



Тарнавська С.І.

КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Гетерогенність фенотипів бронхіальної астми (БА) обмежує можливість втримання контролю над захворюванням та вимагає проведення додаткових досліджень з врахуванням клінічно-параклінічних особливостей захворювання.

Метою роботи було дослідити фенотипові особливості астми залежно від запальних патернів крові для оптимізації комплексного лікування захворювання.

Для досягнення поставленої мети проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження I-II рівня 46 дітей, хворих на БА. Залежно від вмісту гранулоцитів крові сформовані 2 клінічні групи: I групу склали 34 дитини, які хворіють на БА із гіпогранулоцитарним запальним паттерном крові (вміст еозинофілів крові < 250 клітин/мм³ та нейтрофілів < 5000 клітин/мм³) (середній вік – 13,7±2,6 роки, частка хлопчиків – 64,7%), до II групи увійшли 12 хворих з гіпергранулоцитарним паттерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм³ та нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм³) (середній вік – 14,9±1,9 роки (p>0,05); частка хлопчиків – 58,3% (p>0,05)). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними.

Оцінка тяжкості перебігу БА показала, що персистувальний: легкий, середньої тяжкості і тяжкий перебіг астми у представників I групи відмічався у 17,6%, 38,2%, 44,2% пацієнтів відповідно. У дітей II клінічної групи розподіл за тяжкістю перебігу захворювання виявився наступним: 0%, 25,0% (p>0,05), 75,0% випадків (p<0,05). Наявність гіпергранулоцитарного паттерну крові підвищувала відносний ризик розвитку тяжкої астми - у 1,7 разу [95%ДІ:1,2-2,4] при співвідношенні шансів - 3,8 [95%ДІ:2,1-6,9]

Проведена оцінка шкірної гіперчутливості негайного типу до небактеріальним алергенів показала, що розмір папули шкірної реакції на побутові алергени у дітей I-ї та II-ї групи склали 13,7±1,4 та 19,6±2,1 мм (p<0,05) відповідно; на епідермальних алергенах - 13,7±1,5 та 22,6±7,2 мм (p>0,05) відповідно, пилокві алергени - 8,4±1,9 та 17,0±2,7 мм (p<0,05) відповідно. Показники ризику реєстрації вираженої шкірної гіперчутливості до побутових алергенів (папула > 13,7 мм) у дітей, хворих на бронхіальну астму з гіпергранулоцитарним фенотипом в порівнянні з гіпогранулоцитарним фенотипом склали: відносний ризик - 1,6 (95% ДІ: 0,9-2,6) при співвідношенні шансів - 5,6 (95% ДІ: 2,7-11,4), до пилокві алергенів - відносний ризик - 4,5 (95% ДІ: 3,4-5,9) при співвідношенні шансів - 9, 6 (95% ДІ: 4,8-19,5).

Наявність гіпергранулоцитарного запального фенотипу підвищувала шанси розвитку тяжкої бронхіальної астми в 3,8 рази та шкірної гіперчутливості до побутових алергенів у 5,6 рази.

Шахова О.О.

КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Бронхіальна астма (БА) в підлітковому віці характеризується легшими клінічними проявами захворювання, частими і тривалими ремісіями, переважаанням серед хворих представниць жіночої статі. Попри легший перебіг БА у підлітків, смертність внаслідок даного захворювання втричі вища, ніж у представників інших вікових груп.

Метою дослідження було оцінити показники клінічно-анамнестичного обстеження підлітків, хворих на бронхіальну астму підлітків у післянападному періоді.

Обстежено 42 дитини підліткового віку, що хворіють на БА, у післянападному періоді, коли повністю зникли клінічні прояви обструкції бронхів, і відмінялися медикаменти, котрі могли вплинути на точність оцінки неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів, а також на показники імунограми крові. Більшості дітей обстеження проводилися багаторазово в динаміці спостереження. Середня тривалість захворювання становила 5,9±0,77 років, тобто в більшості випадків БА в обстежених дітей можна розглядати як фенотип пізнього початку, який зазвичай асоціює з атопічною природою захворювання. Середній вік дітей даної групи становив 14,2±0,32 року (мінімально 10 років, максимально 17 років). У обстежених дітей змішана форма захворювання встановлена у 24 випадках (57,1%), а атопічна – у 18 підлітків (42,9%). У всіх дітей визначалася персистувальна форма захворювання, так, легкий ступінь БА встановлений у 6 хворих (14,3%), середньотяжкий – у 19 (45,2%) і тяжкий – у 40,5% випадків. Оскільки оцінка тяжкості БА багато в чому має суб'єктивний характер, у процесі спостереження відмічені її зміни у бік легшого перебігу. На початку динамічного спостереження легка персистувальна форма захворювання відмічалася у 7,7%, середньотяжка – у 30,8% і тяжка – у 61,5% дітей. Відмічено, що навіть за короткий період динамічного спостереження серед обстежених підлітків суттєво збільшилась частка супутньої алергічної патології, за рахунок зростання поширеності алергічного риніту. Так, на початку анамнестичного спостереження вказана патологія визначалася лише у 55,0% дітей, зумовивши її зростання на 16,4% випадків при актуальному обстеженні.