

лангіту, прохідність ВСДПК) даний метод може розглядатись як спосіб профілактики післяопераційної гіпер-

тензії, зокрема, у випадку "ідеальної холедохолітомії", що потребує подальшого вивчення.

Список літератури

Биневич В. М. Пункции и катетеризации в практической медицине / Биневич В. М. - ЭЛБИ-СПб, 2003. - 384 с.

Видеоэндоскопическая диагностика и минимально инвазивная хирургия холелитиаза: монография / [Ничитайло М. Е., Грубник В. В., Лурия И. А. и др.] - К. : Медицина, 2013. - 295 с.

Капшитар О. В. Контрольно-динамічна лапароскопія у хворих з гострими запальними захворюваннями панкреатобілярної зони / О. В. Капшитар // Шпитальна хірургія. - 2001. - № 2. - С. 171-172.

Климов А. Е. Обучение основным методам хирургических вмешательств на органах билиопанкреатодуоденальной области, принципам прецизионного шва желчных протоков и панкреатикодигестивных анастомозов / Климов А. Е., Малюга В. Ю., Пауткин Ю. Ф. - М., 2008. - 149 с.

Малрой М. Местная анестезия / Майкл Малрой. - М. : Бином, 2005. - 201 с.

Хирургия печени и желчевыводящих путей / [Шалимов А. А., Шалимов С. А., Ничитайло М. Е., Доманский Б. В.] - К. : Здоров'я, 1993. - 512 с.

Эндоскопическая хирургия желчекаменной болезни / [Гарелик П. В., Жандаров К. Н., Мармыш Г. Г., Данилов М. В.]. - М. : Бином, 2010. - 472 с.

Anesthetic duration of lidocaine with 10% dextran is comparable to lidocaine with 1:160 000 epinephrine after intraosseous injection in the rabbit / E. Ito, T. Ichinohe, Y. Shibukawa [et al.] // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics. - 2007. - Vol. (104) 3. - P. 26-31.

Migration of a biliary stent causing duodenal perforation and biliary peritonitis / H. Issa, M. Nahawi, B. Bseiso [et al.] // World J. Gastrointest. Endosc. - 2013. - Vol. 5. - P. 523-526.

Strauss R. G. Prolonging paracervical block anesthesia: addition of dextran to 2-chloroprocaine / R. G. Strauss, D. Dase, P. L. Doering // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1979. - Vol. 133 (8). - P. 891-893.

Ярмак О.А.

СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ

Резюме. В исследовании проводилась оценка средних показателей остаточного давления в общем желчном протоке и суточного дебита желчи по внешнему дренажу на 1-6 сутки после одноэтапного открытого или малоинвазивного лечения больных холецистохоледохолитиазом (n = 71), которое сопровождалось холедохотомией или ревизией холедоха через пузырный проток. В I (основной) группе (n = 41) кроме наружного дренирования холедоха интраоперационно выполнялась катетеризация круглой связки печени с интраоперационным и последующим пролонгированным капельным введением смеси растворов Lidocaine 2% и Dextran 10% с поочередным введением предложенной комбинации препаратов. В основной группе больных в первые 5 суток средние показатели остаточного давления в общем желчном протоке и суточного дебита желчи по внешнему дренажу были достоверно ниже.

Ключевые слова: билиарная гипертензия, наружное дренирование холедоха, остаточное давление, дебит желчи.

Iarmak O.A.

A METHOD OF PREVENTION OF TRANSIENT BILIARY HYPERTENSION AFTER BILE DUCT SURGERY

Summary. Average levels of residual pressure in the common bile duct and daily output of bile through the external drainage was investigated for 1-6 consecutive days after a one-stage open or minimally invasive treatment for cholecystocholedocholithiasis (n = 71), using choledochotomy or transcystic revision of the common bile duct. In the I (main) group (n = 41), besides the choledochal drainage, intraoperative catheterization of the round ligament of the liver was performed with intraoperative and subsequent prolonged infusion of the mixture of Lidocaine 2% and Dextran 10% solutions with additional injections of proposed drugs combination. In the study group patients in the first 5 days were determined to have significantly lower average residual pressure in the common bile duct and daily bile output through the external drainage.

Key words: biliary hypertension, external drainage of the common bile duct, residual pressure, daily bile output.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2014р.

Ярмак Олег Анатолійович - аспірант кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; + 38 063 460-45-38; ole_jik@i.ua

© Коцур Л.Д.

