Областное совещание
«Итоги работы службы скорой медицинской помощи Свердловской области за 2018 год, задачи на 2019 год»
г. Екатеринбург 21 марта 2019 год

ПРЕДИКТОРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Ефремова Марина Петровна
Врач-методист отдела по работе
со службами СМП
МБУ «ССМП им. В. Ф. Капиноса»
Врач-педиатр высшей категории

Бронхообструктивный синдром (БОС) является одним из наиболее распространенных симптомокомплексов в практике врача-педиатра

- Каждый 3-й ребенок уже на первом году жизни переносит острый бронхиолит или БОС на фоне вирусной инфекции



- рецидивирование БОС сопровождается развитием БА у 40% детей

1 ***Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России***
2 Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, г. Красноярск
3 Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И. С. Берзона

- **Цель исследования**:

выделить наиболее значимые предикторы
(от англ. **predictor** «предсказатель»)
для различных вариантов БОС у детей
с целью оптимизации дифференциальной диагностики и уточнения прогноза заболевания

Вывод 1: БОС имеет 3 клинических варианта

Вриант БОС, распределение обследованных детей по полу и возрасту

Варианты БОС	Количество детей n	Пол n %		Средний возраст, мес.
		мальчики	девочки	
БОС инфекционного генеза (группа 1)	247 (72%)	127 (51,4)	120 (48,6)	5,41 ± 0,18
БОС аллергического генеза (группа 2)	77 (22,5 %)	51 (66,2)	26 (33,8)	4,92 ± 0,29
БОС на фоне бронхо-легочной дисплазии (группа 3)	19 (5,5%)	12 (63,2)	7 (36,8)	6,63 ± 0,73
ИТОГО	**343**	**190 (55,4)**	**153 (44,6)**	**5,7 ± 0,4**

Примечание. БОС — бронхообструктивный синдром

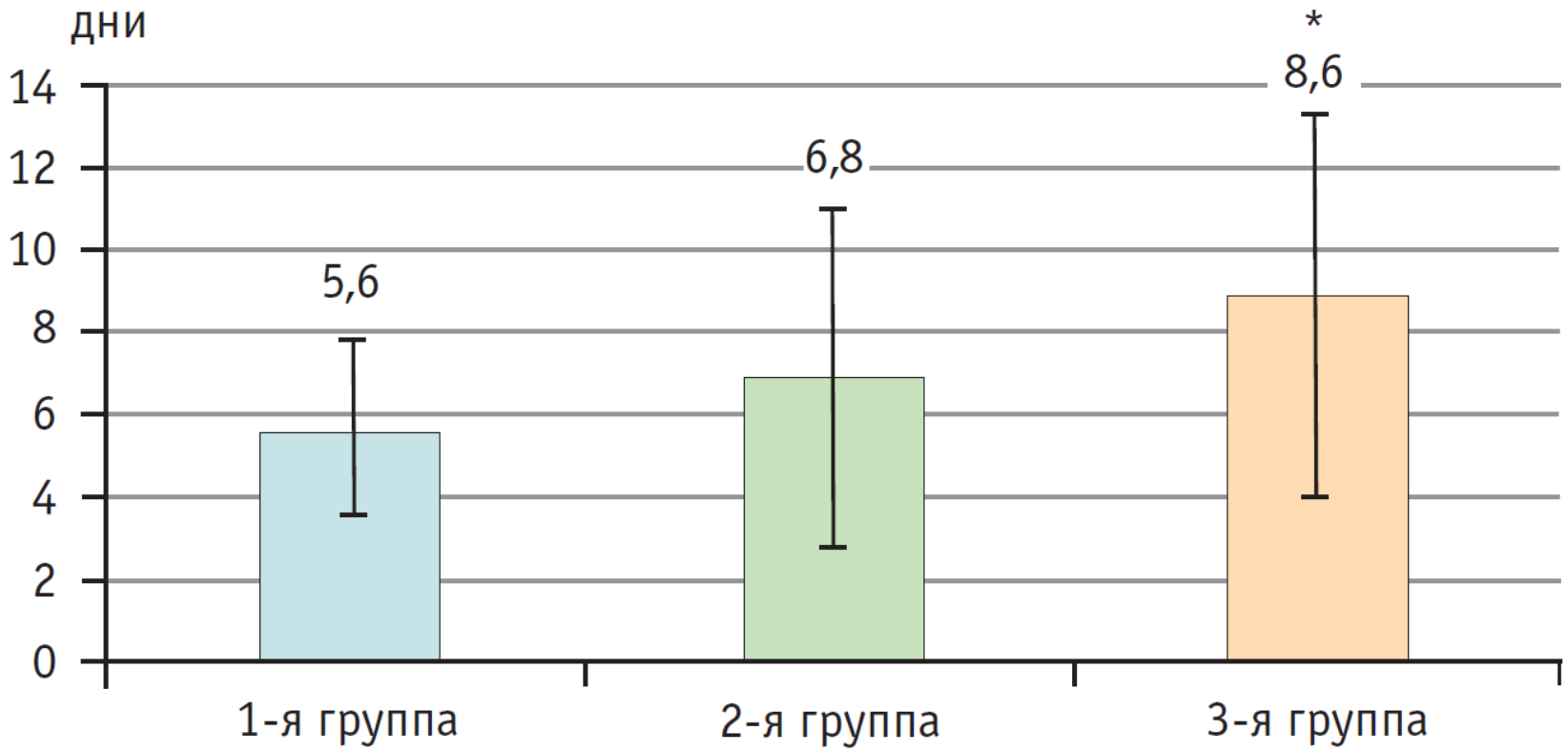
Вывод 2: продолжительность БОС зависит от вида БОС

