УДК 616.21-002.3-053.2-08

С.А.Левицька

ПОКАЗНИКИ АНАМНЕЗУ ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ЧИННИКИ РИЗИКУ ОТРИМАННЯ НЕЗАДОВІЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТУ БЕЗПУНКЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО СИНУЇТУ В ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії, ЛОР хвороб та стоматології (зав. – проф. Б.М.Боднар)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У 98 дітей, хворих на гнійний синуїт, вивчена ефективність безпункційного консервативного лікування. Встановлено, що збільшення терміну догоспітального лікування, недостатня адекватність попереднього лікування, запізніле звернення за спеціалізованою медичною допомогою зменшує ймовірність отримання ефекту лікування без проведення пункцій. Важливий вплив на результати лікування має своєчасність госпіталізації хворої дитини. Так, із 40 дітей, в яких госпіталізація запізніла, ефект від безпункційного лікування вдалося досягти тільки в 30%. Тривалість догоспітального лікування, адекватність попередньої терапії, своєчасність звернення до отоларинголога виявилися високоінформативними чинниками ризику отримання незадовільних результатів безпункційного лікування гнійних синуїтів у дітей.

Ключові слова: синуїт, діти, лікування, чинники ризику.

Вступ. Гнійні форми синуїтів є одними з найбільш розповсюджених захворювань ЛОР-органів у дітей, які потребують надання амбулаторної чи стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги [10].

Часто діти з ексудативними формами синуїтів до поступлення в стаціонар проходять не один курс лікування, що призначається дільничним педіатром, іншими спеціалістами, а нерідко й самими батьками [4,5,7]. Іноді цей факт пов'язаний із недостатньою обізнаністю медичного персоналу першої ланки з клінічними симптомами синуїту [11], особливостями перебігу синуїтів у дітей [6]. Причиною несвоєчасного звернення за спеціалізованою допомогою в таких випадках є запізніла діагностика [9]. Проте іноді діагностують синуїт вчасно, але батьки відмовляються звертатися до отоларинголога за лікуванням з огляду на неминучість виконання інвазійних та болючих для дитини маніпуляцій [1]. У такому випадку до отоларинголога на стаціонарне лікування дитина потрапляє пізно, після чисельних спроб різноманітного адекватного чи неадекватного лікування, нерідко після двох-трьох курсів антибактеріальної терапії [8,12]. Ми спробували встановити, наскільки ефективне призначення безпункційного лікування дітям з огляду на термін поступлення та попереднє лікування.

Мета дослідження. Встановити ефективність безпункційного консервативного лікування гнійного синуїту в дітей та дослідити інформативність показників анамнезу захворювання як потенційних чинників ризику отримання незадовільних результатів лікування.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходились 98 дітей, які отримували курс стаціонарного лікування з приводу гнійного синуїту в ЛОР-відділенні Чернівецької міської лікарні №2. Обов'язковою умовою включення в групу спостереження було ураження однієї чи обох верхньощелепних пазух.

Всі діти проліковані безпункційним методом з огляду на категоричну відмову батьків від проведення дітям інвазійних маніпуляцій. Курс лікування включав: назальні деконгестанти, антисептичні та антибактеріальні краплі в ніс, застосування антибіотика перорально чи парентерально, антигістамінні препарати, промивання біляносових пазух методом переміщення, фізіопроцедури.

Залежно від отриманого ефекту лікування всі діти розподілені на дві групи. До першої групи ввійшло 52 дитини, в яких отримані задовільні результати консервативного лікування, другу групу склали 46 дітей, в яких не вдалося досягти видужання чи покращання в результаті безпункційної терапії. Діти другої групи потребували подальшого лікування із застосуванням інших лікувальних схем.

Аналіз лікарських призначень не засвідчив статистично значимої різниці між групами спостереження. Середній вік дітей першої групи склав 6,67±0,22 року, другої – 6,35±0,31 року.

Для визначення причин незадовільних результатів безпункційного лікування серед груп спостереження ми детально проаналізували кожен випадок невдачі в лікуванні.

Оскільки критерії, що вивчалися, відносилися до якісних, за статистичний критерій обрано непараметричний критерій χ^2 [3]. Отримані дані оброблені методами клінічної епідеміології з вирахуванням показників відносного ризику, зменшення відносного ризику, відношення шансів [2]. Отримані дані статистично оброблені за допомогою програми "БІОСТАТ".

Результати дослідження та їх обговорення. Як можливий чинник ризику розглядали догоспітальне лікування, його тривалість, адекватність та своєчасність стартової терапії захворювання, своєчасність звернення до оториноларинголога, своєчасність госпіталізації дитини.

