05). Відомо, що ІЛБ є результатом додавання ІБС, спровокованого фізичним навантаженням, та ІБД у відповідь на інгаляцію короткодіючого бета2-агоніста, зміни яких в нашому дослідженні мали різноспрямований характер. Так, при вихідному обстеженні ІБС у середньому становив 9,5±2,6% та 4,0±1,6% (P=0,05) при завершальному, а ІБД відповідно – 9,6±0,2% та 12,3±0,001% (P<0,001).