

що супроводжується генералізованим туберкульозом з ураженням легенів, головного мозку, печінки, селезінки, нирок, внутрішньогрудинних і внутрішньочеревних лімфатичних вузлів, діафрагми.

Інтотоксикація. Легенево-серцева недостатність, двобічний

туберкульозний плеврит. Токсична дистрофія внутрішніх органів. набряк і набухання головного мозку. набряк легенів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Громыко А. И. Профилактика ВИЧ-инфекции у наркоманов // Семинар Евробюро ВОЗ. — СПб., 1997. — С. 7, 12-19.

2. Алексеева Л. П., Горбачева Э. С., Груздев В. М. Маскированное течение туберкулеза у наркоманов // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 2. — С. 16-17.

3. Ерохин В. В. Особенности ведения больных с нарушениями противотуберкулезного иммунитета // Там же. — 1989. — № 7. — С. 76-78.

УДК [616.248:616-056.3]-053.2

О. К. Колоскова, Л. О. Безруков, Е. В. Юрчишена

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО І ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ДО ХАРЧОВИХ АЛЕРГЕНІВ

Буковинська державна медична академія, Чернівці

Вступ

Впровадження в практику охорони здоров'я основних положень Міжнародного консенсусу з діагностики та лікування бронхіальної астми (БА) [9] дозволило розв'язати основні проблеми в лікуванні даного захворювання. Згідно з положенням GINA-2002 лікування нападу бронхіальної астми залежить від тяжкості захворювання та ефективності інгаляцій β_2 -агоністів. Але питання щодо необхідності використання у стартовій терапії глюкокортикостероїдів (ГКС) залишається невирішеним. Це особливо актуально у разі дезобструктивної терапії у дітей, хворих на БА на фоні харчової алергії (ХА).

Мета дослідження — оцінити ефективність різних видів дезобструктивної терапії бронхіальної астми у дітей раннього та дошкільного віку на фоні ХА на основі комплексного клініко-імунологічного обстеження.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 221 дитину раннього та дошкільного віку, хво-

ру на БА. Сформовано дві клінічні групи порівняння. Першу (I) основну групу склали 112 дітей, у яких БА перебігала на фоні ХА. Другу (II) групу порівняння склали 109 дітей, хворих на БА без ХА. Групи формувалися за принципом випадкового відбору.

Лікування БА у стаціонарі проводили відповідно до загальноприйнятих рекомендацій, згідно з GINA-2002 [3]. Інтенсивність терапії (у балах) оцінювали відповідно до призначення: β_2 -агоністи — 1 бал; еуфілін — 2 бали; ГКС — 3 бали; інфузійна терапія — 4 бали.

Обробку даних проводили загальноприйнятими методами з використанням параметричних та непараметричних методів. З позиції клінічної епідеміології оцінювали атрибутивний ризик (AR, %), відносний ризик (RR) і пропорційність шансів (OR) з обчисленням довірчих інтервалів для відносного ризику та пропорційності шансів (95 % CI).

Ефективність лікування оцінювали за зниженням абсолютного (ARR) і відносного

(RRR) ризику з урахуванням мінімальної кількості хворих, яких необхідно пролікувати для отримання одного позитивного результату (NNT) з обчисленням довірчих інтервалів (95 % CI) для RRR та NNT [5].

За основними клінічними характеристиками групи дітей були порівнюваними.

Результати дослідження та їх обговорення

Лікування БА передбачає використання двох груп медикаментів: базисних (протизапальних) і бронхолітичних засобів [1–4], що включають симпатоміметичні, холінолітичні та ксантинові препарати [6–8].

При надходженні до стаціонару на 1-шу добу лікування інтенсивність лікування пацієнтів I клінічної групи становила $(5,2 \pm 2,1)$ бала, а II групи — $(4,2 \pm 1,9)$ бала ($P > 0,05$). На 4-й і 7-й дні госпіталізації між показниками інтенсивності лікування пацієнтів груп порівняння також не виявлено вірогідних відмінностей. Так, на 4-й день у I групі інтенсивність лі-



кування в середньому дорівнювала (4,1±1,9) бала, а у II групі становила (3,6±1,8) бала (P>0,05). На 7-й день лікування ці показники були такими: (3,8±1,8) і (3,2±1,7) бала відповідно (P>0,05).