Тільки 4,3% дітей другої групи звернулися по допомогу в стаціонар протягом перших семи днів від початку захворювання. У той же час даний показник у першій групі дітей вірогідно вищий і становив 38,5%. Пізнє звернення в стаціонар зафіксоване в 69,6% дітей другої та 15,4%

© С.А.Левицька

дітей першої груп. Обробка отриманих даних засвідчила статистично значиму різницю в розподілі ознаки між групами порівняння: χ^2=32,883; n=2; p=0,000.

Таким чином, чим пізніше від початку захворювання дитина потрапляє в стаціонар, тим менше в неї шансів, що безпункційне лікування виявиться ефективним.

Оцінка адекватності попереднього догоспітального лікування проводилася за такими критеріями: повністю адекватним вважали лікування, яке містило в собі призначення антибактеріальних, мукоактивних, протизапальних, антигістамінних, судинозвужувальних засобів, антисептичних крапель у ніс, а також промивання методом переміщення і фізіопроцедури інтраназально чи на проекцію синусів. Достатньо адекватним вважалося лікування, яке відрізнялося від вищезазначеного тим, що не призначалися промивання синусів і специфічні фізіопроцедури. Недостатньо адекватним вважали лікування, яке містило тільки призначення судинозвужувальних, антисептичних крапель у ніс та мукоактивних засобів. Антибактеріальний препарат не призначався. У випадках абсолютно неадекватного лікування дитина отримувала тільки судинозвужувальні краплі в ніс або не отримувала лікування взагалі. Оцінка адекватності попередньої терапії показана в табл. 1.

Недостатньо адекватне та неадекватне попереднє лікування отримувала вірогідно більша кількість дітей другої групи (87% на відміну від 13,5% дітей у першій групі).

Ефективність лікування синуїту залежить не тільки від адекватності призначеної терапії, але й від своєчасності її призначення. Своєчасність призначення адекватного лікування залежить від вчасного звернення до отоларинголога, вчасного призначення протимікробних засобів та процедур, направлених на евакуацію вмісту синусів. За своєчасну адекватну стартову терапію ми обрали два головних призначення з першого дня лікування: антибактеріальний засіб, промивання синусів методом переміщення (табл. 2)

Своєчасну та адекватну стартову терапію отримували 53,8% дітей першої групи, у той час як стартову терапію 95,6% дітей другої групи можна охарактеризувати як недостатньо своєчасну.

Своєчасність звернення до отоларинголога оцінювалася наступним чином: звернення протягом одного тижня після ознак захворювання вважалося своєчасним, оскільки саме за такий період за відсутності ефекту від лікування педіатр повинен запідозрити синуїт як ускладнення респіраторної вірусної інфекції та направити дитину до отоларинголога. Звернення до отоларинголога від одного до трьох тижнів ми вважали недостатньо своєчасним, після трьох тижнів – несвоєчас-

Таблиця 1

Адекватність попередньої терапії

Діапазон ознаки	Перша група (n=52)	Друга група (n=46)
Лікування повністю адекватне	6 (11,5%)	2 (4,3%)
Достатньо адекватне	39 (75,0%)	4 (8,7%)
Недостатньо адекватне	4 (7,7%)	12 (26,1%)
Неадекватне	3 (5,8%)	28 (60,9%)

χ^2=54,487; ν=3; p=0,000

Таблиця 2

Своєчасність стартової терапії захворювання

Діапазон ознаки	Перша група (n=52)	Друга група (n=46)
Своєчасна та адекватна	28 (53,8%)	2 (4,3%)
Недостатньо своєчасна (призначений тільки антибіотик)	20 (38,5%)	26 (56,5%)
Недостатньо своєчасна (призначено тільки промивання синусів)	4 (7,7%)	18 (39,1%)

χ^2=31,978; ν=2; p=0,000.

Таблиця 3

Епідеміологічні характеристики чинників ризику

Чинник ризику	Відносний ризик	Атрибутивний ризик	Зниження атрибутивного ризику	Зниження відносного ризику	NNT	95% довірчий інтервал
Тривале догоспітальне лікування	0,27	2,70	0,55	0,73	1,82	0,68-0,92
Неадекватна попередня терапія	0,17	4,88	0,73	0,82	1,37	0,75-0,85
Несвоєчасна стартова терапія	0,38	1,63	0,58	0,62	1,72	0,53-0,75
Несвоєчасне звернення до отоларинголога	0,44	1,27	0,28	0,56	3,57	0,63-0,91
Несвоєчасна госпіталізації	0,43	1,33	0,39	0,56	2,56	0,56-0,84

ним. Слід зазначити, що частина пацієнтів зверталися до отоларинголога вперше через 2-3 місяці від початку захворювання.

