

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет
Головне управління охорони здоров'я Чернівецької облдержадміністрації
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинського державного медичного університету

НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

17-18 листопада 2011 року
м. Чернівці

комбінації селективних β_2 -адреноміметиків з еуфіліном – кожній п'ятій дитині (22,0%), з глюкокортикостероїдами – 27,0% пацієнтів. Інфузійна терапія застосовувалась у 32,0% хворих на бронхіальну астму, антигістамінні препарати призначались 22,0% осіб даної групи спостереження, антихолінергічні препарати – 12,0%.

Результати дослідження. Відмічене значне зниження атрибутивного (ЗАР=47,5%) та відносного ризиків (ЗВР=72,1%, МКХ=3,7) при використанні комбінації селективних β_2 -адреноміметиків із глюкокортикостероїдами, а також при застосуванні інфузійної терапії тяжкого нападу бронхіальної астми у обстежених дітей по відношенню до монотерапії β_2 -агоністами (ЗАР=27,2%, ЗВР=30,2%, МКХ=4,2) в дітей із тяжким перебігом нападу бронхіальної астми.

Висновок. Таким чином, оптимізувати інтенсивну терапію перших нападів бронхіальної астми у дітей раннього віку за наявності в них прогностичних чинників несприятливого перебігу можна шляхом використання комбінації селективних β_2 -адреноміметиків із глюкокортикостероїдами та застосування своєчасної інфузійної терапії.

Воротняк Т.М., Балицька Я.А., Гомма Н.В.

Верифікація пневмонії при нападах бронхіальної астми в дітей

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Обласна дитяча клінічна лікарня, Чернівці*

Загострення бронхіальної астми в дітей, особливо молодшого віку, повсякчас супроводжується підвищенням температури тіла, порушеннями зовнішнього дихання, ознаками гіпоксемії, що викликає певні утруднення при верифікації діагнозу. Клінічні прояви нападу бронхіальної астми на фоні респіраторної інфекції асоціюють із симптомами та ознаками, які визначаються за інфекції нижніх дихальних шляхів. Разом із тим, традиційні інструментальні та лабораторні методи обстеження, у тому числі «золотий стандарт» верифікації пневмонії – рентгенологічне дослідження, супроводжуються численними хибнопозитивними і хибнонегативними результатами. Хоча, з іншого боку, тригерними чинниками розвитку нападів астми в непоодиноких випадках виступають збудники вірусних, бактеріальних і грибкових респіраторних інфекцій, які спричиняють запалення легеневої паренхіми. З цієї позиції питання вибору лікувальної тактики при надходженні до стаціонару дитини із загостренням бронхіальної астми та супутніми ознаками бактеріальної інфекції залишається суперечливим та визначається переважно клінічним досвідом лікуючого педіатра.

Мета дослідження. Вивчити діагностичну цінність окремих параклінічних показників у виявленні пневмонії, коморбідної до нападів бронхіальної астми в дітей.

Матеріал і методи. На базі Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 15 дітей, хворих на позалікарняну пневмонію

на фоні загострення бронхіальної астми (І група), та 112 дітей із загостренням бронхіальної астми (ІІ група), що перебігали без супутніх ознак інфекційно-запального процесу. Середній вік дітей І групи становив $8,8 \pm 0,7$ років (хлопчиків 66,7%), ІІ групи – $11,3 \pm 0,3$ років (хлопчиків 75,2%). У периферичній крові дітей визначали показники НСТ-тесту нейтрофілів та збирали конденсат видихуваного повітря, в якому досліджували вміст метаболітів оксиду азоту (Ємченко О.Є., 1994) і протеолітичну активність за лізісом азоколу (Веремеєнко К.Н., 1988). Стан кисне залежної мікробіцидності нейтрофілів периферичної крові вивчали за тестом з нітросинім тетразолієм (Park B.H.).

Результати дослідження. Установлено, що протеолітична активність за лізісом азоколу (лізіс колагену клітин, який спостерігається при запаленні легеневої паренхіми) конденсату видихуваного повітря більше 0,27 мл/год у виявленні супутньої пневмонії володіє чутливістю 33,3%, специфічністю 91,1%, передбачуваною цінністю негативного результату 94,7%, при відношенні шансів 5,1, відносному ризику 4,2, атрибутивному ризику – 0,17 та відношенні правдоподібності – 3,7. Вміст оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря більше 45 мкмоль/л має недостатню діагностичну цінність виявлення пневмонії при нападі бронхіальної астми: чутливість 53,3%, специфічність 59,4%, передбачувана цінність негативного результату 90%, відношення шансів наявності пневмонії 1,7, відносний ризик 1,6, атрибутивний ризик – 0,06, відношення правдоподібності – 1,3.

Разом із тим відмічено, що при одночасному застосуванні даних НСТ-тесту нейтрофілів крові (індекс стимуляції нейтрофілів периферійної крові більше 0,76 у.о.) та показників конденсату видихуваного повітря (протеолітична активність за лізісом азоколу більше 0,27 мл/год, вміст метаболітів оксиду азоту більше 45,0 мкмоль/л) можна ефективніше верифікувати пневмонію при нападі бронхіальної астми із чутливістю 73,3%, специфічністю 97,3%, передбачуваною цінністю позитивного результату 78,6% та негативного результату 96,5%. При наведених показниках у хворих із фебрильним нападом бронхіальної астми відношення шансів наявності пневмонії становить 99,9, відносний ризик сягає 22,2, атрибутивний ризик – 0,75, відношення правдоподібності – 27,1, претестова вірогідність наявності пневмонії при нападі бронхіальної астми становить 11,8%, претестовий шанс – 0,13, посттестовий шанс – 3,7 та посттестова вірогідність – 78,5%, тобто вірогідність наявності пневмонії при нападі бронхіальної астми за таких показників підвищується на 66,7%.

Висновок. Таким чином, комплексне застосування показників індексу стимуляції нейтрофілів крові та конденсату видихуваного повітря є доцільним та інформативним для верифікації коморбідності по пневмонії при нападах бронхіальної астми у дітей.