УДК: 616.248-053.2-07

Коцур Л.Д.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ГІПОДІАГНОСТИКА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Резюме. Бронхіальна астма може дебютувати у будь-якому віці, однак найчастіше перші симптоми захворювання виникають до броків, пікрозвитку астма приходить на п'ятирічний вік. До факторів ризику персистенції симптомів астми у дітей відносяться: атопія у дитини, жіноча стать, початок симптомів у віці до 2 років, виражена гіперреактивність бронхів, тяжкий перебіг захворювання. Несвоєчасно діагностована бронхіальна астма у дітей призводить до тяжкого перебігу хвороби, невірної тактики лікування, суттєво збільшує медичні та соціально-економічні витрати, рівень інвалідності та смертності від цього захворювання.

Ключові слова: діти, гіперреактивність бронхів, бронхіальна астма, несвоєчасна діагностика.

Вступ

Бронхіальна астма (БА) як у дорослих, так і у дітей посідає провідне місце серед "захворювань сторіччя" та залишається актуальною медико-соціальною проблемою за критеріями поширеності, тяжкості перебігу, труднощів діагностики та лікування. Це обумовлено раннім початком хвороби, несвоєчасним встановленням діагнозу, ризиком інвалідизації та смертності. Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать про те, що в різних країнах від 5 до 16 % населення страждає на бронхіальну астму різного ступеню важкості [Lara et al., 2012]. Поширеність БА в Україні серед населення старше 15 років [Бездітко, Кириченко, 2013; Електронний ресурс, 2011] - 7-15 %, поширеність БА серед дитячого населення, за даними різних авторів [Lara et al., 2012; Недельська та ін., 2013; Охотнікова, 2011; Беш, 2012] коливається в межах 4 - 16 %, однак в багатьох випадках хвороба залишається недіагностованою. За офіційною статистикою МОЗ України [Українська база Медико-статистичної інформації, 2013] за 2012 рік 31410 дітей хворіє на БА (480 на 100000 дитячого населення). В Україні, за даними уніфікованих досліджень (ISSAC), проведених локально (м. Київ, м. Харків, м. Вінниця), ця цифра коливається від 4 до 22 %. Слід підкреслити, що найбільші фінансові витрати спричиняє інвалідність при БА, яка, за даними різних джерел складає в середньому 7,0 на 10000 населення [Електронний ресурс, 2011; Шевчук та ін., 2013]. Астма є причиною смерті на кожні 250 випадків у світі [Siobhan, 2005], і в багатьох країнах тенденція до зростання рівня смертності залишається. Часті випадки загрозливих для життя нападів БА реєструються власне у підлітків, і нерідко при цьому трапляється летальний кінець [Левина, 2006]. Смертність із приводу загострення астми складає 0,5 %, що відповідає приблизно 1/3 всіх смертей внаслідок БА [Lara et al., 2012; Krishnan et al., 2006].

Метою роботи було вивчення поширеності, причин несвоєчасної діагностики та клінічних особливостей перебігу недіагностованої БА у дітей.

Матеріали та методи

Епідеміологічні дослідження проводили з використанням стандартних опитувальників 06.01.06 ISAAC. Модульний опитувальник мав вигляданкеті закритого типу, складеної із запитань щодо існуючих чи можливих симптомів БА: наявності свистячого та/або хриплячого дихання (wheezing) коли-небудь та протягом останніх 12 місяців; наявності свистячого та/або хриплячого дихання, індукованого фізичним навантаженням; нічного кашлю, не пов'язаного із застудою або ГРВІ.

Опитувальник також містив блок запитань стосовно тяжкості вищезгаданих симптомів: частота епізодів свистячого та/або хриплячого дихання протягом останніх 12 місяців (1 - 3, 4 - 12 та більше 12 разів), порушення нічного сну приступами свистячого та/або хриплячого дихання з частотою менше або більше одного разу на

тиждень, наявність свистячого та/або хриплячого дихання протягом останніх 12 місяців, що обмежувало мову. Анкета також містила запитання щодо наявності у дітей бронхіальної астми.

Анкети було складено у двох варіантах: PF (parental form) - для дітей 7 - 10 років та CF (child form) - для дітей 11 - 14 років. Перші заповнювали батьки учнів, другі - самі учні.

В епідеміологічному дослідженні взяли 2456 школярів, з яких в подальшому були обстежені 317 дітей, які відповіли позитивно на запитання анкети, серед них 174 дівчинки (середній вік - 12,4 2,7 років), що склало 54,9 % та 143 хлопчики (середній вік 11,0 3,0) - 45,1 %.