Своєчасно до отоларинголога звернулись 26,9% пацієнтів першої та 8,7% пацієнтів другої груп. Найбільша кількість дітей другої групи (60,9%) звернулася по допомогу до отоларинголога після трьох тижнів від початку захворювання. Різниця в розподілі показника між групами порівняння статистично значима (χ^2=22,201; n=2; p=0,000).

При зверненні за спеціалізованою медичною допомогою частина дітей із синуїтами отримала направлення на госпіталізацію у ЛОР-відділення, іншим призначено амбулаторне лікування. За відсутності ефекту від амбулаторного лікування дитину в подальшому направляли на стаціонарне лікування в ЛОР-відділення. За цим показником ми дослідили своєчасність госпіталізації.

Своєчасність госпіталізації хворих дітей вірогідно вища в першій групі і становила 76,9% на відміну від 39,1% у другій (χ^2=4,049; n=1; p=0,044). Отримані дані свідчать, що з 40 дітей, в яких госпіталізація запізніла, ефект від безпункційного лікування вдалося досягти тільки в 30%.

Визначення епідеміологічних характеристик потенційних чинників ризику отримання незадовільних результатів безпункційного лікування гнійного синуїту в дітей (табл. 3) засвідчило, що ймовірність отримання позитивного результату безпункційного лікування гнійного синуїту в дітей із затягуваним терміном догоспітального лікування, неадекватною попередньою терапією, несвоєчасною госпіталізацією статистично значимо нижче, ніж у дітей з відсутніми чинниками ризику.

Висновки

1. Тривалість догоспітального лікування, адекватність попередньої терапії, своєчасність звернення до отоларинголога виявились високоінформативними чинниками ризику отримання незадовільних результатів безпункційного лікування гнійних синуїтів у дітей.

2. Збільшення терміну догоспітального лікування та його недостатня адекватність, запізніле звернення по спеціалізовану медичну допомогу зменшує ймовірність отримання ефекту лікування без проведення пункцій.

3. Несвоєчасна госпіталізація в ЛОР-стаціонар дитини, хворої на гнійний синуїт, ставить під сумнів доцільність проведення альтернативних пункційному методів лікування та є одним із факторів, що змушують лікаря наполягати на необхідності проведення інвазійних маніпуляцій.

Перспективи подальших досліджень. Подальше визначення чинників ризику отримання незадовільних результатів лікування гнійних синуїтів у дітей допоможе встановити чіткі й аргументовані показання до вибору певного виду лікування гнійного синуїту та вдосконалити лікувальну тактику з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.

Література

1. Григорьева Н.В. Возможности беспункционного лечения острого гнойного гайморита // Вестн. оториноларингол. – 2003.- №2.- С. 38-40.
2. Подольная М.А., Кобринский Б.А. Показатели и методика расчета эпидемиологических характеристик риска // Рос. вест. перинатол. и педиатрии. – 2000. - №6. – С.52-54.
3. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
4. Тарасов А.А., Капанин Е.И., Крюков А.И., Страчунский Л.С. Острый бактериальный риносинусит: современные подходы к диагностике и антибактериальной терапии в амбулаторних условиях // Вестн. оториноларингол. – 2003. - №2. – С.46-54.
5. Brook I., Gooch W.M., Jenkins S.G. et al. Медикаментозне лікування гострого бактеріального синуситу. Рекомендації клінічного дорадчого комітету з синуситу в дітей і дорослих // Медицина світу. – Т. XIII, число 1. – Липень, 2002. – С.1-9.
6. Chan K.H., Abzug M.J., Coffinet L, Simoes E.A., Cool C., Liu A.H. Chronic rhinosinusitis in young children differs from adults: a histopathology study // J. Pediatr. – 2004. – Vol.144, №2. – P.206-212.
7. Chlabicz S, Malgorzata-Oltarzewska A, Pytel-Krolczuk B. Respiratory tract infections: diagnosis and use of antibiotics by family physicians in north-eastern Poland // Int. J. Antimicrob. Agents. – 2004. – Vol. 23, №5. – P.446-450.
8. Connolly J.P., McGavock H. Antibiotic prescribing for respiratory tract infections in general practice // Pharmacoepidemiol. Drug. Saf. – 1999. – Vol. 8, №2. – P.95-104.
9. Leggett J.E. Acute sinusitis. When--and when not--to prescribe antibiotics // Postgrad. Med. – 2004. – Vol.115, №1. – P.13-19.
10. Leung A.K., Kellner J.D. Acute sinusitis in children: diagnosis and management // J. Pediatr. Health. Care. – 2004. – Vol.18, №2. – P.72-76.
11. Lindbaek M. Acute sinusitis: guide to selection of antibacterial therapy // Drugs. - 2004. – Vol.64, №8. – P.805-819.
12. Molstad S. Reduction in antibiotic prescribing for respiratory tract infections is needed! // Scand. J. Prim. Health. Care. – 2003. – Vol.21, №4. – P.196-198.

