

Микалюк Л.В.

ГЕНОТИПОВО-ФЕНОТИПОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Згідно сучасних даних бронхіальна астма є типовим мультифакторним захворюванням, розвиток якого певним чином детермінований як генетичними, так і зовнішньо-середовищними чинниками. Водночас, зважаючи на особливості початку бронхіальної астми залежно від генетичної схильності, можна припустити, що в дітей будуть спостерігатися особливості перебігу захворювання за різних типів ацетилювання.

Мета роботи. Вивчити особливості перебігу бронхіальної астми в дітей, залежно від типу ацетилювання.

Матеріал та методи. На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 110 дітей, хворих на бронхіальну астму, з яких сформували 2 групи порівняння за типом ацетилювання: пацієнтів із вмістом ацетильованого сульфадимезину більше 75% відносили до «швидких ацетиляторів» (І група, 60 дітей), а менше 75% до «повільних» (ІІ група, 50 дітей). Середній вік дітей І групи становив $12,5 \pm 0,49$ років (71,8 \pm 6,63% хлопчиків, 60% сільських мешканців), ІІ групи - $13,0 \pm 0,42$ років (64,9 \pm 6,38% хлопчиків, 54,4% сільських мешканців), тобто групи порівняння співставимі. Оцінювали тяжкість бронхообструктивного синдрому у стаціонарі за бальною шкалою (збільшення кількості балів свідчило про виразнішу обструкцію бронхів) і його тренд під впливом дезобструктивної терапії. Дезобструктивна терапія, яку отримували діти клінічних груп вірогідно не відрізнялася: інфузійну терапію потребували 77,3% дітей І групи проти 70% представників ІІ групи, інгаляційні глюкокортикостероїди отримували 70,6% та 69,2% пацієнтів відповідно, метилксантини – 92,9% та 87,5% відповідно, а інгаляційні β_2 -агоністи – усі обстежені діти.

Результати досліджень та їх обговорення. Відмічено, що діти зі «швидким» типом ацетилювання порівняно з пацієнтами ІІ групи поступали у стаціонар з менш виразною обструкцією бронхів та краще піддавалися дезобструктивній терапії. Так, у перший день стаціонару кількість балів тяжкості бронхообструктивного синдрому у дітей І групи сягала $13,1 \pm 1,23$ проти $14,7 \pm 1,17$ балів у пацієнтів ІІ групи ($p > 0,05$). На другий день стаціонарного лікування тяжкість дезобструкції бронхів у представників І групи становила $10,7 \pm 1,0$ проти $13,4 \pm 0,88$ балів ($p < 0,05$), що свідчить про швидші темпи полегшення у дітей зі швидким типом ацетилювання. На третій день ця сума балів складала $9,0 \pm 1,21$ проти $11,4 \pm 0,84$ бали ($p > 0,05$). Наприкінці тижня лікування кількість балів тяжкості обструкції бронхів у дітей І групи сягала $5,1 \pm 0,98$ проти $6,9 \pm 0,87$ балів у пацієнтів ІІ клінічної групи.

Висновок. Таким чином, у дітей зі швидким ацетиляторним фенотипом порівняно з пацієнтами з повільним типом ацетилювання ефективність полегшуючої терапії вища, що, можливо, вимагає призначення хворим з повільним типом ацетилювання більшого обсягу лікування.