

Т.Л. Безрукова, Л.О. Безруков, С.І. Сажин

**ОСОБЛИВОСТІ СТАРТОВОГО ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ ЙОГО ПРОГНОЗОМ (РЕЗУЛЬТАТИ БАГАТОРІЧНОГО КАТАМНЕСТИЧНОГО НАГЛЯДУ)***Буковинський державний медичний університет м. Чернівці*

ОСОБЛИВОСТІ СТАРТОВОГО ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ ЙОГО ПРОГНОЗОМ (РЕЗУЛЬТАТИ БАГАТОРІЧНОГО КАТАМНЕСТИЧНОГО НАГЛЯДУ). На підставі проведеного катамнестичного спостереження вивчені основні чинники формування бронхіальної астми у дітей. Показано, що ризик повторних епізодів бронхіальної обструкції не залежить від тактики призначення лікарських засобів та тривалості лікування першого епізоду бронхообструктивного синдрому.

ОСОБЕННОСТИ СТАРТОВОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМ ЕГО ПРОГНОЗОМ (РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ). На основании проведенного катамнестического исследования изучены основные причины формирования бронхиальной астмы у детей. Показано, что риск повторных эпизодов бронхиальной обструкции не зависит от тактики назначения лечебных препаратов и продолжительности лечения первого эпизода бронхообструктивного синдрома.

PECULIARITIES OF THE INITIAL TREATMENT OF THE SYNDROME OF BRONCHIAL OBSTRUCTION IN CHILDREN WITH DIFFERENT ITS PROGNOSIS (THE RESULTS OF LONGITUDINAL KATAMNESTIC OBSERVATION). At the background of the katamnestic observation the main factors of bronchial asthma forming in children were investigated. It was shown that the risk of the recurrent episodes of the bronchial obstruction doesn't depend on tactics of the used drugs and the duration of treatment of the first episode of the bronchoabstraction syndrome.

**Ключові слова:** бронхообструктивний синдром, бронхіальна астма, катамнез, діти.

**Ключевые слова:** бронхообструктивный синдром, бронхиальная астма, катамнез, дети.

**Key words:** bronchoabstraction syndrome, bronchial asthma, katamnesis, children.

**ВСТУП.** Останнім часом з'явилось багато повсякчас суперечливих та неоднозначних повідомлень [1] про чинники ризику виникнення та прогресування бронхіальної астми (БА) в дітей, можливості та частоту трансформації в бронхіальну астму дорослих. Такі розбіжності відомостей пояснюються різним складом спостережуваних хворих, термінами та методиками віддалених обстежень, розбіжностями у визначенні БА, а також клінічним та віковим поліморфізмом захворювання [2].

Згідно епідеміологічних досліджень, у 30-40% хворих раннього віку, які отримують лікування в умовах стаціонару, спостерігається синдром бронхіальної обструкції (БОС) [3]. У більшості випадків цей синдром має епізодичний і транзиторний характер, і такі пацієнти не потребують спеціального протирецидивного лікування. Водночас, уже перші епізоди бронхообструктивного синдрому можуть бути дебютом БА, яка в наступному, порушуючи нормальний розвиток дитини, вимагає тривало контролюючої протирецидивної терапії [4,5]. Попри неоднозначність оцінки ефективності такої терапії, складається враження, що раннє призначення протизапальних препаратів здатне призупинити хронізацію цього захворювання та досягти якщо не видужання, то стійко та тривало ремісії [6,7]. Проте з практичної точки зору, таке проф-

ілактичне лікування не представляється реальним через неможливість у кожному конкретному випадку відрізнити дебют БА від транзиторних масок [8,9,10].

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Методом ретроспективно когорти проаналізовано результати катамнестичного спостереження за 700 дітьми, які в ранньому віці отримували стаціонарне лікування з приводу перших епізодів БОС, котрі виникали на фоні ГРЗ. Нами сформовано дві клінічні групи. До першої (основної) групи увійшло 312 хворих, у яких після лікування в стаціонарі в подальшому спостерігалися повторні епізоди обструкції бронхів. До другої клінічної групи (порівняння) увійшло 388 дітей, у яких після виписки зі шпиталю випадки БОС не реєструвалися.

Середній вік пацієнтів I клінічної групи наприкінці спостереження склав  $14,5 \pm 0,34$  року, а середня тривалість катамнестичного спостереження за представниками становила  $12,5 \pm 0,36$  року. Середній вік пацієнтів II групи наприкінці дослідження сягав  $16,6 \pm 0,2$  року, а середня тривалість катамнестичного спостереження -  $15,1 \pm 0,2$  року.