Длительность бронхообструктивного синдрома у детей грудного возраста

Признак	Группа 1 (n = 247)			Группа 2 (n = 77)			Группа 3 (n = 19)		
	n	%	M±6	n	%	M±6	n	%	M±6
Продолжительность БОС до 3 дней	28	11,3	0,11 ± 0,02	5	6,5	0,65 ± 0,03	2	10,5	0,11 ± 0,07
Продолжительность БОС 3-5 дней	96	38,9	0,39 ± 0,03	20	26,0	0,26 ± 0,05	2	10,5	0,1 1± 0,07
Продолжительность БОС 5-3 дней	75	30,4	0,30 ± 0,03	24	31,2	0,3 1± 0,05	5	26,3	0,26 ± 0,10
Затяжное течение БОС дней (более 7 дней)	48	19,4	0,19 ± 0,03	28	36,4	0,36 ± 0,06	10	52,6	0,53 ± 0,12

Продолжительность бронхиальной обструкции у детей грудного возраста, дни.

** Различия с первой и со второй группой статистически значимы: p < 0,05 (критерий χ2)*



Вывод 3: среди факторов риска существуют более и менее чувствительные и специфичные предикторы

Шансы факторов риска при различных вариантах БОС



Дифференциально-диагностические предикторы БОС инфекционного генеза

(итоговая логистическая модель)

Предиктор (шаг 9) n = 247	Доля корректных предсказаний %
БА или хронический бронхит у родственников II линии	84
Наличие лихорадки	58
Длительность БОС 3-5 дней	59,7
Купирование БОС бронхолитиками	10,5
% успешного прогнозирования	66,3
Чувствительность	78
Специфичность	51,3

Дифференциально-диагностические предикторы БОС аллергического генеза

(итоговая логистическая модель)

Предиктор (шаг 6) n = 77	Доля корректных предсказаний %
Крапивница и отек Квинке в анамнезе	9.1
Аллергические заболевания у родственников	10,5
БА у родственников II линии	11,7
% успешного прогнозирования	82
Чувствительность	98
Специфичность	53,8

