

© Дудник В.М., Хромих К.В.

УДК: 616.248-053.2.036

Дудник В.М., Хромих К.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра педіатрії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АЛЕРГІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ РІВНЯМИ КОНТРОЛЮ ЗАХВОРЮВАННЯ

Резюме. У даній статті вивчалися клінічні особливості перебігу алергічної бронхіальної астми у дітей із різними рівнями контролю. Для досягнення поставленої мети нами обстежено 224 дитини, хворих на БА віком від 6 до 18 років. Діти із контрольованим перебігом БА мали значно меншу виразність симптомів, ніж діти із частково контрольованим чи неконтрольованим перебігом. Враховуючи ступінь важкості БА та її рівень контролю, ми встановили, що при інтермітуючому перебігу захворювання контроль над БА досягався у 13 дітей (61,9%), а неконтрольований перебіг не відмічався, на відміну від дітей із важкою персистою БА, у яких контроль над захворюванням не досягався, а кількість частково контрольованих форм склала 80%. Підвищення рівня еозинофілів супроводжує більшість алергічних захворювань, у нашому дослідженні ми проаналізували рівні еозинофілів у периферичній крові та у мазку - відбитку із слизової оболонки носа. Високий рівень еозинофілії при неконтрольованому перебігу БА спостерігався у 11 хворих (13,92±3,89%), при частково контрольованому - у 1 хворого (1,79±1,77%), при контрольованому ж перебігу він був відсутній. Вивчивши клінічні варіанти перебігу захворювання у дітей, хворих на алергічну БА, було відмічено, що вищенаведені дані підтверджують необхідність досягнення повного контролю над захворюванням, що допоможе запобігти прогресуванню БА та уникнути ускладнень.

Ключові слова: алергічна бронхіальна астма, діти.

Вступ

Бронхіальна астма є одним із найбільш поширених хронічних захворювань, що створює значну медико-соціальну проблему як для дітей, так і дорослих. Захворювання бронхіальною астмою нерідко приймає важкий характер, протікає з частими нападами і не тільки порушує нормальні умови роботи дитини, але і є причиною затримки її фізичного розвитку [Охотнікова, 2006]. В останні роки відмічається зростання частоти БА у дітей. У більшості випадків БА виникає у ранньому дитячому віці. Ретроспективні дослідження, проведені у США, показали, що у 24% випадків напади ядухи починались на першому році життя, а у 40% - другого. У 80 - 90% дітей перший приступ виникає у віці до 5 років. Тривалий час вважали, що у більшості дітей БА має благо приємний перебіг і закінчується спонтанним одужанням у пубертатному віці. Однак дослідження ряду авторів показали, що БА, яка виникла в дитинстві, у 60 - 80% випадків продовжується у дорослому житті [Беш, 2012]. Тому у теперішній час є поняття "тривала стійка клініко - лабораторна ремісія", яка може припинитись під впливом різних факторів. Зникнення приступів ядухи реєструється частіше всього у дітей із легким перебігом захворювання, тоді як при середньо важкому та важкому перебігах спостерігається рідко, хоча іноді, при адекватному лікуванні, вдається досягти покращення стану. Тому дана проблема і дотепер зберігає свою актуальність [Журавльова, Кривоносова, 2011].

Метою лікування БА є встановлення контролю над захворюванням, що досягається прийомом препаратів базисної терапії та додатковими (короткої дії) засобами [GINA, 2011]. Водночас, згідно з існуючими вітчизняними та міжнародними стандартами і протоколами діагностики й терапії бронхіальної астми [British Guideline on the Management of Asthma, 2012], не завжди вдається досягти контролю над захворюванням.

Мета дослідження - визначити клінічні особливості перебігу алергічної бронхіальної астми у дітей залежно від рівня контролю.

Матеріали та методи

У дослідженні прийняли участь 224 дитини, хворі на алергічну БА, віком від 6 до 18 років. Усі діти були опитані на наявність скарг, був вивчений анамнез життя та захворювання, зібраний епідеміологічний анамнез. При об'єктивному обстеженні, яке проводили за загально-визнаними методиками, враховували наявність та відсутність таких синдромів, як дихальна недостатність, задишка, тривалий сухий кашель, утруднення носового дихання, свистяче дихання, емфізематозне здуття грудної клітини. До лабораторних обстежень увійшли загально-клінічні, біохімічні, алергологічні дослідження.