Комплексне обстеження включало загальноклінічні, імунологічні та алергологічні методи дослідження. Одержані результати дослідження аналізувалися за допомогою комп'ютерних пакетів "STATISTICA" StatSoft Inc. та Excel XP для Windows

на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення. Популяційні методи аналізу використовували з позицій клінічно епідеміології.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ.** Виходячи з особливостей формування патології у катамнезі в дітей, які у грудному і ранньому віці демонстрували БОС на фоні ГРЗ, напевне, можна було очікувати у створених клінічних групах певні розбіжності у використанні дезобструктивних, антибактеріальних, дезінтоксикаційних та інших медикаментозних засобів у дебюті захворювання (табл.).

Таким чином, дітям I клінічної групи вірогідно частіше призначалися всі групи зазначених препаратів, що, ймовірно, зумовлювалося клініко-параклінічними особливостями перебігу захворювання в цих хворих та/або недостатньою ефективністю інших медикаментозних засобів.

Частота використання в якості бронходилатуючого засобу еуфіліну та його похідних не різнилась у дітей клінічних груп спостереження, проте інгаляції та/або пероральний прийом антагоністів іонів кальцію (верапаміл, нифедипін) вірогідно частіше спостерігався в комплексному лікуванні дітей зі сприятливими наслідками бронхообструк-

Таблиця. **Характеристика медикаментозних засобів, призначених у дебюті захворювання пацієнтам клінічних груп порівняння**

Клінічні групи	Кількість дітей	Частота випадків (%) використання					
		інфузійно терапі	сГКС		бетаагоністів	кромолінів	антигістамінних
			нетривало	тривало			
I основна	311	20,3±2,3	20,9±2,3	4,5±1,2	77,5±2,4	7,1±1,4	25,4±2,5
II порівняння	387	12,1±1,7	11,1±1,6	1,0±0,5	59,2±2,5	1,8±0,7	17,8±1,9
p		<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,02

тивного синдрому, тобто пацієнтам без його рецидивів (зокрема, у I групі – 12,21,9% хворих, а у II групі – у 17,6±1,9% дітей,  $p < 0,05$ ). Водночас, у представників основної групи встановлено слабкі, високо вірогідні зворотні кореляційні зв'язки між застосуванням цих препаратів та atopічною формою бронхіальної астми ( $R = -0,28$ ,  $p = 0,001$ ), а також ступенем тяжкості перебігу захворювання ( $R = 0,21$ ,  $p = 0,001$ ) в катамнезі. Отримані результати пояснювалися, напевне, активним блокуванням цими препаратами надходження мембранозв'язаного кальцію до цитоплазми імункомпетентних клітин, що, насамкінець, протидіяло розвитку алергічної реакції [2].

За частотою використання інгаляційних глюкокортикостероїдів (іГКС) клінічні групи порівняння суттєво не відрізнялися. Так, іГКС призначалися 37,6±2,7% хворих основної групи та 34,6±2,4% дітей групи порівняння ( $p > 0,05$ ). Такі дані узгоджуються з результатами інших досліджень, які вказують на швидке покращання показників зовнішньої функції легенів при інгаляціях ГКС, проте низьку ефективність застосування коротких курсів іГКС у перериванні хронічного запального процесу дихальних шляхів [6].

Оцінка частоти призначення антибактеріальних препаратів хворим клінічних груп спостереження не виявила вірогідно відмінності даних через те, що у I групі вони призначалися в 44,0±2,8% випадків, а у II групі – в 47,8±2,5% спостережень ( $p > 0,05$ ). На нашу думку, це пов'язувалося з труднощами диференціальної діагностики інфекційної природи бронхообструктивних станів

в дітей раннього віку [11]. Можна припустити, що нераціональне використання антибактеріальних препаратів, особливо в дітей з atopічною реактивністю організму, в подальшому може призводити до широкого спектра побічних ефектів [12].

Частота використання в лікувальному комплексі пацієнтів основної групи специфічно гіпосенсибілізації становила 3,5±1,0% випадків та дорівнювала 0,70,4% спостережень у групі порівняння ( $p < 0,02$ ). Цілком можливо, що частіше призначення хворим I клінічної групи вказаного методу лікування пов'язувалося з вірогідним переважанням серед них дітей із різко позитивними результатами шкірних проб з небактеріальними алергенами.

