

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Гарас Н.Н.

Буковинский государственный медицинский университет
Черновцы, Украина

Целью работы являлось повышение эффективности лечения тяжелой бронхиальной астмы у детей с учетом ее фенотипической неоднородности с учетом проведенного кластерного анализа.

С соблюдением принципов биоэтики на базе пульмонологического отделения областной детской клинической больницы (г. Черновцы, Украина) обследовано 57 детей, больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой. С целью выявления фенотипических особенностей тяжелой бронхиальной астмы использовался кластерный анализ. Формирующими признаками кластерного анализа выступили компоненты комплексного обследования: клинико-anamnestические характеристики (тяжесть первого дня обострения, генеалогический индекс по atopическим заболеваниям), показатели эффективности базисного лечения по АСТ-тесту, относительное содержание эозинофилов в индуцированной мокроте и характеристики неспецифической гиперреактивности бронхов (по значениям показателя лабильности бронхов, провокационной дозы гистамина и дозозависимой кривой).

По результатам кластерного анализа показателей комплексного обследования больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой детей выделено три подгруппы пациентов с различными фенотипическими характеристиками и эффективностью лечения заболевания. Показано, что недостаточная эффективность базисной терапии отмечается у детей, больных тяжелой бронхиальной астмой с неэозинофильным вариантом заболевания (содержание эозинофилов индуцированной мокроты $2,2 \pm 1,3\%$) и медленными ацетиляторными механизмами (скорость ацетилирования $60,4 \pm 5,4\%$), обосновывает проведение лечения в соответствии с рекомендациями GINA «ступенька вверх». В то же время, лечение обострения у школьников, больных тяжелой бронхиальной астмой с признаками atopии (генетический индекс по atopическим заболеваниям $0,22 \pm 0,03$ у.е.), эозинофильного характера воспаления бронхов (содержание эозинофилов индуцированной мокроты составило $8,8 \pm 2,2\%$) и их высокой гипервосприимчивости (средняя пороговая концентрация гистамина составила $0,48 \pm 0,09$ мг/мл), целесообразно проводить путем назначения трехдневного курса системных глюкокортикостероидов в возрастных терапевтических дозах.

Таким образом, при назначении базисного лечения и терапии приступа бронхиальной астмы целесообразно учитывать фенотипическую неоднородность заболевания по характеру воспаления бронхов, их гипервосприимчивости, а также atopический и ацетиляторный статус ребенка.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОВ

Гарас Н.Н.

Буковинский государственный медицинский университет
Черновцы, Украина

Целью работы было изучение клинических, лабораторных и инструментальных показателей у детей школьного возраста, страдающих тяжелой бронхиальной астмой, в зависимости от типа воспаления бронхов.

На базе пульмонологического отделения областной детской клинической больницы (г. Черновцы, Украина) обследовано 16 школьников с эозинофильным типом воспаления

бронхов (I группа) и 19 детей школьного возраста с неэозинофильным характером воспаления (II группа). Эозинофильный характер воспаления в бронхах диагностировали при наличии в мокроте 3% и более эозинофильных лейкоцитов. У больных с меньшим содержанием эозинофилов в мокроте хроническое воспаление дыхательных путей расценивали как неэозинофильное. У школьников обеих групп оценивали клинические анамнестические характеристики (тяжесть I дня обострения, показатели эффективности базисного лечения по АСТ-тесту), маркеры воспалительного процесса в бронхах (содержание метаболитов оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха), показатели гипервосприимчивости бронхов.

Установлено, что у детей I группы признаки обструкции бронхов в течение первых 5-и дней лечения в стационаре были несколько отчетливее, чем у пациентов группы сравнения. С 6-го дня госпитализации у детей I группы отмечался более выраженный регресс симптомов приступа, что в дальнейшем отражается в виде достоверно лучшего ответа на базисную противовоспалительную терапию по показаниям АСТ-теста ($15,8 \pm 1,1$ балла против $12,1 \pm 1,7$ баллов в I и II группе соответственно, $p > 0,05$). Лучшие клинические показатели эффективности базисной терапии по результатам АСТ-теста подтверждаются однотипной динамикой инфламатометрии бронхов. Так, после трехмесячного курса ингаляционных глюкокортикостероидов у детей с тяжелой эозинофильной астмой показатель метаболитов оксида азота оказался ниже ($38,6 \pm 1,5$ ммоль/л), чем у представителей группы сравнения ($43,8 \pm 4,6$ ммоль/л, $p > 0,05$).

Значительная гипервосприимчивость бронхов у детей, больных тяжелой БА, реализуется путем высшей гиперчувствительности бронхов к гистамину у детей I группы ($0,6 \pm 0,2$ мг/мл против $0,2 \pm 0,09$ мг/мл у детей II группы, $p > 0,05$), и достоверно выраженной гиперреактивности дыхательных путей у представителей группы сравнения (значения дозозависимой кривой составили $2,6 \pm 0,1$ у.е. против $2,1 \pm 0,1$ у.е. у детей с эозинофильным типом воспаления бронхов).

ВНЕКОРОНАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КАВАСАКИ

*Глазырина А.А., Торосян Г.Г., Петрайкина Е.Е., Колтунов И.Е., Выхристюк О.Ф.,
Овсянников Д.Ю.*

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

Москва, Россия

В настоящее время, благодаря централизации оказания высокотехнологической и высококвалифицированной медицинской помощи детям в г. Москве ревматологического профиля, стало возможным наблюдение детей с Болезнью Kawasaki в остром и подостром периодах заболевания.

Наши наблюдения показали, что за 3 года увеличилась диагностика БК на 18%. Ежегодное увеличение количества пролеченных больных с БК, также увеличилось в среднем на 18%.

Обращает на себя внимание стойкая сезонность заболевания с пиком заболеваемости весной, преимущественно в марте. Количество пролеченных больных в марте составляет от 40 до 55% от всех пролеченных больных детей с БК за год. Такая тенденция прослеживается в течение 2014-2016 гг.

По данным мировой статистики, до 25% осложнений, со стороны сердца, является формирование аневризм коронарных артерий различного диаметра. Ретроспективный анализ пролеченных больных показал частоту других осложнений со стороны сердца, таких как: снижения сократительной способности левого желудочка, сепарация листков перикарда и выпот в полости перикарда, изменение створок митрального клапана, наличие регургитации на митральном клапане и ее степень, а также дилатация левого желудочка и рубцовые изменения миокарда левого желудочка, составляющих до 20% от всех осложнений БК.