Для верифікації БА враховували дані загальноклінічного обстеження, алергологічної діагностики методом шкірних проб із набором побутових та пилоквих алергенів, дослідження ФЗД, огляд вузькими спеціалістами (за показами), інструментальні методи (за показами).

Результати. Обговорення

Серед 317 дітей, у яких проводилась верифікація БА, враховуючи основні клінічні ознаки астми і допоміжні критерії: обструктивний тип вентиляційних порушень за показниками ФЗД, зворотність порушень бронхіальної прохідності (ОФВ1) у бронхомоторному тесті, наявність гіперреактивності бронхів за даними спірометрії з використанням провокаційних проб із фізичним навантаженням, та/або наявності позитивних результатів шкірних проб до побутових та пилоквих алергенів, виключення альтернативних діагнозів, БА була виявлена у 73 дітей, що складає поширеність несвоєчасно діагностованої БА у дітей 7 - 14 років м. Вінниці - 2,97 %, при цьому слід вказати що у 1,1% дітей діагноз БА був встановлений до початку уніфікованого ISAAC дослідження. Таким чином, поширеність БА складає 4,07 %.

Не дивлячись на значний поступ у розумінні багатьох аспектів виникнення, перебігу та прогресування, БА продовжує бути складною діагностичною проблемою у дітей будь-якого, особливо - дошкільного віку [Ласица, Курашева, 2002].

БА може дебютувати у будь-якому віці, однак частіше перші симптоми захворювання виникають до 6 років, пік розвитку астми приходиться на п'ятирічний вік [Охотнікова, 2007; Strachan et al., 1996]. Проспективні дослідження показали, що, приблизно у 60 % дітей астмоподібні симптоми самостійно зникають до 6-річного віку, однак у 40 % вони персистують і трансформуються у БА, у тому числі - у тяжку [Michael et al., 2002]. У зв'язку з цим багато довготривалих досліджень були спрямовані на те, щоб з'ясувати фактори ризику виникнення та персистування БА. У більшості з них спостереження тривали кілька десятиків років: від народження - до зрілого віку. За результатами досліджень [Toelle et al., 2004], до найвагоміших факторів ризику виникнен-

Таблиця 1. Прогностичні фактори для астми та захворювань із wheezing з дитинства до підлітковості.

Персистування	Припинення	Недоведені
- Жіноча стать - Початок до 2-х років - Атопія - Тяжкий перебіг захворювання - ГРБ	- Чоловіча стать - Початок після 2 років	- Недоношеність - Бронхіоліт - Атопія в сім'ї - Куріння у матері

ня та персистування астми були віднесені: атопія, гіперреактивність бронхів (ГРБ) у дитинстві та, особливо, - знижена функція зовнішнього дихання (ФЗД).

Зниження легеневої функції відбувається поступово. Адаптація дітей, значні резервні можливості, неознаність батьків призводять до пізнього звертання та відстрочення діагностики та лікування БА [Schauck, Chavannes, 2003].

За даними російських дослідників, зниження тяжкості перебігу БА в дитинстві багатократно збільшувало шанс "переростання" захворювання [Mokina, Герре, 2005]. Так, якщо у дітей із легким перебігом БА в подальшому спостерігались симптоми у 16 %, то у дітей з тяжкою астмою вони залишались і персистували у 82 % дітей. Навіть у дітей, які "переросли" БА та знаходились в стані стійкої ремісії, зберігались ознаки запалення дихальних шляхів [Warke et al., 2001].

Десятирічне спостереження науковців [Mahraoni, Radoni, 2005] підтвердило той факт, що початкова тяжкість - один із найважливіших прогностичних факторів перебігу БА у дітей.

Загалом до факторів ризику персистування симптомів астми у молодшому шкільному та підлітковому віці Helms P. J. та Amin S. S. [2004] віднесли: жіночу стать, початок симптомів у віці до 2 років, атопію у дитини, тяжкий перебіг захворювання та виражену ГРБ (табл. 1).

Серед 73 дітей із недиагностованою БА у 57 школярів (78,08 %) були зафіксовані випадки гострих захворювань протягом останнього року перед верифікацією астми. Усього було зареєстровано 184 випадки погіршення стану дітей, що змусили їх звернутись до лікаря.

Погіршення стану дітей проявлялось переважно: порушенням носового дихання, частими епізодами сухого кашлю (у тому числі - нічного), епізодами кашлю з дистанційними хрипами.

Серед діагнозів, із якими діти спостерігались, домінували: гострий ринофарингіт (28,56 %), ринофарин-

готрахеїт (19,02 %), гострий бронхіт (14,13 %).

