

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет
Головне управління охорони здоров'я Чернівецької облдержадміністрації
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинського державного медичного університету

**НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ**
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

17-18 листопада 2011 року
м. Чернівці

Харманська І.Б., Тарнавська С.І., Воротняк Т.М.
**Ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму,
залежно від активності запалення дихальних шляхів**
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Сучасні рекомендації лікування та моніторингу бронхіальної астми, базуються на оцінці тяжкості хвороби та її контролю. Недоліком більшості схем оцінки контролю бронхіальної астми можна вважати превалювання суб'єктивних критеріїв над об'єктивними показниками, які є чутливішими і володіють більшою прогностичною цінністю. До таких критеріїв оцінки рівня контролю захворювання, мабуть, можна віднести активність запалення бронхів, зменшення якої є метою базисної терапії.

Мета роботи. Оцінити ефективність базисної терапії в дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від виразності запалення бронхів шляхом дослідження конденсату видихуваного повітря.

Матеріал і методи. Для досягнення мети обстежено 57 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які одержували стаціонарне лікування в Обласній дитячій клінічній лікарні м. Чернівці. Беручи до уваги, що тяжкість БА визначається фенотипічними ознаками, та, зокрема, інтенсивністю запального процесу в дихальних шляхах, із обстежених хворих сформовано 2 клінічні групи за показниками активності запалення бронхів. Зважаючи на те, що за даними літератури оксид азоту є «маркером запалення» при бронхіальній астмі, за критерій активності обрали рівень метаболітів оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря. Оскільки при окисному стресі, наявному при загостренні БА, відбувається руйнування білкових сполук, другим критерієм активності запалення обрано вважали вміст азоказеїну (показник лізису високомолекулярних білків) в конденсаті видихуваного повітря. Таким чином, сформувано 2 клінічні групи за показниками конденсату видихуваного повітря. У 30 дітей із вмістом метаболітів оксиду азоту за одночасним вмістом метаболітів оксиду азоту більше 40 мкмоль/л та протеолітичною активністю за лізисом азоказеїну більше 1,3 мл/год діагностували сильне (виразне) запалення в дихальних шляхах – І група, при меншому вмісті вказаних маркерів (27 дітей) віднесли до ІІ групи з помірною виразністю запалення. Середній вік представників І групи становив $11,1 \pm 0,49$ років (71,1 \pm 6,34% хлопчиків), ІІ групи – $12,3 \pm 0,46$ років (76,7 \pm 5,51% хлопчиків), тобто групи порівняння співставимі за основними клінічними характеристиками.

Динамічне спостереження за дітьми проводилося у середньому впродовж 6 місяців. Ефективність контролюваної терапії БА у клінічних групах порівняння оцінювалася у балах, при цьому зменшення суми балів свідчило про ефективність контролюючої терапії, а збільшення – про зниження рівня контролю бронхіальної астми.

Результати дослідження. Відмічено, що контролювальна терапія, яку отримували діти до та у процесі актуального спостереження, у

більшості дітей знаходилася на 3-4 «сходинці» і тільки у 1/3 хворих вона відповідала 2 «сходинці» терапії за рекомендаціями GINA-2008. Так, лише інгаляційні ГКС застосовували 39,2% пацієнтів I групи та 31,7% дітей II групи. Інгаляційні ГКС у поєднанні з інгаляційними тривалодіючими β_2 -агоністами у I групі використовували у 10,7% випадків та у II групі – 16,7% пацієнтів. Базисна терапія у вигляді інгаляційних ГКС у поєднанні з інгаляційними тривалодіючими β_2 -агоністами та теофіліном у I групі дітей відмічалася у 50,1% спостережень та у II групі – у 51,6% випадків.

Слід зазначити, що на початку курсового лікування суб'єктивна оцінка за бальною шкалою у групі із сильним запаленням бронхів сягала $19,6 \pm 2,6$ балів, а в дітей II групи – $13,5 \pm 1,8$ балів ($p < 0,05$). Проте після курсу лікування кількість балів у пацієнтів із сильним запальним процесом бронхів зменшилася до $17,6 \pm 2,3$ балів, а у дітей із помірним запаленням – до $11,7 \pm 1,8$ балів ($p < 0,05$). Водночас, показники спірограми, оцінені за бальною шкалою, при надходженні у стаціонар у дітей I групи становили $2,6 \pm 0,5$ та в дітей II групи – $3,4 \pm 0,6$ балів ($p > 0,05$), однак після курсу базисного протирецидивного лікування у дітей I групи кількість балів сягала $2,5 \pm 0,6$ та у пацієнтів II групи – $3,0 \pm 0,5$ ($p > 0,05$). Таким чином, у дітей із сильним запальним процесом бронхів навіть після курсу протизапального лікування відмічається незначне покращання показників спірограми (на 0,1 бал), тоді як у дітей із помірним запальним процесом покращання за ОФВ₁ відмічається на 0,4 бали.

Висновок. Таким чином, за приблизно однакового обсягу терапії в дітей із сильним запальним процесом в дихальних шляхах порівняно з пацієнтами із помірним запаленням спостерігається менший контроль над захворюванням та гірша динаміка покращення показників спірограми.

Хільчевська В.С., Іванова Л.А., Хуторна О.В.

**Показники гіперсприйнятливості бронхів
при еозинофільному фенотипі бронхіальної астми у дітей**
Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Профілактика бронхіальної астми (БА) побудована з урахуванням досягнень наукової алергології, але все ж характеризується доволі низькою ефективністю. Слабкі сторонні сучасних лікувально-профілактичних комплексів, представлених у вигляді узгоджувальних протоколів та рекомендацій, мабуть, багато в чому залежать від різних варіантів бронхіальної астми та різних фенотипів захворювання.

Для вивчення показників гіперсприйнятливості бронхів за різного типу запалення дихальних шляхів в умовах пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 114 дітей шкільного віку, хворих на БА. I клінічну групу сформували 68 пацієнтів, в яких діагностовано еозинофільний фенотип захворювання. До групи порівняння (неозинофільна астма) увійшло