INDICES OF ANTECEDENT ANAMNESIS AS RISK FACTORS OF OBTAINING AN UNSATISFACTORY OUTCOME OF NON-PUNCTURE TREATMENT OF PURULENT SINUSITIS IN CHILDREN

S.A.Levyts'ka

Abstract. The efficacy of non-puncture conservative treatment has been studied in 98 children afflicted with purulent sinusitis. It has been established, that a prolongation of the period of prehospital treatment, insufficient adequacy of previous treratment, tardy resort to specialized medical care diminish the likelihood of achieving a treatment effect without performing punctures. A timely hospitalization of a sick child exerts a favorable effect on the treatment results. The effect of non-puncture treatment was possible to achieve only in 30% out of the overall number of 40 children. The duration of prehospital treatment, the adequacy of prior therapy, a timely appeal to an otolaryngologist for medical aid turned out to be informative risk factors for obtaining unsatisfactory results of non-puncture treatment for purulent sinusitis in children.

Key words: sinusitis, children, treatment, risk factors.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Л.О.Безруков

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №1.- P.40-43

Надійшла до редакції 6.04.2006 року

УДК 616.85-009.86

В.А.Левченко, В.П.Вакалюк, Ю.С.Ковтун

СТАН ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ З ПРОЯВАМИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ В УМОВАХ ДОЗОВАНОГО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника,
Івано-Франківський державний медичний університет

Резюме. Отримані результати показали, що дослідження стану гемодинаміки в умовах дозованого фізичного навантаження є чутливим показником адаптаційного потенціалу в молодих осіб і адекватним діагностичним методом при нейроциркуляторній дистонії.

Ключові слова: нейроциркуляторна дистонія, фізичне навантаження, адаптація.

Вступ. Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) – це хронічне функціональне захворювання, яке виявляється численними серцево-судинними, респіраторними та вегетативними розладами, астенізацією, поганою переносимістю стресових ситуацій і фізичних навантажень (ФН). В основі цього захворювання лежать порушення нейродинамічного вегетативного регулювання внутрішніх органів і судин [3]. У всіх молодих людей із проявами НЦД, незалежно від клінічних варіантів перебігу, часто виявляється «синдром загальної дезадаптації» у вигляді підвищеної втомлюваності, зниження фізичної активності, підвищеної чутливості до зміни метеоумов, млявості, зниженої працездатності, пам'яті, зміни чутливості адренорецепторного апарату серця і судин. Адаптаційні можливості - це запас функціональних резервів, які постійно витрачаються на підтримку динамічної рівноваги між організмом і навколишнім середовищем. Оцінити адаптаційні та резервні можливості стану фізичного здоров'я організму можна за результатами реакції фізіологічних систем людини на дію стресових факторів, у т. ч. фізичних навантажень різної інтенсивності [1,4]. При цьому система кровообігу є лімітувальним чинником даного процесу, тому її вивченню присвячено велике число досліджень [2]. Переважно вивчається функціональний стан серцево-судинної системи в стані спокою, тоді як механізми регуляції при різних стресових навантаженнях ще залишаються недостатньо розкритими.

Мета дослідження. Обґрунтувати показники гемодинаміки в умовах стрес-тесту в молодих осіб із клінічними проявами НЦД.

Матеріал і методи. Обстежено 36 осіб віком 17-22 роки. 22 хворих на НЦД з індексом маси тіла (19,18±0,46) склали першу групу. Практично здорових юнаків і дівчат (14 осіб) того ж віку з індексом маси тіла (19,32±0,59), які регулярно не займаються фізичною культурою, віднесені до другої групи. Для оцінки резервних можливостей кардіореспіраторної системи в молодих людей, проводили пробу з ФН на цифровому велоергометрі ″Siemens″ за протоколом ″Cornell″. Під час дослідження проводився постійний контроль за станом пацієнта: реєстрували динаміку частоти серцевих скорочень (ЧСС), артеріального тиску (АТ), електрокардіограми (ЕКГ) під час виконання проби на 1, 3, 5, 7- та 10-й хвилинах відновного періоду. Критерієм припинення тесту у першій групі було досягнення субмаксимальної ЧСС (175,38±2,0 уд/хв), що відмічалось у 31,8% пацієнтів, у другій групі цей показник спостерігався в 64,3% молодих осіб (173,0±2,89 уд/хв). Іншою причиною припинення ВЕМ-проби була загальна втома, запаморочення, наростаючий головний

© В.А.Левченко, В.П.Вакалюк, Ю.С.Ковтун