Муколітики / кінетики, вітаміни, інгаляції трав, кінезіо- та фізіотерапія використовувались у дітей I та II клінічних груп із частотою 99,4±0,4% випадків та 99,2±0,4% спостережень відповідно ( $p > 0,05$ ).

Загальна кількість медикаментів, які входили до комплексного стаціонарного лікування, була вірогідно більшою в дітей основної групи та становила в середньому 7,2±0,3 проти 6,0±0,2 в пацієнтів групи порівняння ( $p < 0,01$ ). Це, мабуть, зумовлювалося виразнішою тяжкістю БОС та тривалішим збереженням цього синдрому в дітей основної клінічної групи, що зумовило довший термін госпіталізації хворих даної групи та інтенсивніше й триваліше призначення різноманітних медикаментів.

Диспансерне спостереження після виписки зі стаціонару у 45,9±3,6% хворих I групи та 2,6±0,8% дітей II клінічної групи ( $p < 0,01$ ) проводилося за

схемою спостереження за хворими на БА. У 42,3±3,5% пацієнтів основної групи та у 28,4±2,3% осіб групи порівняння ( $p < 0,01$ ). „Д”-нагляд здійснювався за нозологією „рецидивний обструктивний бронхіт”. Спостереження за дітьми, як за реконвалесцентами гостро респіраторної інфекції (зокрема, пневмонії, ГРВІ), проводилося в пацієнтів I та II клінічних груп порівняння з частотою 11,9±2,3% та 69,0±2,3% відповідно ( $p < 0,01$ ).

**ВИСНОВКИ.** Таким чином, узагальнюючи результати порівняльного аналізу лікувально-профілактичних заходів, які призначались дітям створених клінічних груп, можна стверджувати, що комплексна терапія хворих на госпітальному етапі та рекомендації щодо подальшого лікування, в цілому, відображали сучасні на момент стаціонар-

ного лікування погляди на етіологічне підґрунтя БОС. Однак, комплекс використаних заходів виявився недостатнім як з точки зору індивідуального призначення, так і за якістю та тривалістю його застосування. Це підтверджувалося результатами катamnестичного спостереження за хворими: після комплексного стаціонарного лікування 312 дітей (44,6% від загальної кількості пролікованих пацієнтів) продовжували страждати на напади бронхіальної обструкції. З них у 75,7% випадків ці епізоди БОС набули персистуючого характеру та типових ознак БА.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ** полягають у проведенні проспективних популяційних досліджень ефективності лікування, що базується на вимогах сучасних лікувальних протоколів.

#### Література

1. Russell G. Asthma in the transition from childhood to adulthood // *Thorax*. – 2002. – Vol. 57. – P.96-97.
2. Бронхиальная астма у детей / Под ред. С.Ю. Каганова. – М.: Медицина, 1999. – 368 с.
3. Martinati L.C., Boner A.L. Clinical diagnosis of wheezing in early childhood // *Allergy*. – 1995. – Vol. 50. – P.701-710.
4. Martinez F.D. Toward asthma prevention – does all that really matters happen before we learn to read? // *NEJM*. – 2003. – Vol. 349, №15. – P.1473-1475.
5. Landau L.I. Early childhood asthma. Definitions and early natural history // *MJA*. – 2002. – Vol. 177 (Suppl.). – P.38-39.
6. Boushey H.A. Вплив інгаляційних кортикостероїдів на наслідки астми // *Медицина світу*. – 2000. – Т. 8, №3. – С. 120-125.
7. Ильченко В.А., Кольцун С.С., Терпигорев С.А. и др. Прогностические критерии эффективности ингаляци-

- онных глюкокортикостероидов при нетяжелой бронхиальной астме // *Клиническая медицина*. – 2003. – №1. – С. 32-36.
8. Быкова Е., Котлуков В. Факторы риска развития бронхиальной астмы у детей раннего возраста // *Врач*. – 2003. – №8. – С. 34-36.
9. Mutius E. Paediatric origins of adult lung disease // *Thorax*. – 2001. – Vol.56. – P.153-157.
10. Global strategy for asthma management and prevention. National institutes of health. National Heart, Lung and Blood Institute. Revised 2002. – 176 p.
11. Соколова Л.В. Диагностические ошибки при бронхиальной астме у детей // *Пульмонология*. – 2002. – №1. – С. 72-77.
12. Cohet C., Cheng S., MacDonald C. et al. Infections, medication use, and the prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and eczema in childhood // *J. Epidemiol. Community Health*. – 2004. – Vol. 58. – P.852-857.