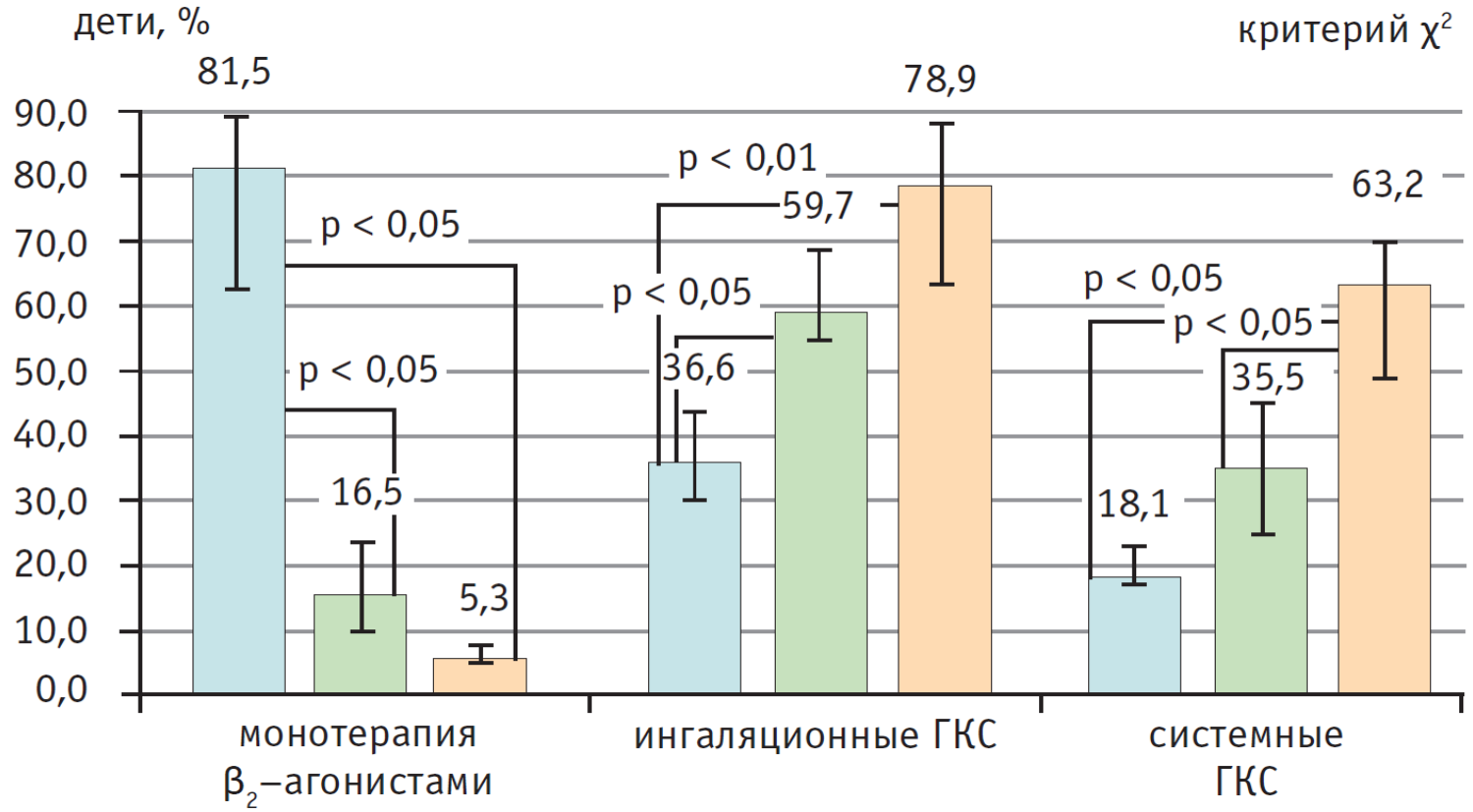
Дифференциально-диагностические предикторы БОС на фоне бронхолегочной дисплазии

(итоговая логистическая модель)

Предиктор (шаг 3) n = 19	Доля корректных предсказаний %
Угроза выкидыша в I или II половине беременности	80
ИВЛ с первых часов жизни	63
Курение матери	31,6
Необходимость в системных ГКС	79
% успешного прогнозирования	99,7
Чувствительность	93,8
Специфичность	53,8

Вывод 4: Выбор препарата для купирования бронхиальной обструкции зависит от варианта БОС

Терапия для купирования бронхиальной обструкции при различных вариантах бронхообструктивного синдрома, %



ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

г. Казань
2015 год

Подготовлены совместно с главным внештатным специалистом по СП академиком РАН С. Ф. Багненко с участием членов профильной комиссии «Педиатрия»
Утверждены Союзом педиатров России в 2015 году

Сайт «ФЕДЕРАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА»

Схема лечения БОС у детей

М-холинолитик + β-2агонист (Беродуал)



ИГКС (Будесонид)

СГКС (Дексаметазон, Преднизолон)