Зважаючи на основну роль у дезобструктивній терапії β2-агоністів адренергічних рецепторів бронхів, нами оцінено частоту та ефективність варіантів комплексного використання цих препаратів у комбінації з іншими засобами в лікуванні нападного періоду у дітей груп порівняння в динаміці їх лікування в стаціонарі. Виділені такі лікувальні комплекси, що включали: β2-агоністи і глюкокортикостероїди (ГКС) — перший комплекс; β2-агоністи, ГКС та еуфілін — другий комплекс; еуфілін в комбінації із β2-агоністами — третій комплекс, а також ізольоване використання агоністів β2-адренергічних рецепторів — четвертий комплекс.

У 1-й день лікування лише у пацієнтів I клінічної групи спо-

стерігалася вірогідна відмінність у використанні наведених комплексів дезобструктивної терапії, яка полягала у вірогідно частішому застосуванні ГКС в комплексній терапії, що виявлявся у (34,8±4,5) хворих I групи та (27,5±4,3) — II групи (P<0,05), порівняно із частотою використання комбінації «β2-агоністи + еуфілін» у (21,4±3,9) та (28,4±4,3) пацієнтів відповідно (P>0,05). Через тяжкість стану хворих при надходженні до шпиталю потребувалося більш інтенсивне лікування із використанням β2-агоністів, ГКС та еуфіліну. На 4-й день лікування акценти терапії пацієнтів обох клінічних груп зрушилися в бік використання інгаляційних ГКС: (55,4±4,7) у I групі та (48,6±4,8) у II групі (P>0,05). На 7-му добу госпіталізації найчастіше використовувався перший комплекс дезобструктивної терапії: (56,3±4,7) у I групі та (58,7±4,7) у II групі (P>0,05), а другий комплекс став винятковим, застосову-

вався лише у (0,90±0,03) випадків.

Таким чином, на підставі динамічної оцінки активності дезобструктивної терапії у пацієнтів клінічних груп порівняння можна дійти висновку про те, що діти раннього та дошкільного віку з ХА під час нападного періоду БА потребували більш активної тактики на початку лікування, але краще відповідали на дезобструктивну терапію, і через тиждень в обох групах переважало застосування бронходилаторів — симпатоміметиків в комбінації з інгаляційними ГКС.

Визначено клініко-епідеміологічний ризик необхідності використання у комплексній терапії нападу БА ГКС дітям з ознаками ХА та вираженою тяжкістю загального стану в динаміці лікування порівняно з дітьми без ознак ХА (табл. 1). У пацієнтів із ознаками ХА та тяжкого перебігу нападного періоду БА показники ризику застосування стероїдних протизапальних препаратів у комплексній терапії були вірогідно вищими порівняно з дітьми без ХА, чим і пояснювалася активніша терапія дітей даної клінічної групи.

На підставі отриманих даних можна дійти висновку, що пацієнти з ХА частіше отримували активнішу терапію, що полягало у переважному використанні у них стероїдних протизапальних препаратів місцевої дії (табл. 2).

При однаковій ефективності першого та другого комплексів

Таблиця 1

Показники ризику використання ГКС у пацієнтів з вираженою тяжкістю нападу БА і ознаками ХА в динаміці лікування порівняно з дітьми без ХА

День госпіталізації; оцінка тяжкості стану, бали	Показники ризику призначення ГКС		
	Атрибутивний ризик, %	Відносний ризик [95 % CI]	Пропорційність шансів [95 % CI]
Перший; 18 балів і більше	30,0	1,8 [1,3–2,6]	3,5 [1,7–7,0]; $\chi^2=11,9$; P<0,01
Четвертий; 10 балів і більше	36,0	2,0 [1,4–2,9]	4,7 [2,2–10,3]; $\chi^2=15,7$; P<0,001
Сьомий; 6 балів і більше	33,0	1,7 [1,1–2,5]	3,7 [1,7–8,1]; $\chi^2=9,6$; P<0,01

Таблиця 2

Порівняльний аналіз клінічних показників ефективності комбінованої терапії по відношенню до монотерапії β2-агоністами в динаміці лікування пацієнтів основної групи

Комплекси дезобструктивної терапії	Показники ефективності					
	4-й день			7-й день		
	ARR, %	RRR, % (95 % CI)	NNT (95 % CI)	ARR, %	RRR, % (95 % CI)	NNT (95 % CI)
β2-агоністи + ГКС (I)	9,8	7,8 (6,7–10,0)	1,0 (0,1–10,0)	16,1	8,6 (6,0–11,0)	6,2 (0,9–50,0)
β2-агоністи + еуфілін (III)	10,7	8,0 (6,0–12,0)	9,3 (1,3–50,0)	11,6	8,1 (6,0–12,0)	8,6 (1,3–50,0)



по відношенню до β_2 -агоністів, включення глюкокортикостероїдів в 10 разів підвищує вірогідність покращання до 4-го дня лікування при комбінації β_2 -агоністів з еуфіліном, на 7-й день ефективність була однаковою.