Статистична обробка отриманих результатів була проведена за допомогою програми IBM SPSS Statistics, версія 20 (2013 р.) із застосуванням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати. Обговорення

Для досягнення поставленої мети нами обстежено 224 дитини, хворих на БА віком від 6 до 18 років. Середній вік обстежених хворих склав 9,42±3,43 років. Всі обстежені діти були розподілені на наступні вікові групи: від 6 до 11 років - 162 (72,32±2,98%), від 12 до 18 років - 62 (27,67±2,99%). Усі вікові групи включали в себе дітей із БА обох статей: в групі від 6 до 11 років - 116 хлопчиків (51,78±3,34%) та 46 дівчаток (20,53±2,7%), від 12 до 18 років - 46 хлопчиків (20,53±2,7%) та 16 дівчат (7,14±1,72%).

Діти із контрольованим перебігом БА мали значно меншу виразність симптомів, ніж діти із частково контрольованим чи неконтрольованим перебігом. Так, емфізе-

Таблиця 1. Клінічна характеристика обстежених дітей, хворих на бронхіальну астму, в залежності від рівня контролю захворювання.

Клінічні прояви		Діти із контрольованою БА, n=21		Діти із частково контрольованою БА, n=56		Діти із неконтрольованою БА, n=79	
		n	%	n	%	n	%
Емфізематозне здуття грудної клітки		5	23,81*	42	75	68	86,07
Обмеження активності		2	9,52*	30	53,57	68	86,07
Кашель		5	23,81*	35	62,5	61	77,22
Свистячі дистанційні хрипи		2	9,52*	29	51,79	55	69,62
Нічні симптоми/пробудження		2	9,52*	37	66,07	68	86,07
Задишка	Відсутня	14	66,7*	8	14,28	немає	0
	При фіз. навантаженні	7	33,3*	32	57,14	34	43,04
	В спокої	немає	0	34	60,71	45	56,96
Наявність дихальної недостатності	Відсутня	20	95,24*	9	16,07	1	1,27
	I ступеня	1	4,76*	29	51,78	34	43,04
	II ступеня	немає	0	18	32,14	44	55,7
Потреба у препаратах невідкладної допомоги		3	14,29*	50	89,28	79	100
Загострення		немає	0	47	83,93	79	100

Примітка. * - $p \leq 0,05$ - різниця вірогідна при порівнянні показників дітей, хворих на БА із частково контрольованим перебігом та дітей, хворих на БА із неконтрольованим перебігом захворювання.

Таблиця 2. Важкість захворювання у дітей, хворих на бронхіальну астму, в залежності від форми контролю.

Ступінь важкості	Контрольований перебіг, n=21		Частково контрольований, n=56		Неконтрольований, n=79		Не отримували лікування, n=13	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Інтермітуюча, n= 25	13	61,9**	1	1,78	немає	0	9	69,23
Персистуюча легка, n=115	5	23,81	27	48,21	33	41,77	3	23,08
Персистуюча середнього ступеня важкості, n=79	3	14,28	24	42,86	45	56,96*	1	7,69
Персистуюча важка, n=5	немає	0	4	7,14	1	1,27	немає	0

Примітки: * - $p \leq 0,05$ - різниця вірогідна при порівнянні показників дітей, хворих на БА із різними рівнями контролю захворювання; ** - $p \leq 0,05$ - різниця вірогідна при порівнянні показників дітей, хворих на БА із контрольованим перебігом БА.

матозне здуття грудної клітки відмічалось у 5 дітей (23,81%) із контрольованим перебігом, на відміну від 42 дітей (75%) та 68 (86,07%) із частково контрольованим та неконтрольованим перебігом відповідно. Обмеження активності відмічалось лише у 2 дітей (9,52%) із контрольованим перебігом, у 30 дітей (53,57%) із частково контрольованим та у 68 (86,07%) із неконтрольованим перебігом. Кашель та свистяче дистанційне дихання у дітей із контрольованим перебігом БА відмічались у 5 (23,81%) та 2 (9,52%) випадків відповідно; у дітей із частково контрольованим перебігом у 35 (6,5%) та 29 (51,79%) випадках, а у дітей із неконтрольованим у 61 (77,22%) та 55 (69,62%) випадків відповідно. Симптоми дихальної недостатності були відсутні у 20 дітей (95,24%) із контрольованим перебігом, у 9 хворих (16,07%) із частково контрольованим перебігом та у 1 хворого (1,27%) із неконтрольованим перебігом БА (табл. 1).

