

616.248

0-75

*Міністерство охорони здоров'я України  
Буковинська державна медична академія  
Обласне управління охорони здоров'я при  
Чернівецькій облдержадміністрації  
Кафедра госпітальної педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Буковинської державної медичної академії*

**ТЕЗИ МАТЕРІАЛІВ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
“ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ  
У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ  
(ПРОБЛЕМИ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ)”**

*21-22 квітня 2004 року*

*м. Чернівці*

М. Л. Аряєв, Н. Г. Стамова, І. В. Кузьменко Клінічне значення синдрому первинної гіперплазії загрудинної залози як фактора ризику бронхіальної астми.....	3
Ажими Софьян Б. А. Выявление повышенной неспецифической реактивности бронхов методом РС <sub>20</sub> Н.....	4
Н. М. Арийчук, Ажими Софьян Б. А. Скурту Д.Д. Сравнительная характеристика диагностической ценности методов РС <sub>20</sub> Н и индекса лабильности бронхов в выявлении бронхиальной астмы у детей .....	6
Н. В. Банадига, І. О. Рогальський Проблеми лікування супутньої патології на тлі бронхіальної астми у дітей.....	7
Л.О. Безруков Невирішені питання бронхіальної астми в дітей раннього віку.....	8
Л. О. Безруков, Н. К. Богуцька, Н. І. Калуцька Клінічна ефективність суміші НіРР-НА І у комплексному лікуванні атопічного дерматиту у дітей першого півріччя життя.....	10
Т. Л. Безрукова Природний перебіг бронхіальної астми в дітей раннього віку (за даними вісімнадцятирічного катамнестичного спостереження) .....	12
І. У. Безрукова, В. І. Сторожук, Д. І. Сорочан, Е. В. Юрчишена, О. М. Юрчишен Особливості лікувальної тактики бронхіальної астми у дітей раннього та дошкільного віку на тлі харчової алергії .....	13

Л.О. Безруков

## Невирішені питання бронхіальної астми в дітей раннього віку

Буковинська державна медична академія

Бронхіальна астма в дебюті захворювання, який, в основному, відбувається у ранньому дитячому віці, супроводжується окремими невирішеними задачами за всіма стратегічними напрямками медичного обслуговування цих хворих: діагностика, лікування і профілактика.

Без сумніву, діагностика бронхіальної астми в цьому віці при перших епізодах обструкції є надзвичайно складною задачею, так як клінічно вона нагадує багато захворювань і, насамперед, аморфну групу, об'єднану назвою «астматичний синдром». Спроба спірання у такому випадку на параклінічні маркери сучасних теорій зазвичай є малоефективною після тимчасового періоду захоплення ними. Так, проведені нами дослідження з оцінки каскаду запальних алергійних змін, включаючи систему взаємовідношень регулюючих субпопуляцій Т-лімфоцитів, IL-4-IgE та активованих еозинофілів крові, свідчили про недостатню чутливість чи специфічність у залежності від маніпулювання установчою точкою величин, які аналізуються. Спроба подання всієї батареї клініко-лабораторно-імунологічних показників комплексного обстеження цих хворих у вигляді різноманітних математичних моделей, як і очікувалось, ледве досягає рівня 50% ймовірності. Цього досить, щоб дещо пояснити, проте цього замало для прогнозування.

Настільки ж невирішеним можна вважати питання про так звану «приховану» харчову алергію, її виявлення та клінічне значення в реалізації та модифікації бронхіальної астми. Проявляючись позитивними алергологічними пробами, ця замаскована форма трофалергії не має виразного причинно-наслідкового зв'язку з бронхіальною астмою, та є чи глухим кутом алергологічного маршу, чи переходом на інший рівень його спіралі. У першому випадку дитина не потребує суворої елімінаційної дієти, доволі «небайдужої» для підростаючого організму, а в іншому — елімінація харчових алергенів

виправдана, але критерії її ефективності малопереконливі. Згідно проведених нами досліджень на фоні «прихованої» харчової алергії наявна певна трансформація клініки бронхіальної астми у бік її більшої лабільності, але вона незначно коригується елімінаційно-гіпоалергенною дієтою. За цих умов підвищена чутливість до харчових алергенів залишається настільки прихованою, що її математичний образ можна лише сформулювати, але не уявити.

Наступна клінічна дилема виникає при лікуванні хворих із фебрильними нападами бронхіальної астми. Часто практично вона вирішується на користь антибіотикотерапії всупереч рекомендаціям GINA 2002. Це пояснюється складністю виявлення бактеріальної інфекції при нападі захворювання і реверсією обструкції після її початку. Спроби вирішення цієї проблеми з позиції інфекційно-алергійного коромисла, на одному плечі якого — показники бактерійного запалення, а на іншому — алергійного, за всієї своєї значущості були малорезультативними, принаймні у періоді етапного аналізу.

Серед невирішених задач дебюту бронхіальної астми слід також відмітити спроби прогнозування природного перебігу (еволюції) цього захворювання. Коректність цього рішення дозволить досягнути раціоналізації тривалого індивідуального лікування бронхіальної астми в аспекті протизапальної терапії. Здійснені нами 18-річні спостереження з різним дизайном досліджень на попередньому етапі аналізу дозволили з'ясувати деякі прогностичні маркери, окремі з яких не вміщуються в прокрустове ліжко сучасних уявлень та вимагають або інтерпретації, або відсікання.

Таким чином, початок бронхіальної астми в дітей раннього віку породжує різноплановий спектр невирішених задач їх медичного обслуговування. На цьому етапі знань та можливостей їх вирішення — це, ймовірно, тривалий шлях до мети, та не до горизонту.