

Гарас М.Н.

**Особливості відповіді на лікування школярів,
хворих на тяжку бронхіальну астму, залежно від фенотипових
характеристик захворювання**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Метою дослідження було виявити фенотипові особливості дітей шкільного віку, хворих на тяжку персистувальну бронхіальну астму (БА), залежно від ефективності проведення полегшувального та контрольного лікування захворювання.

Матеріал і методи. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 57 дітей із попередньо верифікованою тяжкою персистувальною БА, яким проводилася дезобструктивна терапія в період нападу та базисне лікування в позанападний період захворювання. За допомогою кластерного аналізу до групоформувальних ознак віднесено клінічно-анамнестичні характеристики (бальна оцінка тяжкості БОС І дня загострення, тривалість захворювання на БА, генеалогічний індекс за atopічними захворюваннями), показники ефективності базисного лікування за АСТ-тестом, а також маркери запального процесу в бронхах (вміст метаболітів монооксиду нітрогену, альдегід- і кетопохідних 2,4-динітрофенілгідрозонів (АКДНФГ) нейтрального та основного характеру у конденсаті видихуваного повітря (КВП), відносний вміст еозинофільних гранулоцитів у індукованому мокротинні, показники atopічної реактивності (вміст загального Ig E та ІЛ-4 у сироватці крові та результати шкірних алерготестів з небактеріальними алергенами) та ознаки неспецифічної гіперреактивності бронхів. Отримані результати аналізувалися з використанням принципів біостатистики.

Результати дослідження. На підставі результатів кластерного аналізу клінічно-параклінічних показників дітей встановлено ряд особливостей, із урахуванням яких вдалося виділити 3 кластерні підгрупи. І кластер (24 школярі) охоплював дітей із тяжкою БА з кращою контрольованістю перебігу під впливом базисного проти-запального лікування, що асоціювало із «пізнім початком», швидкими ацетиляторними механізмами, виразною еозинофілією індукованого мокротиння, вищим вмістом метаболітів монооксиду нітрогену та АКДНФГ нейтрального характеру в КВП, вищим вмістом загального Ig E в сироватці крові та виразнішою лабільністю бронхів. Школярам із вказаними особливостями БА призначали лікування відповідно тяжкості захворювання згідно чинних регламентувальних документів (наказ МОЗ України від 27.12.2005 № 767, GINA, версії 2006р).

II кластерна підгрупа охоплювала 10 хворих на тяжку БА, яким притаманні недостатня контрольованість перебігу патології на тлі базисного лікування, ранній початок захворювання, повільні ацетиляторні механізми. Для даної когорти хворих характерним є необтяжений генеалогічний анамнез за atopічними захворюваннями, значніший нейтрофіліоз індукованого мокротиння, вищий вміст

інтерлейкінів 4 та 5. У разі виявлення вказаних ознак у дітей з тяжкою БА, їм рекомендується призначати контролювальне лікування відповідно до рекомендацій «сходінка вгору» (у відповідності GINA, версії 2006р).

До III кластеру належали 23 пацієнти, схильні до тяжких загострень захворювання, що обумовлювало триваліше використання системних ГКС, із обтяженим генеалогічним анамнезом щодо atopічної патології, відносно невеликою лабільністю, проте тяжкою гіперчутливістю та гіперреактивністю бронхів. Водночас, представникам даної підгрупи притаманними виявилися еозинофілія індукованого мокротиння та вищий вміст метаболітів монооксиду нітрогену в КВП, нижчий вміст загального Ig E та ІЛ-5 у сироватці крові. У даної підгрупи дітей передбачається низька ефективність стандартного полегшувального лікування (наказ МОЗ України від 27.12.2005 № 767, GINA, версії 2006р), тому хворим в комплексі полегшувальної терапії одразу призначають триденний курс системних глюкокортикостероїдів у вікових терапевтичних дозах.

Висновки. Таким чином, на підставі проведеного кластерного аналізу серед пацієнтів, що страждають на тяжку БА, на підставі клінічних, лабораторних та параклінічних предикторів, що характеризують типові ознаки захворювання, вдалося виявити підгрупи дітей із різною контрольованістю симптомів захворювання та тяжкістю нападів, що дозволить індивідуалізувати як базисну протизапальну терапію, так і полегшувальне дезобструктивне лікування.

Германенко І.Г., Сергиєнко Е.Н.

**Катамнез дітей с респираторно-синцитіальною інфекцією
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь**

Как известно, респираторно-синцитиальный вирус является одним из основных возбудителей острых респираторных заболеваний и частой причиной патологии нижних отделов дыхательных путей у детей младшей возрастной категории. Наиболее высокие показатели заболеваемости и более тяжелого течения заболевания отмечаются у детей из групп риска: недоношенные дети, дети с врожденными заболеваниями легких, с врожденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, дети с низким весом при рождении (менее 3 килограммов), дети от многоплодной беременности, воспитанники детских дошкольных учреждений, дети, в семье которых есть случаи заболевания астмой. Среди госпитализированных детей с респираторно-синцитиальной инфекцией (РСИ) из групп риска смертность достигает 3-5%. Кроме того, смертность от РСИ среди детей первого года жизни превышает показатели летальности от гриппа этой же возрастной категории в 9 раз.

Согласно литературным данным, дети (особенно из групп риска) на первом году, перенесшие респираторно-синцитиальную инфекцию,