При аналізі рівня контролю БА було встановлено, що кількість контрольованого перебігу захворювання складала лише 8 випадків серед хлопчиків (3,57±1,24%) та 1

випадок серед дівчат (0,45±0,19%). Кількість частково контрольованого перебігу відмічалась у 42 (18,75±2,61%) та 14 (6,25±1,62%) хлопчиків та дівчат відповідно, а неконтрольована відмічалась 54 (24,11±2,86%) та 25 (11,6±2,14%) хлопчиків та дівчат. Також було встановлено, що у групі дітей із неконтрольованим перебігом БА переважали діти віком 6 - 11 років - 57 дітей (25,45±2,91%), серед хворих із частково контрольованим перебігом також переважали діти віком 6 - 11 років - 45 дітей (20,09±2,68%). Що стосується контрольованого перебігу захворювання, то у цій групі переважали діти старшого віку - 6 дітей (2,68±1,08%).

Враховуючи ступінь важкості БА та її рівень контролю, ми встановили, що при інтермітуючому перебігу захворювання контроль над БА досягався у 13 дітей (61,9%), а неконтрольований перебіг не відмічався, на відміну від дітей із важкою персистуючою БА, у яких контроль над захворюванням не досягався, а кількість частково контрольованих форм складала 80%. При легкому та середньому ступеня важкості персистуючої БА

Таблиця 3. Характеристика еозинофілії у дітей, хворих на бронхіальну астму в залежності від рівня контролю захворювання.

Еозинофілія	Контрольована, n=21		Ч/контрольована, n=56		Неконтрольована, n=79	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мінімальна	19	90,48±6,4	44	78,57±5,48	49	62,03±5,46
Помірна	2	9,52±6,4	11	19,64±5,31	19	24,05±4,81*
Висока	0		1	1,79±1,77	11	13,92±3,89*

Примітка. * - $p \leq 0,05$ - різниця вірогідна при порівнянні показників дітей, хворих на БА із неконтрольованим перебігом захворювання.

контроль над перебігом захворювання досягався у 5 (23,81%) та 3 (14,28%) дітей відповідно. Зокрема, при легкому та середньому ступенях важкості відмічався неконтрольований перебіг БА у 33 (41,77%) та 45 (56,96%) дітей, який був відсутній при інтермітуючому варіанті БА, а також значну частку складав частково контрольований варіант захворювання 27 (48,21%) та 24 (42,86%) випадки відповідно. При важкій персистоючій БА частково контрольований перебіг відмічався у 4 дітей (7,14%), а неконтрольований у 1 дитини (1,27%). Серед обстежених дітей були такі, які не отримували жодного лікування: 9 дітей (69,23%) були із інтермітуючим перебігом, 3 (23,08%) - із персистоючим перебігом легкого ступеня, 1 (7,69%) - із персистоючим перебігом середнього ступеня важкості (табл. 2). Враховуючи те, що підвищення рівня еозинофілів супроводжує більшість алергічних захворювань, у нашому дослідженні ми проаналізували рівні еозинофілів у периферичній крові. Рівень еозинофілів у периферичній крові у дітей, хворих на БА, склав $8,56 \pm 2,42$, що є достовірно вищим ($p \leq 0,01$), ніж у групі практично здорових дітей, де він становив $2,88 \pm 1,3$.

