

**Безруков Л.О., Іванова Л.А.**  
**ФЕНОТИПИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ**  
*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*  
*Буковинський державний медичний університет*

Бронхіальна астма - типове мультифакторне захворювання, у розвитку якого мають велике значення як чинники зовнішнього середовища, так і генетична схильність до розвитку даної патології. Поєднання цих факторів зумовлює виникнення різних фенотипів бронхіальної астми.

Як показує клінічний досвід останніх років, терапія бронхіальної астми згідно з існуючими вітчизняними та міжнародними стандартами і протоколами діагностики та терапії дає можливість досягти контролю лише в 60% випадків. Це, ймовірно, пов'язано з тим, що представлені рекомендації орієнтовані на хворобу, а не на конкретного хворого з фенотиповими особливостями бронхіальної астми.

Метою нашого дослідження було: вивчити фенотипові особливості бронхіальної астми в дітей шкільного віку.

В умовах пульмо-алергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні м.Чернівці обстежено 372 дитини, хворих на бронхіальну астму. Середній вік дітей становив  $11 \pm 0,36$  років, серед обстежених - 76,4% хлопчиків. Всім дітям проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження. Серед обстежених пацієнтів виділено 6 фенотипів бронхіальної астми: пізнього початку, тяжка, еозинофільна, фізичної напруги, гіперреактивна та атопічна.

Астма пізнього початку зареєстрована у 208 (55,9%) дітей. Середній вік початку захворювання в цих пацієнтів становив  $9,0 \pm 0,9$  років. У віці 6-8 років захворювання почалось у 48,1% пацієнтів, у віці 9-12 років захворіли 37,0% дітей, старше 13 років - 14,9% дітей.

Тяжка бронхіальна астма траплялась у 103 (27,7%) обстежених нами пацієнтів. Середня частота появи симптомів захворювання впродовж тижня в них становила  $5,1 \pm 2,2$ , а частота госпіталізацій за рік -  $3,1 \pm 0,25$ . Частка дітей, в яких симптоми захворювання реєструвались 1-2 рази на тиждень, становила 55,6%. У 33,3% обстежених пацієнтів симптоми астми з'являлись 3-4 рази впродовж тижня, а в 11,1% - 5 та більше разів на тиждень. Нами встановлено, що майже половина пацієнтів (47,0%) з тяжкою астмою потребували госпіталізації 3-4 рази на рік. 1-2 рази впродовж року лікувались у стаціонарі 40,8% дітей, а більше 5 разів - 12,2% дітей.

Встановлено, що еозинофільна форма астми була у 66 (17,7%) пацієнтів. Частка еозинофілів в індукованому мокротинні цих дітей становила  $12,7 \pm 1,67\%$ . Показано, що більше 6% еозинофілів у мокротинні зареєстровано в 61,7% обстежених пацієнтів, більше 12% - у 40% дітей. У кожної п'ятої дитини в цій групі частка еозинофілів в індукованому мокротинні становила 20% та більше.

Астма фізичної напруги реєструвалась у 105 (28,2%) обстежених нами пацієнтів. У хворих цієї групи в 67,7% випадків в анамнезі була вказівка на появу клінічних ознак бронхоспазму після фізичного навантаження. Індекс

бронхоспазму в межах 15-20% виявився у 38,5% хворих даної групи, а вище 26% - у 35,4% пацієнтів.

Показано, що гіперреактивна бронхіальна астма наявна в 46 (12,36%) обстежених нами хворих. Показник ПК20Н у цій групі дітей становив  $0,24 \pm 0,03$  мг/мл. У 57,9% пацієнтів даної групи показник ПК20Г становив менше 0,2 мг/мл.

У 97 (26,1%) хворих діагностовано атопічну форму бронхіальної астми. Індекс атопії в даній групі дітей становив 0,15, а шкірні проби виявились позитивними до всіх алергенів у 82% випадків. Показано, що в 13% випадків атопічної астми позитивною була шкірна проба з одним алергеном, а в 7,4% - з двома. Індекс атопії більше 0,15 зареєстровано у 30%, а більше 0,25 - у 16% хворих з даним фенотипом астми. Значною була питома вага позитивних шкірних тестів з харчовими алергенами.

Слід зазначити, що один фенотип захворювання виділено у 26,3% пацієнтів, поєднання двох фенотипів бронхіальної астми - у 43,5% , поєднання трьох - у 21,8%, чотирьох фенотипів - у 8,1% хворих.

На підставі отриманих результатів дослідження виділено особливості реактивності дихальних шляхів при різних фенотипах бронхіальної астми в дітей. Так, найвища лабільність бронхів характерна для дітей із астмою фізичного навантаження та тяжкою формою захворювання. Гіперчутливість бронхів до гістаміну виявилася найвищою в дітей із гіперреактивною та астмою фізичного навантаження. Гіперреактивність бронхів найбільш характерна для тяжкої форми бронхіальної астми в дітей.

Таким чином, дітям, що страждають на бронхіальну астму, притаманні фенотипові особливості захворювання, які слід враховувати при обґрунтуванні індивідуалізованого лікування. Окремі фенотипи бронхіальної астми – це лише клініко-параклінічні особливості перебігу захворювання у конкретного хворого, а гіперсприйнятливність дихальних шляхів характерна для всіх пацієнтів.