Враховуючи виявлені особливості показників ефективності та інтенсивності проведеного лікування, автори вважали за доцільне оцінити тривалість лікування у стаціонарі пацієнтів клінічних груп порівняння з огляду на те, що ці показники також непрямо свідчать про ефективність дезобструктивної терапії.

Так, середня тривалість перебування на ліжку пацієнтів I клінічної групи становила (15,3±0,7) дня, а у II групі вона дорівнювала (16,1±0,8) дня ($P>0,05$). Серед пацієнтів I клінічної групи частка дітей, які знаходились у стаціонарі близько 10 діб, становила (12,5±3,1) %, а у II групі таких дітей було (11,0±3,0) % ($P>0,05$). Тривалість ліжко-дня від 10 до 20 діб реєструвалась у I та II клінічних групах у (68,8±4,4) % випадків ($P>0,05$).

Оцінюючи лікувальну тактику у дітей, хворих на БА на

фоні ХА у нападному періоді, слід зауважити, що вони частіше отримували дезобструктивні комплекси із включенням ГКС, що зумовлювало кращі темпи дезобструкції впродовж перших 4 днів лікування. Порівняльний аналіз дозволяє стверджувати, що на 4-й і 7-й день лікування комбінація бронхолітиків і ГКС сприяє зменшенню атрибутивного і відносного ризику збереження тяжкості загального стану у мінімальної кількості хворих.

Перспективи подальших розвідок. Отримані результати дозволяють рекомендувати застосування даної комбінації засобів для лікування бронхіальної астми у дітей на фоні харчової алергії.

Висновки

Раннє використання ГКС у комплексній дезобструктивній терапії нападного періоду БА у пацієнтів раннього та дошкільного віку з ХА мало кращу ефективність і приводило до зниження атрибутивного і відносного ризику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беш Л. В. Алгоритм лікування бронхіальної астми у дітей пубертат-

ного віку // Укр. пульмонол. журнал. — 1999. — №1. — С. 44-46.

2. Бронхиальная астма: Рук. по лечению // Рус. мед. журнал. — 2000. — Т. 7, № 5. — С. 218-228.

3. Козлик О. В., Балаболкин И. И., Реутова В. С. Ближайшие и отдаленные результаты длительной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами детей с бронхиальной астмой // Педиатрия. — 2000. — № 2. — С. 34-41.

4. Ласица О. И. Современные подходы к лечению бронхиальной астмы у детей // Укр. мед. часопис. — 1998. — № 1(3), I/II — С.14-17.

5. Fletcher R. H., Fletcher S. W., Wagner E. H. Clinical epidemiology — the essentials. — Baltimore; London: William & Wilkins, 1982. — 223 p.

6. Goggin N., Macarthur C., Perkin P. C. Randomized trial of the addition of ipratropium bromide to albuterol and corticosteroid therapy in children hospitalized because of the acute asthma exacerbation // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2001. — Vol. 155, N 12. — P. 1329-1334.

7. Kemp J. P., Kemp J. A. Management of asthma in children // Am. Fam. Physician. — 2001. — Vol. 63, N 7. — P. 1341-1348.

8. Pierrepont N. J., Doull I. J. Inflammation in asthma: the basis for rational therapy // Curr. Paediatr. — 2000. — Vol. 10, N 3. — P.145-149.

9. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention in Children. — NHLBI/WHO Report. — 2002. — 26 p.

УДК 616.839-008.6-039.31-036.1

О. А. Левада, Н. В. Чередниченко

ДИНАМІКА ВЕГЕТАТИВНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ЕСЦИТАЛОПРАМОМ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Вступ

Вегетативні кризи, або панічні атаки (ПА), — найбільш яскраві та драматичні прояви синдрому вегетативної дистонії [1]. Широка розповсю-

дженість, висока соціально-економічна значущість, часте поєднання з іншими психічними й органічними захворюваннями (агорафобією, депресією, алкоголізмом, психосоматичними хворобами) зумов-

люють актуальність вивчення механізмів та пошуку успішного лікування цих розладів [2].

Багато вегетативних показників можуть використовуватися для об'єктивізації патофізіологічних змін діяльності