Мінімальний рівень еозинофілії спостерігається при усіх варіантах БА. Так при контрольованому її перебігу він зустрічається у 19 дітей (90,48±6,4%), при частково контрольованому - у 44 дітей (78,57±5,4%), при неконтрольованому - у 49 (62,03±5,46%). Помірна еозинофілія при контрольованому перебігу відмічалась у 2 хворих (9,52±6,4%), при частково контрольованому - у 11 (19,64±5,31%), при неконтрольованому - у 19 (24,05±4,81%). Високий рівень еозинофілії при неконтрольованому перебігу БА спостерігався у 11 хворих (13,92±3,89%), при частково контрольованому - у 1 хворого (1,79±1,77%), при контрольованому ж перебігу він був відсутній.

Список літератури

- Беш Л. В. Бронхіальна астма у дітей / Л. В. Беш // Здоровье ребенка. - 2012. - № 8. - С. 8 - 18.
- Журавльова, Л. В. Бронхіальна астма: погляд на проблему з позицій практикуючого лікаря / Л. В. Журавльова, О. М. Кривоносова // Сімейна медицина. - 2011. - № 1. - С. 7 - 13.
- Охотнікова О. М. Бронхіальна астма у дітей грудного віку: клініка, діагностика, особливості перебігу, ускладнення гострого періоду / О. М. Охотнікова // Перинатологія і педиатрія. - 2006. - № 2. - С. 31 - 36.
- British Guideline on the Management of Asthma // BTS. - 2012. - 151 p.
- Global strategy for asthma management and prevention. Update 2010. - 119 p. - Режим доступу http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GiNA_Report_2010.pdf

Дудник В.М., Хромых Е.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Резюме. В данной статье изучались клинические особенности течения аллергической бронхиальной астмы у детей с

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У проведеному дослідженні було встановлено, що виразність клінічних проявів захворювання, таких як емфізематозне здуття грудної клітки, кашель, свистяче дихання, обмеження активності, нічні симптоми, задишка та дихальна недостатність різних ступенів важкості, потреба у препаратах невідкладної допомоги при контрольованому перебігу захворювання була у 7 - 10 разів більша при частково контрольованих та неконтрольованих варіантах БА, ніж при контрольованих ($p \leq 0,05$).

2. Серед обстежених дітей, хворих на БА, які мали інтермітуючий перебіг захворювання контрольований варіант БА зустрічався у 2,5 рази частіше, на відміну від інших ступенів важкості. Персистоючий перебіг легкого ступеня важкості у 2,02 рази частіше супроводжувався частково контрольованим та неконтрольованим перебігом БА, ніж контрольованим перебігом. При персистоючій БА середнього ступеня важкості контрольований перебіг захворювання зустрічався у 3 та 3,99 рази рідше, ніж частково контрольований та неконтрольований перебіг відповідно. Що стосується персистоючої БА важкого ступеня, то контрольованих варіантів її перебігу не було взагалі.

3. У нашому дослідженні також були діти, хворі на БА, які не отримували базисної протизапальної терапії. При інтермітуючому ступені важкості частка таких дітей була у 2,23 рази більшою, ніж при інших ступенях важкості.

4. Нами було відмічено, що рівень еозинофілії у периферичній крові у дітей, хворих на алергічну БА, вищий у 2,97 рази вищий у порівнянні із групою практично здорових дітей та залежить від рівня контролю захворювання. Так, при неконтрольованому перебігу БА помірна та висока еозинофілія зустрічається у 1,22 та 7,78 раз частіше, ніж при частково контрольованому варіанті перебігу.

Дослідивши клінічні варіанти перебігу захворювання у дітей, хворих на алергічну БА, було відмічено, що вищенаведені дані підтверджують необхідність досягнення повного контролю над захворюванням, що допоможе запобігти прогресуванню БА та уникнути ускладнень. Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні факторів, що впливають на зменшення рівня контролю над алергічною БА та методи подолання їх впливу.

