

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ**

М.Н.Гарас, Д.Д.Куліковський, О.Р.Гурай

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Метою дослідження було з використанням кластерного аналізу обґрунтувати варіанти базисної терапії тяжкої персистувальної бронхіальної астми (БА) у школярів з урахуванням клінічних і параклінічних показників.

В пульмонологічному відділенні ОДКЛ м. Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 57 дітей з попередньо верифікованою тяжкою персистувальною БА. Середній вік хворих сягав  $12,6 \pm 0,43$  років, а тривалість захворювання -  $8,0 \pm 0,48$  років. За статевим співвідношенням переважали хлопчики (59,6%).

Проведено кластерний аналіз результатів комплексного обстеження школярів, згідно якого виділено групи дітей із різним прогнозом щодо ефективності базисної терапії захворювання. Зокрема, I група характеризувалася задовільною контрольованістю перебігу під впливом базисного протизапального лікування та охоплювала дітей із «пізнім початком» захворювання ( $5,2 \pm 0,5$  роки), швидким ацетиляторним фенотипом (75,6 $\pm$ 3,1%), виразною еозинофілією індукованого мокротиння (8,8 $\pm$ 2,2%), високим вмістом метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря (48,8 $\pm$ 4,1 мкмоль/л), високим вмістом загального Ig E в сироватці крові та значною лабільністю бронхів (показник лабільності – 25,6 $\pm$ 3,4%). Водночас, недостатня контрольованість перебігу патології на тлі базисної терапії очікувалася в дітей II групи із раннім початком захворювання (4,2 $\pm$ 0,7 роки), повільним ацетиляторним фенотипом (60,4 $\pm$ 5,4%). Для даної когорти хворих характерним є значний нейтрофілоз індукованого мокротиння (60,2 $\pm$ 4,9%), високий вміст інтерлейкінів 4 (5,7 $\pm$ 1,2 пг/мл) та 5 (5,7 $\pm$ 0,4 пг/мл) у сироватці крові. Припущення щодо нейтрофілозу в індукованому мокротинні як чинника схильності до незадовільного контролю захворювання підтверджувалося вірогідним прямим міцним кореляційним зв'язком відносного вмісту нейтрофільних гранулоцитів із оцінкою контрольованості ( $r=0,9$ ,  $p<0,05$ ), що, ймовірно, реалізується внаслідок зростання індексу бронходилатації ( $r=0,7$ ,  $p<0,05$ ).

Таким чином, представникам I групи доцільно призначати регламентовану чинними вітчизняними стандартами та версіями GINA протизапальну терапію відповідно до контрольованості. У дітей II групи за наявності вказаних результатів комплексного обстеження з метою базисного лікування слід використовувати комплекс лікарських засобів, що відповідає ступеню 4 з наступною деескалацією терапії з урахуванням контролю БА.