



Ортеменка Є.П., Горбатюк І.Б.

## АСОЦІАТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ІЗ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВІСТЮ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ ФЕНОТИП БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Наразі неефективність базисної терапії бронхіальної астми (БА) пов'язують із гетерогенністю патології, а саме із існуванням еозинофільного та нейтрофільного фенотипів захворювання. Водночас, одним з чинників ризику реалізації та персистування симптомів БА у дітей є надмірна маса тіла. Проте, питання щодо асоціації опасистості із характером запалення дихальних шляхів (ДШ) та їх гіперсприйнятливості в хворих на БА достеменно не вивчені.

Мета: вивчити кореляційні зв'язки антропометричних показників із маркерами бронхіальної гіперчутливості у хворих на еозинофільний фенотип БА у дітей для оптимізації лікування.

Матеріали та методи. На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 116 школярів, хворих на БА. Еозинофільний фенотип БА (ЕФБА) діагностували у 66 пацієнтів (56,9%) за наявності в мокротинні  $\geq 3\%$  еозинофілів в клітинному осаді індукованого мокротиння. Оцінка ризику реалізації події проводилась з урахуванням вірогідності величин відносного (ВР), атрибутивного (АР) ризиків та співвідношення шансів (СШ), а також визначення їх довірчих інтервалів (95% ДІ). Гіперчутливість бронхів (ГЧБ) визначали за даними провокаційної дози гістаміну (ПД20Г, мг).

Результати дослідження. У хворих із

еозинофільним характером запалення ДШ відмічалася більша маса тіла при народженні, а також при актуальному обстеженні. Так, маса тіла при народженні  $>3500$  г вказувала на ризик ЕФБА (ВР=7,6; 95% ДІ: 5,2–11,2, СШ=20,2; 95% ДІ: 5,4–74,9, АР=57%). Водночас, індекс маси тіла (ІМТ)  $\geq 19,0$  кг/м<sup>2</sup> вказував на ризик еозинофільної БА (ВР=1,5; 95% ДІ: 0,9–2,5, СШ=2,7; 95% ДІ: 1,3–6,0, АР=24%). Встановлено, що ПД20Г  $<0,15$  мг асоціювала із ризиком еозинофільного запалення ДШ (ВР=1,6; 95% ДІ: 0,9–2,4, СШ=2,5; 95% ДІ: 1,1–6,2, АР=22%). При цьому у пацієнтів із еозинофільним запаленням ДШ зареєстровані слабкі зв'язки перцентильної оцінки ІМТ при актуальному обстеженні із масою дітей при народженні ( $r=0,3$ ;  $P=0,03$ ), а також із ПД20Г ( $r=-0,3$ ;  $P<0,05$ ). Такі дані, мабуть, відображували взаємозв'язок генетичної детермінованості як надмірної маси тіла, так і ГЧБ, при ЕФБА.

Висновки. Для ЕФБА притаманні надлишкова маса тіла при народженні та актуальному обстеженні, а також виразна ГЧБ до гістаміну. Встановлений за еозинофільної БА взаємозв'язок опасистості хворих із значною гіперсприйнятливостю ДШ непрямо підкреслював спадковий характер даних феноменів.

Осовська І.М., Тарнавська С.І.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАРТОВОЇ ДЕЗОБСТРУКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Перебіг бронхіальної астми (БА) в дітей багато в чому визначається не тільки фенотиповими особливостями захворювання, але й правильним вибором контролюваної та стартової дезобструктивної терапії, що визначило напрямки наших досліджень.

Мета дослідження. Оцінити ефективність різних режимів терапії нападу астми у дітей залежно від ацетиляторного статусу для оптимізації стартової дезобструктивної терапії.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 118 дітей шкільного віку, хворих на БА. Всім дітям визначали генетичний маркер – тип ацетилювання за методом Пребстинг-Гаврилова в модифікації Тимофєєвої. Сформовано 2 клінічні групи: I група – 68 дітей з повільним типом ацетилювання (середній вік – 11,1 років, частка хлопчиків – 72,7%), II група – 50 хворих зі швидким ацетиляторним статусом (середній вік – 12,4 років ( $p>0,05$ ), частка хлопчиків – 81,2% ( $p>0,05$ )). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними. Оцінку тяжкості перебігу захворювання та лікувальну тактику проводили згідно рекомендацій міжнародного консенсусу GINA 2010 та наказу МОЗ України №767 від

27.12.2005 р.

Результати дослідження та їх обговорення. Виходячи з отриманих результатів встановлено, що частота застосування швидкодіючих  $\beta_2$ -агоністів, еуфіліну, системних та інгаляційних глюкокортикостероїдів у пацієнтів I клінічної групи дорівнювали:  $98,1 \pm 7,8\%$ ,  $34,5 \pm 4,2\%$ ,  $42,3 \pm 5,6\%$ ,  $52,7 \pm 5,4\%$  випадків. У представників II групи вказана терапія використовувалась у  $97,4 \pm 8,6$  ( $p>0,05$ ),  $28,2 \pm 3,7$  ( $p>0,05$ ),  $25,6 \pm 4,8$  ( $p<0,05$ ) та  $46,1 \pm 6,5$  ( $p>0,05$ ) випадків відповідно. Показники ризику необхідності використання у комплексній терапії нападу астми системних глюкокортикостероїдних препаратів у хворих із повільним ацетиляторним фенотипом при госпіталізації по відношенню до пацієнтів із швидким типом ацетилювання становили: відносний ризик – 1,3 (95% ДІ: 0,9–2,6) при відношенні шансів – 3,7 (95% ДІ: 1,3–6,7).

Висновки. Таким чином, у дітей з повільним ацетиляторним статусом вірогідно частіше, ніж у хворих зі швидким типом ацетилювання, застосовували короткотривалий курс системних глюкокортикостероїдних препаратів при лікуванні нападу бронхіальної астми, що зумовлювалося тяжчим його перебігом.