различными уровнями контроля. Для достижения поставленной цели нами обследовано 224 ребенка, больных БА в возрасте от 6 до 18 лет. Дети с контролируемым течением БА имели значительно меньшую выраженность симптомов, чем дети с частично контролируемым или неконтролируемым течением. Учитывая степень тяжести БА и ее уровень контроля, мы установили, что при интермиттирующем течении заболевания контроль над БА достигался у 13 детей (61,9%), а неконтролируемый вариант не отмечался, в отличие от детей с тяжелой персистирующей БА, у которых контроль над заболеванием не достигался, а количество частично контролируемых форм составила 80%. Повышение уровня эозинофилов сопровождается большинством аллергических заболеваний. В нашем исследовании мы проанализировали уровни эозинофилов в периферической крови. Высокий уровень эозинофилии при неконтролируемом течении БА наблюдался у 11 больных ($13,92 \pm 3,89\%$), при частично контролируемом - у 1 больного ($1,79 \pm 1,77\%$), при контролируемом же течении он отсутствовал. Изучив клинические варианты течения заболевания у детей, больных аллергической БА, было отмечено, что вышеприведенные данные подтверждают необходимость достижения полного контроля над заболеванием, поможет предотвратить прогрессирование БА и избежать осложнений.

Ключевые слова: аллергическая бронхиальная астма, дети.

Dudnyk V.M., Khromykh K.V.

CLINICAL FEATURES OF ALLERGIC BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN WITH DIFFERENT LEVELS OF DISEASE CONTROL

Summary. This article studied the clinical peculiarities of allergic asthma in children with different levels of control. To achieve this aim we examined 224 child with BA aged from 6 to 18 years old. The children with asthma controlled flow had significantly lower severity of symptoms than children with partially controlled or uncontrolled flow. Given the severity of BA and the level of control, we found that when intermittent disease course of BA control was achieved in 13 children (61,9%) and uncontrolled flow is marked not unlike children with severe persistent BA who have control over disease is achieved and controlled forms part number was 80%. Increased eosinophils accompanies many allergic diseases, in our study we analyzed the levels of eosinophils in peripheral blood. The high level of eosinophilia in BA uncontrolled flow was observed in 11 patients ($13,92 \pm 3,89\%$), while partially controlled - in 1 patient ($1,79 \pm 1,77\%$), while the controlled flow of it was missing. After reviewing the clinical variants of the disease in the children with allergic BA, it was observed that above findings support the need to achieve full control of disease, help prevent progression of BA and avoid complications.

Key words: allergic bronchial asthma, children.

Стаття надійшла до редакції 21.02.2014 р.

Дудник Вероніка Михайлівна - д. мед. н., професор, зав. кафедри педіатрії №2; +38 067 744-91-48; dudnykv@mail.ru
Хроміх Катерина Вадимівна - клінічний ординатор кафедри педіатрії №2; +38 096 170-02-57; kate_khromykh@yahoo.com

© Мостовий Ю.М., Вільцанюк О.О.

УДК: 615.275.4; 616-085; 616.24-002

Мостовий Ю.М., Вільцанюк О.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОМОДЕЛЮЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ГЛЮТАМІН-ЦИСТЕІН-ГЛІЦІН ДИНАТРІЮ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ

Резюме. В роботі наведені дані ефективності застосування в комплексному лікуванні 77 хворих на негоспітальну пневмонію з важким перебігом. Проведені дослідження показали позитивний вплив препарату на імунний стан організму хворих, що підтверджувалось клінічними, лабораторними показниками та швидкою позитивною динамікою показників ендогенної інтоксикації при використанні препарату. В результаті проведеного аналізу встановлено, що використання препарату забезпечує сприятливий перебіг захворювання, дозволяє профілакувати ускладнення та скоротити терміни перебування хворих в стаціонарі в середньому на 3,5 доби в порівнянні з групою хворих, у яких не використовували препарат.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, ендогенна інтоксикація, клініко-лабораторна характеристика, глютамін-цистеїн-гліцин динатрію.

Вступ

Проблема лікування негоспітальної пневмонії (НП) з важким перебігом залишається однією з найбільш актуальних проблем у клініці внутрішніх хвороб, оскільки ця патологія займає важливе місце в структурі захворюваності і смертності населення не тільки в Україні, а і в усьому світі [Синопальников и др., 2008]. В Європейських країнах цей показник дещо нижчий. Він коли-

вається від 5 до 7 випадків на 100000 населення, але все ж залишається таким, що спонукає до пошуку шляхів оптимізації лікування даної категорії хворих [Железняк, 2012; www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus06/pdf].

Не дивлячись на впровадження сучасних методів лікування пневмонії не рідко спостерігається ускладнений перебіг НП, який супроводжується розвитком дест-