



**Тарнавська С.І.**

## **ОСОБЛИВОСТІ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Враховуючи патогенетичні особливості фенотипів бронхіальної астми (БА) слід визнати, що оцінка особливостей запалення дихальних шляхів за показниками вмісту гранулоцитів у периферичній крові є доступним та малоінвазивним методом. Тому, нами вважалось за доцільне оцінити ступінь неспецифічної реактивності дихальних шляхів у дітей, хворих на бронхіальну астму, за різних запальних патернів крові, що дозволить оптимізувати необхідний комплекс лікувально-профілактичних заходів.

Метою роботи було дослідити показники неспецифічної реактивності бронхів залежно від запальних патернів крові з метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно

Проведено комплексне клініко-імунологічне обстеження I-II рівня 120 дітей, хворих на бронхіальну астму. Залежно від вмісту гранулоцитів крові сформовані чотири клінічні групи. Першу (I) групу становили 34 дитини, які хворіють на БА з гіпогранулоцитарним патерном запалення (вміст еозинофілів крові < 250 клітин/мм<sup>3</sup> та нейтрофілів < 5000 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 13,7±2,6 року, частка хлопчиків – 64,7 %), до II групи увійшли 60 дітей, хворих на БА з переважно еозинофільним патерном периферичної крові (вміст еозинофілів ≥250 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 12,8±2,9 року, частка хлопчиків – 70,0 %), до III групи увійшли 14 дітей із нейтрофільним патерном (вміст нейтрофілів ≥5000 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 12,6±2,7 року, частка хлопчиків – 64,3 %), до IV групи увійшли 12 дітей з гіпергранулоцитарним патерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм<sup>3</sup> та нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 14,9±1,9 року; частка хлопчиків – 58,3 %). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними. Оцінку реакції бронхів у відповідь на інгаляцію β<sub>2</sub>-агоніста короткої дії (сальбутамолу) проводили згідно з рекомендаціями з подальшим підрахунком індексу бронходилатації (ІБД): ІБД = ((ОФВ<sub>1</sub> після інгаляції сальбутамолу - ОФВ<sub>1</sub> вих.) / ОФВ<sub>1</sub> вих.) X100%.

Аналіз отриманих даних показав, що найбільш високі показники лабільності бронхів (переважно за рахунок вираженої дилатації у відповідь на інгаляцію β<sub>2</sub>-агоніста) відзначали у дітей з гіпергранулоцитарним запальним патерном крові в порівнянні з іншими фенотипами. Так, позитивну бронхомоторну пробу з β<sub>2</sub>-адреноміметиком реєстрували у 18,8%, 28,6%, 26,8% і 72,7% (рФV: I, II, III <0,05) пацієнтів I, II, III, IV груп відповідно. Показники ризику наявності позитивної реакції дихальних шляхів на β<sub>2</sub>-адреноміметик у пацієнтів з гіпергранулоцитарним запальним патерном крові в порівнянні з гіпогранулоцитарним запальним фенотипом склали: відносний ризик - 3,9 [95% ДІ: 2,7-5,5], при співвідношенні шансів - 11,6 [95% ДІ: 5,9-22,7].

Таким чином, наявність гіпергранулоцитарного запального патерна крові у дітей, хворих на бронхіальну астму в порівнянні з гіпогранулоцитарним запальним фенотипом підвищувало шанси вираженою дилатаційної реакції бронхів в 11,6 разу.

**Шахова О.О.**

## **ЛАБІЛЬНІСТЬ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АСТМУ ПІЗЬНОГО ПОЧАТКУ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Бронхіальна астма (БА) дитячого віку є гетерогенним захворюванням, яке може вирізнятися клінічними розбіжностями залежно від фенотипу захворювання та віку дитини. Наразі астма дитячого віку розглядається як сукупність окремих фенотипів із визначеними механізмами розвитку і прогресування. Фенотип астми пізнього початку – це пізній початок захворювання з клінічними проявами atopії (екземою, алергічним ринітом, кон'юнктивітом, харчовою алергією), еозинофілії та/або підвищеним рівнем загального IgE у крові.

Метою дослідження було оцінити показники лабільності бронхів у дітей, хворих на астму пізнього початку, з урахуванням ацетиляторного статусу хворих.

Обстежено 72 дитини, які страждають на БА пізнього початку (дебют захворювання після шести років). Сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) – 34 дитини із фенотипом БА пізнього початку та повільним характером ацетилювання, друга (II) – 38 дітей, хворих на БА пізнього початку, зі швидким ацетиляторним фенотипом. Лабільність бронхів визначали згідно рекомендацій шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію β<sub>2</sub>-агоніста короткої дії.

Оцінка показників лабільності бронхів показала, що позитивна бронхоспастична проба спостерігалася у 44,2% пацієнтів із повільним характером ацетилювання та лише у 26,0% дітей зі швидким ацетиляторним статусом (РФ<0,05). Показники ризику наявності бронхоспазму дихальних шляхів у відповідь на дозоване фізичне навантаження у хворих із повільним ацетиляторним фенотипом порівняно до швидких «ацетиляторів» дорівнювали: відносний ризик – 1,7 [95%ДІ: 1,04-2,6], при співвідношенні шансів – 2,2 [95%ДІ: 0,8-5,9]. Разом із тим повільний ацетиляторний фенотип підвищував відносний ризик вираженої лабільності бронхів у 2,9 раза [95%ДІ: 1,9-4,6] при співвідношенні шансів – 4,7 [95%ДІ:1,6-14,2]. Показник лабільності бронхів є