

УДК [616.248: 616-056.3]–053.2

Е.В.Юрчишена, О.М.Юрчишен

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ
В ДІТЕЙ НА ТЛІ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇКафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб (зав. – проф. Л.О.Безруков)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Проведено оцінку лікування бронхіальної астми на тлі харчової алергії в періоді нападу та встановлено, що в цих дітей частіше використовуються дезобструктивні комплекси із глюкокортикостероїдами.

Ключові слова: діти, бронхіальна астма, харчова алергія, лікування.

Вступ. Впровадження Консенсусу з діагностики та лікування бронхіальної астми (БА) та запропонована ступенева система його лікування відповідно до тяжкості захворювання дозволяє диференційовано підходити до профілактики та терапії. Основою лікування дітей є вірно підібрана дієтотерапія з виключенням причинно-значущих алергенів, виявлених за допомогою клініко-лабораторних методів.

Мета дослідження. Удосконалити лікувальні заходи та визначити прогноз захворювання БА в дітей на тлі харчової алергії (ХА) на основі комплексного клініко-імунологічного обстеження.

Матеріал і методи. Обстежено 221 дитину, хвору на БА, та сформовано групи порівняння: I - 112 дітей, в яких БА проходила на тлі ХА, II - 109 хворих на БА без ХА. Лікування БА в стаціонарі проводили відповідно до Консенсусу GINA-2002 [3,5]. Обробку даних проводили з використанням параметричних та непараметричних методів. Оцінка вираженості обструкції бронхів проводилася за бальною системою [1]. Ефективність лікування оцінювали за зниженням абсолютного (ARR) та відносного (RRR) ризиків з урахуванням мінімальної кількості хворих, яких необхідно пролікувати для отримання одного позитивного результату (NNT) з обчисленням довірчих інтервалів для RRR та NNT.

Результати дослідження та їх обговорення. Враховуючи основну роль у дезобструктивній

терапії β_2 -агоністів адренергічних рецепторів бронхів [2,4], оцінено частоту та ефективність варіантів комплексного використання цих препаратів у лікуванні дітей періоду нападу [6,7]. Виділені наступні лікувальні комплекси: β_2 -агоністи і глюкокортикостероїди (ГКС)- I комплекс; β_2 -агоністи, ГКС та еуфілін – II комплекс; еуфілін у комбінації із β_2 -агоністами–III комплекс, а також ізольоване використання агоністів β_2 -адренергічних рецепторів–IV комплекс. Частота використання I-III комплексів дезобструктивної терапії впродовж шпитального періоду наведена в таблиці 1.

У 1-й день лікування дітей I групи частіше застосували ГКС у порівнянні з використанням “ β_2 -агоністи + еуфілін”. Тяжкість стану при надходженні до шпиталю вимагала більш інтенсивного лікування з використанням β_2 -агоністів, ГКС та еуфіліну. На 4-й день лікування акценти терапії пацієнтів обох клінічних груп зсунилися в бік використання інгаляційних ГКС. Під час періоду нападу БА вимагалася більш активна тактика на початку лікування, але пацієнти краще відповідали на дезобструктивну терапію. Через тиждень переважало застосування бронходилататорів симпатоміметичного характеру в комбінації з інгаляційними ГКС.

Показники клініко-епідеміологічного ризику необхідності використання в комплексній терапії нападу БА ГКС дітям з ознаками ХА та вираженою

Таблиця 1

**Частота використання комплексної терапії
у пацієнтів груп порівняння впродовж перебування в стаціонарі (%)**

Групи	β_2 -агоністи + глюкокортикостероїди (I)	β_2 -агоністи + глюкокортикостероїди + еуфілін (II)	β_2 -агоністи + еуфілін (III)	P<0,05
1-й день лікування				
I група	35,7 $\pm$ 4,5	34,8 $\pm$ 4,5	21,4 $\pm$ 3,9	I,II:III
II група	39,4 $\pm$ 4,7	27,5 $\pm$ 4,3	28,4 $\pm$ 4,3	НВ
4-й день лікування				
I група	55,4 $\pm$ 4,7	13,4 $\pm$ 3,2	24,1 $\pm$ 4,0	I:II,III II:III
II група	48,6 $\pm$ 4,8	16,5 $\pm$ 3,5	30,3 $\pm$ 4,4	I:II,III II:III
7-й день лікування				
I група	56,3 $\pm$ 4,7	0,9 $\pm$ 0,03	32,1 $\pm$ 4,4	I:II,III II:III
II група	58,7 $\pm$ 4,7	0,9 $\pm$ 0,03	35,8 $\pm$ 4,6	I:II,III II:III