Для лечения и профилактикти БОС

БЕРОДУАЛ® Н

- ***Уникальный комбинированный бронхолитик, не содержащий гормональный компонент***

1. Фенотерол (селективный ß-2 агонист короткого действия)
2. Ипратропия бромид (М-холинолитик)

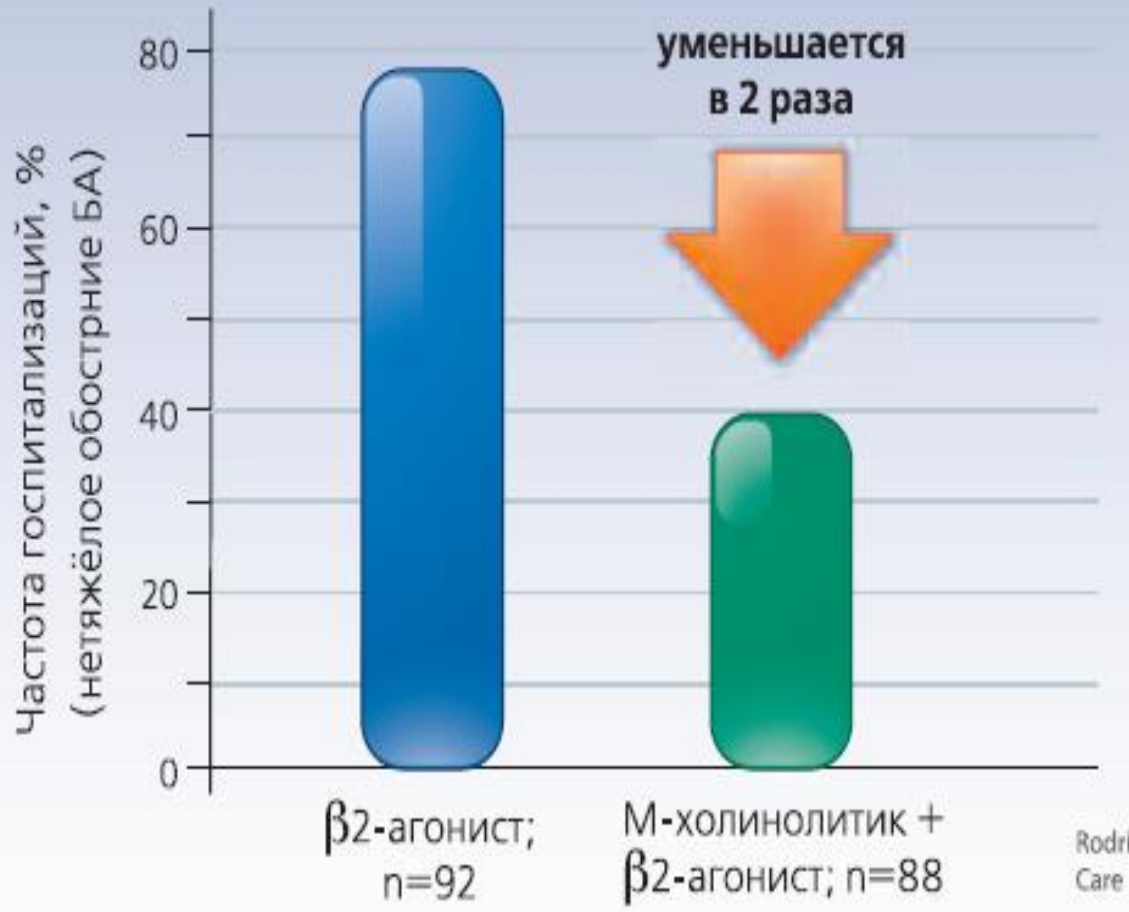
через 1 мин - до 6 часов

1 кап/кг, но не > 20 кап



раствор для ингаляций во флаконах-капельницах по 20 мл
(1 мл = 20 капель)

