

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 атопии (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