Частота випадків захворювань коливалася від 2 до 14 на рік. При цьому 10 дітей хворіли 2 рази на рік (17,54 %), 9 дітей - 4 рази на рік (15,79 %), 5 дітей - 6 раз на рік (8,77 %), 5 дітей - 8 раз на рік (8,77 %), 3 дитини - 10 разів на рік (5,26 %) та 2 дитини - 14 разів на рік (3,51 %). Таким чином, майже кожна п'ята дитина з обстежених хворіла 2 - 4 рази протягом року, а кожна десята - 6 - 10 разів протягом року.

Тривалість загострень коливалася від 3 до 22 днів, у середньому (6,4 ± 0,8) днів. Госпіталізація мала місце у 3 випадках (32 ліжко/дні). Пропуски школи у зв'язку з хворобою склали всього 1022 днів на рік.

Аналіз медикаментозної терапії, що проводилась, показав що найчастіше мало місце застосування антисептиків (114 випадків, 61,96 %), у 42,39 % випадків застосовувались відхаркуючі засоби. При цьому застосовувались відхаркуючі засоби, частина з яких (бронхофіт, гербіон, "доктор Мом", тощо) є препаратами рослинного походження та протипоказані дітям з пилковою сенсibiliзацією. Привертає увагу і той факт, що більш ніж у третині випадків (70 випадків, 38,04 %) застосовувались антибіотики. У 20,65 % випадків мало місце застосування бронхолітиків/спазмолітиків в 11,96 % - нестероїдні протизапальні препарати. Застосування препаратів із імуномодулюючою дією в 22 випадках свідчить про те, що захворювання носило рецидивуючий та затяжний перебіг.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Недиагностована БА у дітей 7 - 14 переважно має ознаки неатопічної, її загострення провокуються у більшості випадків вірусними інфекціями, а перебіг проходить під виглядом гострих інфекцій верхніх та нижніх дихальних шляхів.

2. БА нерідко тривалий час не діагностується вчасно, так як має варіабельний перебіг, відсутні патогномічні симптоми, відсутня чітка кореляція між вираженістю скарг та показниками спірограми, неадекватно оцінюються симптоми хвороби дітьми та батьками, що призводить до невірної тактики лікування, суттєво збільшує медичні та соціально-економічні витрати, рівень інвалідності та смертності від цього захворювання.

Тільки рання діагностика БА та її вторинна профілактика можуть покращити тривалу ремісію, вплинути на ступінь втрати легеневої функції, зменшити рівень інвалідності та смертності.

Список літератури

- Аничкова И. В. Подростковая медицина: рук. 2-е изд., перераб. и доп. / И. В. Аничкова, И. В. Батракова, Т. Е. Гембицкая; под ред. Л. И. Левиной, А. М. Куликова. - СПб.: Питер, 2006. - 544 с.
- Бездітко Н. В. Сучасні підходи до фармакотерапії бронхіальної астми: клінічні та фармакоеконімічні аспекти / Н. В. Бездітко, О. А. Кириченко // Клінічна фармація. - 2013. - № 1. - С. 28-32.
- Беш Л. В. Бронхіальна астма у дітей / Л. В. Беш. // Здоровье ребенка. - 2012. - № 8. - С. 8-18.
- Ласица О. Тяжелые формы бронхиальной астмы у детей / О. Ласица, О. Охотникова // Доктор. - 2002. - № 3. - С. 43-46.
- Недельська С. М. Фенотипові особливості бронхіальної астми у дітей міста Запоріжжя / С. М. Недельська, Л. І. Кляцька, Н. М. Марчук // Педіатрія. - 2013. - № 2. - С. 57-59.
- Охотникова О. М. Аллергический

