

Тези Всеукраїнської науково-практичної конференції алергологів України (м. Харків, 25–26 квітня 2013 р.)

О.В. Герасимова, Я.М. Кулик, Г.С. Гумінська

кафедра педіатрії № 1

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Визначення показників специфічної якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму різного рівня контролю

Протягом останніх років науковці всього світу працюють над вирішенням проблеми досягнення та утримання контролю над бронхіальною астмою (БА), розробкою ефективних і безпечних методів лікування та вивченням впливу терапії на якість життя (ЯЖ). Завдяки специфічним опитувальникам можна проводити порівняльну оцінку ЯЖ у дітей з БА залежно від ступеня тяжкості захворювання та рівня контролю, оцінювати вплив різних схем лікування.

Мета дослідження: визначити показники специфічної ЯЖ у дітей, хворих на БА.

Матеріали та методи дослідження

У ході дослідження було опитано 35 дітей з контрольованою БА (КБА), 30 дітей – із частково контрольованою БА (ЧКБА) та 124 дитини – з неконтрольованою БА (НКБА) та сформовано три клінічні групи, ідентичні за віком та статтю. Оцінка специфічної ЯЖ проводилась за допомогою специфічного опитувальника по ЯЖ дітей з БА – RAQLQ (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire), розробленого E.F. Juniper в 1996 р. (Велика Британія). Загальна кількість балів після здійснення перекодування розраховувалась за 7-бальною шкалою: що вищий бал, то вища якість життя дітей.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведене нами дослідження дало змогу встановити, що в дітей з НКБА показник «симптоми за-

хворювання» становив $2,0 \pm 0,03$ бала, у дітей з ЧКБА – $3,6 \pm 0,07$ бала і був достовірно менший порівняно з таким у групі КБА – $5,7 \pm 0,06$ бала ($p < 0,001$). У дітей з НКБА цей показник також був достовірно нижчий порівняно з групою ЧКБА ($p < 0,001$). При проведенні аналізу обмеження активності у дітей з БА різного рівня контролю було встановлено, що в дітей з НКБА цей показник – $2,2 \pm 0,04$ бала, ЧКБА – $4,3 \pm 0,13$ бала і був достовірно нижчий порівняно з дітьми із КБА – $6,9 \pm 0,06$ бала ($p < 0,001$). Окрім цього, фізична активність дітей з НКБА була обмежена достовірно більше порівняно з групою ЧКБА ($p < 0,001$). У ході дослідження було встановлено, що емоційний стан дітей з НКБА становив $3,3 \pm 0,05$ бала і був достовірно знижений порівняно з дітьми з ЧКБА ($4,3 \pm 0,12$ бала) та КБА ($6,4 \pm 0,07$ бала; $p < 0,001$). У групі ЧКБА цей показник також був менший порівняно з КБА ($p < 0,001$). Сумарний показник специфічної ЯЖ у дітей також мав свої особливості залежно від рівня контролю БА. Так, у дітей з НКБА він становив $2,5 \pm 0,33$ бала і був достовірно менший порівняно з групою ЧКБА ($3,9 \pm 1,10$ бала) та КБА ($6,2 \pm 0,05$ бала; $p < 0,001$). У дітей з ЧКБА цей показник був достовірно менший порівняно з дітьми з КБА ($p < 0,001$). Таким чином, показники специфічної ЯЖ у дітей з НКБА достовірно нижчі порівняно з дітьми, у яких досягнуто контролю над симптомами захворювання.

С.Ф. Гончарук, д.м.н., професор,

Ю.І. Бажора, д.м.н., професор, зав. кафедри,

Г.В. Касьяненко, к.м.н., доцент

кафедра клінічної імунології, генетики та медичної біології,

А.В. Паненко, д.м.н., професор

кафедра загальної практики та сімейної медицини

Одеський національний медичний університет

Щодо питання диференційної експрес-діагностики сенсibilізації організму дитини до харчових та інгаляційних алергенів

Питання диференційної експрес-діагностики сенсibilізації до харчових та інгаляційних алергенів у дітей досить актуальне у зв'язку з тим, що визначає подальший вибір заходів ідентифікації конкретних причинно-значущих алергенів

і препаратів для базисного лікування. Загальноприйняті методи алергологічної діагностики в дітей – проведення шкірних проб і визначення титрів специфічних IgE у крові, – незважаючи на високу інформативність, мають низку недоліків: можливість

помилки у виборі адекватних груп або панелі алергенів; не завжди дають змогу визначити, які групи алергенів найбільш причинно-значущі у конкретної дитини (констатують лише ступінь реакції на конкретні алергени); мають деякі протипоказання до проведення (прийом антигістамінних препаратів, високий рівень сенсibilізації організму для проведення шкірних алергопроб та ін.); можливість отримати хибнопозитивні або хибнонегативні результати; високозатратні і виконуються лише в спеціалізованих медичних закладах (потребують спеціального обладнання і додаткового навчання медичного персоналу).