Таблиця 2

**Показники ризику використання глюкокортикостероїдів у пацієнтів
з вираженою тяжкістю нападу бронхіальною астмою і ознаками харчової алергії
в динаміці лікування щодо дітей без харчової алергії**

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

тяжкістю загального стану в динаміці лікування щодо дітей без ознак ХА наведені в таблиці 2.

Таким чином, у пацієнтів із ознаками ХА та тяжкого перебігу періоду нападу БА показники ризику застосування стероїдних протизапальних препаратів у комплексній терапії вірогідно вищі щодо дітей без ХА, чим і пояснювалася активніша терапія дітей цієї клінічної групи. На підставі отриманих даних можна дійти висновку, що пацієнти з ХА частіше отримували активнішу терапію, яка полягала в переважному використанні в них стероїдних протизапальних препаратів місцевої дії.

Оцінюючи лікувальну тактику дітей, хворих на БА на тлі ХА у періоді нападу, слід зауважити, що вони частіше отримували дезобструктивні комплекси із включенням ГКС, що зумовлювало кращі темпи дезобструкції впродовж перших чотирьох днів лікування. Порівняльний аналіз хворих дозволяє стверджувати, що на 4-й і 7-й день лікування комбінація бронхолітиків та ГКС визначає кращі показники зменшення атрибутивного і відносного ризиків збереження тяжкості загального стану при найменшій мінімальній кількості хворих.

Висновок

1. Раннє використання ГКС у комплексній дезобструктивній терапії періоду нападу БА в пацієнтів з ХА мало кращу ефективність і призводило до зниження атрибутивного і відносного ризику в кожного хворого.

2. Впровадження в практику роботи пульмонологічних та алергологічних відділень дитячих лікувально-профілактичних заходів диференційованого підходу в лікуванні бронхіальної астми в

дітей на тлі харчової алергії дозволить досягти позитивного економічного ефекту за рахунок скорочення терміну госпіталізації.

Література

1. Диагностика и лечение острых пневмоний и ОРВИ, осложненных БОС у детей раннего возраста / Безруков Л.А., Нечитайло Ю.Н., Черевко С.А., Лукашук И.В., Тришкова Л.А., Михайлова А.М. / Под ред. А.Ф.Мозолева. - Черновцы, 1989.-23с.
2. Ласица О.И. Современные подходы к лечению бронхиальной астмы у детей //Укр. мед. часопис.- 1998.-№1(3) – I/II.- С.14-17.
3. Международный консенсус по бронхиальной астме //Рос. мед. ж.-1996.-№2.-С.11-16.
4. Огородова Л.М., Кобякова О.С., Петровский Ф.И. Многоцентровое исследование сравнительной эффективности режимов комбинированной терапии у пациентов с тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой // Качественная клиническая практика.- 2002.- № 2. - С. 18-26.
5. Огородова Л. М. GINA 2002: может ли лечение бронхиальной астмы у детей стать более эффективным, простым и безопасным? //Леч. врач.- 2002.-№9.-С.12-15.
6. Allen D. B., Lemanske R. F. Jr. The safety of chronic asthma treatments: continuous beta agonist therapy and prolonged inhaled corticosteroids in childhood asthma // Allergy: Principles and Practice.- 1993.- P. 1-16.
7. Britton M. G. J.S. Earnshaw, J.B.D. Palmer A twelve month comparison of salmeterol with salbutamol in asthmatic patients // Eur. Respir. J. - 1992. -Vol. 5.- P.1062.

TREATMENT PECULARITIES OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN AGAINST A BACKGROUND OF FOOD ALLERGY

E.V.Yurchyshena, O.M.Yurchyshen

Abstract. An evaluation of treating bronchial asthma against a background of food allergy has been carried out during the period of an attack. Besides, it has been found out that desobstructive complex with glucocorticosteroids are more often used in these children.

Key words: children, bronchial asthma, food allergy, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №2.- P.81-82

Надійшла до редакції 19.12.2006 року