- "марш": связь поколений и эскалация аллергии у детей (лекция) / О. М. Охотникова // Запорожский медицинский журнал. - 2007. - № 4. - С. 40-46.
- Охотникова О. М. Бронхіальна астма у дітей / О. М. Охотникова. // Мистецтво лікування. - 2011. - № 1. - С. 41-51.
- Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульманологічного та алергологічного профілю в Україні за 2008-2011 рр. [Електронний ресурс]. - 2012. - Режим доступу до ресурсу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/pulmukr2011.xls>.
- Сучасний стан та тенденції інвалідності населення працездатного віку внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми / В. І. Шевчук, В. П. Маленький, В. Ю. Забур'янова [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. - 2013. - №2. - С. 31-35.
- Українська база медико-статистичної інформації "Здоров'я для всіх" [Електронний ресурс]. - 2013. - Режим доступу до ресурсу: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html>.
- Childhood factors that predict asthma in young adulthood / B. G. Toelle, W. Xuan, J. K. Peat, G. B. Marks // European Respiratory Journal. - 2004. - Vol. 23. - P. 66-70.
- Does airways inflammation persist in children who have apparently outgrown? / T. J. Warke, P. S. Fitch, V. Brown, C. Schoek [et al.] // European Respiratory Journal. - 2001. - Vol. 18, suppl. 33. - P. 524.
- Helms P. J. Prognosis of wheezing and asthma presenting in early life / P. J. Helms, S. S. Amin // Breathe. - 2004. - Vol.1. - P. 130-140.
- Leaderer Genetic and Perinatal Risk Factors for Asthma Onset and Severity: A Review and Theoretical Analysis / M. B. Bracken, K. Belanger, W. O. Cookson [et al.] // Epidemiologic Reviews. - 2002. - Vol. 24. - P. 176-189.
- Mahraoni C. The prognosis of childhood asthma, 10-year follow-up / C. Mahraoni, A. Radoni // European Respiratory Journal. - 2005. - Vol. 26, suppl. 49. - P. 452.
- Mokina N. A. The experience of long-term prognosis evaluation of childhood asthma / N. A. Mokina, N. A. Geppe // European Respiratory Journal. - 2005. - Vol. 26, suppl. 49. - P. 164.
- Mortality in patient hospitalisation for asthma exacerbation in the US / V. Krishman, B. G. Diette, S. C. Rand [et al.] // Amer. J. Respir. Crit. Care. - 2006. - Vol. 174. - P. 633-638.
- O'Sullivan S. M. Asthma death, CD8+ T cells, and viruses / S. M. O'Sullivan // The proc. Am. Thorac Soc. - 2005. - Vol. 2. - P. 162-165.
- Schayck C. P. Detection of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in primary care / C. P. Schayck, N. H. Chavannes // European Respiratory Journal. - 2003. - Vol. 21, suppl. 39. - P. 16-22.
- Strachan D. P. Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort / D. P. Strachan, B. K. Butland, H. R. Anderson // BMJ. - 1996. - Vol. 312. - P. 1195-1199.
- Trends in Asthma Prevalence, Health Care Use, and Mortality in the United States, 2001-2010 / L. J. Akinbami, J. E. Moorman, C. Bailey [et al.] // NCHS Data Brief. - 2012. - № 94. - P. 1-8.

Коцур Л.Д.

ГИПОДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Резюме. Бронхиальная астма может дебютировать в любом возрасте, но чаще первые симптомы заболевания возникают до 6 лет, пик развития астмы приходится на пятилетний возраст. К факторам риска персистирования симптомов астмы у детей относятся: атопия у ребенка, женский пол, первые симптомы в возрасте до 2 лет, выраженная гиперреактивность бронхов, тяжелое течение заболевания. Несвоевременно диагностированная бронхиальная астма у детей приводит к тяжелому течению болезни, неверной тактике лечения, существенно увеличивает медицинские и социально-экономические издержки, уровень инвалидности и смертности от этого заболевания.

Ключевые слова: дети, гиперреактивность бронхов, бронхиальная астма, несвоевременная диагностика.

Kotcur L.D.

LOWERED DIAGNOSTICS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Summary. Asthma may debut at any age, but most often the first symptoms appear up to 6 years, the peak of asthma occur in the five-year age. Risk factors for persistence of asthma symptoms in children include: a child atopy, female sex, onset of symptoms before the age of 2 years, severe bronchial hyperreactivity, and severe course of the disease. Late diagnosed asthma in children leads to severe disease, incorrect treatment strategy significantly increases the health, social and economic costs, the level of disability and mortality from this disease.

Key words: children, hyperreactivity of bronchial, asthma, late diagnostics.

Стаття надійшла до редакції 12.12.2014 р.

Коцур Людмила Дмитрівна - к.мед.н., асистент кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; santas2767@mail.ru

© Нікогосян Л.Р.

УДК: 616.895-03:619

Нікогосян Л.Р.

Одеський національний медичний університет (пров. Валіховський, 2, м. Одеса, Україна, 65082)

ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЯКІ ЗАВАЖАЮТЬ НОРМАЛЬНОМУ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

Резюме. Метою цього дослідження стало вивчення особливостей психологічних чинників, які заважають нормальному перебігу вагітності, у жінок з загрозою переривання вагітності. У даному дослідженні взяло участь 147 вагітних жінок, які відвідують жіночу консультацію № 2 м. Одеси. Першу (основну) групу склали 87 вагітних жінок із загрозою переривання