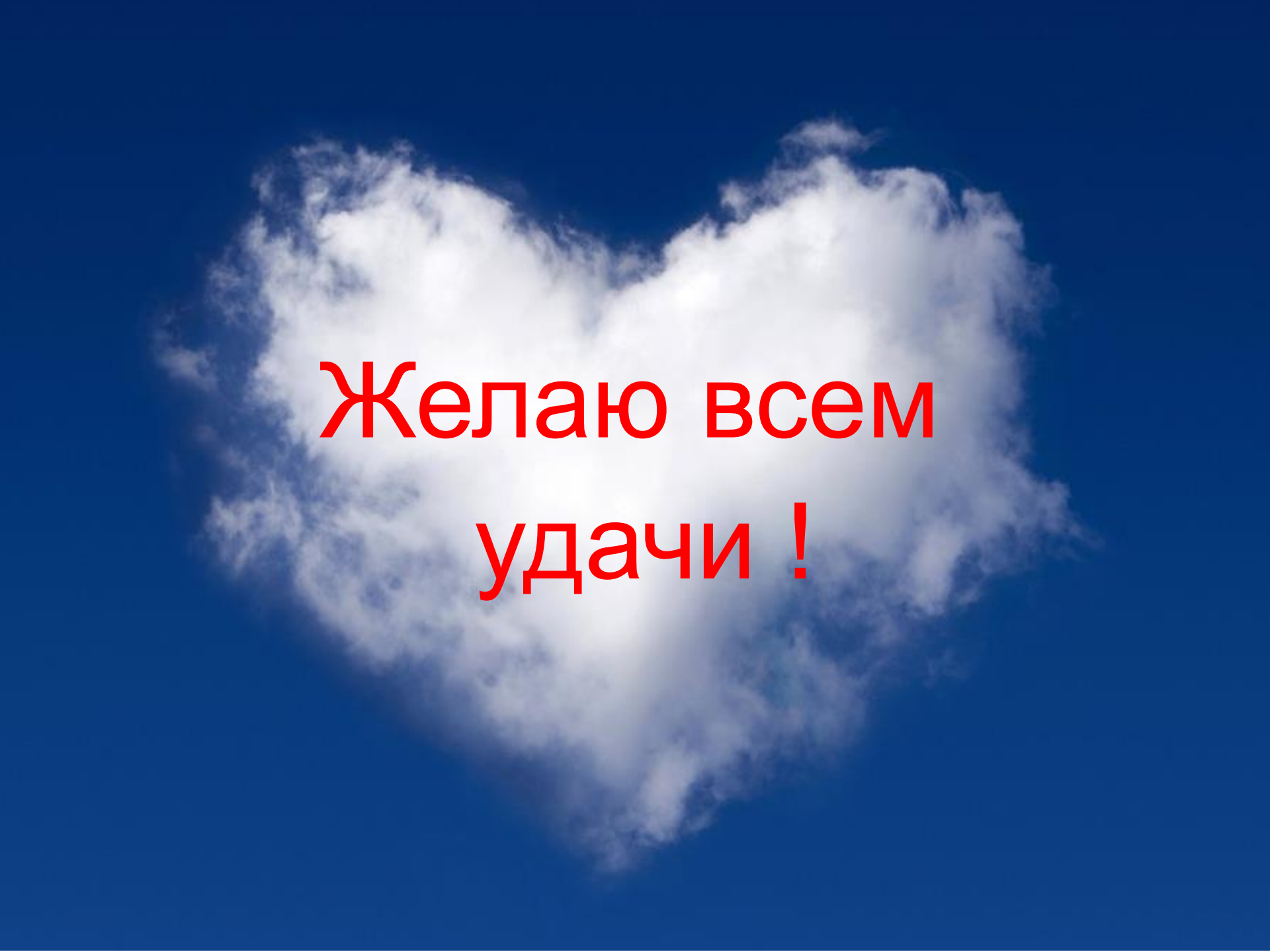
КОМБИНАЦИЯ М–ХОЛИНОЛИТИК + β2–АГОНИСТ В ДВА РАЗА СНИЖАЕТ РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ



Rodrigo G. J., et al Am. J. Respir. Crit Care Med. 2000. Vol 161 pp 1862–1868.

Заключение

- У каждого ребенка с БОС можно выявить клинический вариант БОС
- Это позволит определить прогноз у детей, перенесших БОС в раннем возрасте
- Это позволит применить дифференцированный подход в лечении и диспансеризации детей
-


Желаю всем
удачи !



- Кто из них с наибольшей вероятностью заболеет БОС?
- Какой клинический вариант перенесет?
- Сколько дней он будет болеть?
- Какой препарат для лечения будет наиболее эффективен?