Білоус Т.М.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМ ДЕБЮТОМ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет

Метою роботи було оцінити ефективність досягнення й утримання у процесі динамічного спостереження контролю бронхіальної астми в дітей залежно від особливостей дебюту захворювання.

Для вивчення особливостей перебігу та контрольованості бронхіальної астми в дітей, залежно від альтернативного початку захворювання, на базі КНП «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці методом «дослід-контроль» у паралельних групах із використанням простої випадкової вибірки комплексно обстежено 319 дітей. У 257 хворих (І клінічна група) бронхіальна астма розвинулася на тлі хронічного обструктивного бронхіту, до складу ІІ клінічної групи увійшли 43 дитини, в яких БА дебютувала після перенесеної позалікарняної пневмонії, а третю (ІІІ) клінічну групу сформували 19 дітей, в яких БА верифікована після стаціонарного лікування у відділенні інтенсивної терапії з приводу астматичного статусу.

Показано, що у представників ІІІ клінічної групи, порівняно з іншими хворими, вірогідно частіше траплявся фенотип астми раннього початку та тяжкий перебіг захворювання, при цьому співвідношення шансів тяжкого перебігу БА в подальшому для цих дітей порівняно з когортою І групи становило 6,8. За результатами самооцінки контролю БА за стандартизованими опитувальниками GINA і АСТ, а також із використанням клінічно-інструментальної оціночної шкали встановлено, що рівень контролю над захворюванням в усіх групах був недостатнім, зокрема, у хворих ІІІ клінічної групи відносно інших пацієнтів за усіма опитувальниками переважав частково-контрольований і неконтрольований перебіг БА. Так, показано, що результати самооцінки контролю БА за АСТ-тестом та з використанням КІО-шкали практично збігалися, і частота контрольованої астми у І групі становила 23,4 і 21,9 % відповідно, а неконтрольованої - 44,6 і 47,3 % відповідно ($p > 0,05$). У пацієнтів ІІ групи вказаний рівень контролю визначався відповідно у 18,2 % та 15,8 % випадків ($p > 0,05$) та 51,5 і 57,9 % спостережень ($p > 0,05$). У ІІІ групі контрольовані випадки астми траплялися лише у 9,1 % і 8,3 % хворих, а неконтрольовані у 63,6 % і 66,7 % дітей відповідно ($p > 0,05$). У процесі динамічного спостереження за ефективністю базисного протизапального лікування на третьому моніторинговому візиті (5-6 рік спостереження) встановлено, що в усіх клінічних групах із статистичним переважанням хворих з дебютом БА з рецидивів обструктивного бронхіту відбувалося зростання частки хворих, які отримували терапію в межах 1-ої сходинки та зменшувалася кількість пацієнтів, обсяг терапії яких відповідав 2-ій сходинці за GINA. Разом із тим, у хворих з дебютом астми з астматичного статусу на тлі зменшення частки пацієнтів, базисне лікування яких відповідало 3-ій сходинці за GINA, проте відбулося зростання в 1,7 разу частки пацієнтів із лікуванням у межах 4-ої сходинки. Так, проведене стандартне протизапальне базисне лікування дозволило досягти певних позитивних змін у пацієнтів клінічних груп спостереження, причому представники ІІІ клінічної групи потребували більш активної базисної протизапальної терапії, зокрема обсяг 1-ої сходинки за GINA порівняно до хворих І групи призначався удвічі рідше, а 4-ої – у 6,9 раза частіше.

Таким чином, у хворих із дебютом бронхіальної астми у вигляді астматичного статусу відносно пацієнтів із хронічним обструктивним бронхітом або пневмонією в анамнезі, у подальшому утримується гірший рівень контролю над захворюванням, причому дана когорта пацієнтів потребує більшого обсягу базисного лікування, що вимагає персоналізованого підходу до призначення терапії з обов’язковим урахуванням особливостей дебюту БА.