При зіставленні даних спірографічних і алергологічних досліджень більше ніж 700 дітей з респіраторними проявами алергії встановлено, що при генералізованій бронхіальній обструкції (рівномірне зниження бронхіальної прохідності на початку і наприкінці форсованого видиху – величин показників миттєвої об'ємної швидкості видиху (МОШ₂₅, МОШ₅₀, МОШ₇₅) та середньої об'ємної швидкості видиху (СОШ₂₅₋₇₅, СОШ₇₅₋₈₅) переважає сенсibilізація

до інгаляційних алергенів, а зниження бронхіальної прохідності тільки наприкінці форсованого видиху (величин показників МОШ₅₀, МОШ₇₅, СОШ₇₅₋₈₅) характерне для переважання сенсibilізації до харчових алергенів.

Цей спосіб диференційної експрес-діагностики сенсibilізації організму дитини до харчових і інгаляційних алергенів шляхом оцінки обструктивних порушень вентиляції легенів дає можливість визначити у хворої на респіраторні форми алергії дитини переважання сенсibilізації до різних груп алергенів (харчові або інгаляційні) шляхом інтерпретації результатів спірографічного дослідження, завдяки чому вдається конкретизувати рекомендації щодо елімінації причинно-значущих алергенів у пацієнта, призначити адекватну медикаментозну терапію, обрати найоптимальніші групи (панелі) алергенів для подальшої алергодіагностики, що своєю чергою дають змогу зменшити об'єм та підвищити вірогідність обстеження, вибрати адекватні засоби для лікування хворого та уникнути зайвих витрат на високовартісні дослідження.

**В.А. Клименко, д.м.н., зав. кафедрой,
Л.М. Адарюкова, Ю.В. Карпушенко, В.И. Исакова**
кафедра пропедевтики педиатрии № 2
Харьковский национальный медицинский университет,
КУОЗ ОДКБ № 1 г. Харьков

Эффективность монтелукаста в терапии вирусиндуцированной бронхиальной астмы у детей

Респираторные вирусные инфекции являются мощным этиологическим фактором в формировании бронхиальной астмы (БА), особенно в детском возрасте: до 75% всех обострений БА у детей связаны с инфекцией (Чучалин А.Г., 1997). Респираторные вирусы являются не только триггерами непосредственно обострения БА, но и важнейшими факторами формирования гиперреактивности бронхов, которая определяется как у больных с аллергией, так и у лиц без склонности к аллергии (Holgate S.T., 1996; Lemanske R.F., 1998; Godard P., 2002).

Целью работы являлась оценка эффективности монтелукаста в профилактике вирусиндуцированных обострений БА у детей.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена в Харьковском детском областном аллергоцентре при КУОЗ ОДКБ № 1 (главрач – О.В. Пионтковская) в 2011–2012 гг. Критерии включения: возраст детей – 2–17 лет; инфекционно-аллергическая (эндогенная, J45.1) или смешанная формы (J45.8) БА; наличие в анамнезе обострений БА на фоне почти каждого (более 80%) острого респираторного заболевания (ОРЗ), применение монтелукаста в качестве монотерапии; длительность применения – более 4 нед. При оценке эффективности учитывали количество вирусиндуцированных обострений БА по сравнению с общим количеством ОРЗ на протяжении всего периода применения препарата и субъективную оценку эффективности препарата пациентом и его родителями. Результаты обработаны с применением методов вари-

ационной статистики с использованием программ Excel 2003, Биостат.

Результаты исследования и их обсуждение

Под наблюдением находились 24 ребенка: у 5 – установлена инфекционно-аллергическая, у 19 – смешанная форма БА. При оценке тяжести БА у 16 детей диагностирована I степень, у 6 – II степень и у 2 – III степень БА. Пациенты с персистирующей формой БА получали монтелукаст в качестве монотерапии после отмены ингаляционных стероидов в период контроля заболевания. Продолжительность применения монтелукаста составила от 1 до 6 мес (в среднем 2,5 мес).

Во время применения монтелукаста у 20 (83,3%) пациентов были зарегистрированы эпизоды ОРЗ: суммарное количество ОРЗ за весь период наблюдений составило 31; в среднем – 1,3 на одного больного. Обострения БА зарегистрированы в 6 случаях, что составляет 19% от всех ОРЗ. Таким образом, отмечено снижение вирусиндуцированных обострений БА в 4 раза. Побочные эффекты при применении препарата монтелукаст не зарегистрированы. Согласно данным анкетирования пациентов и их родителей, в 18 (75%) случаях эффективность терапии оценена как высокая, в 6 (25%) – умеренная.

Выводы

При назначении базисной терапии БА необходимо учитывать фенотип заболевания. У детей с вирусиндуцированным фенотипом БА с интермиттирующим и легким персистирующим течением заболевания в качестве базисной терапии препаратом выбора является монтелукаст.