

Отримані дані, свідчили про виразнішу ригідність стінки бронхіального дерева у пацієнтів з повільним ацетиляторним статусом, та, мабуть, зумовлювалися особливостями запального процесу дихальних шляхів в цих хворих, зокрема, ймовірно, із нейтрофіл-опосередкованими механізмами алергічного запалення, притаманними неатопічній астмі або іншими феноменами.

Висновки: Асоціація повільного типу ацетилювання та неатопічного фенотипу хвороби підвищує шанси розвитку тяжкої астми у 3,9 рази, а швидкого ацетиляторного статусу – шанси виразної дилатаційної реакції бронхів - у 5,1 рази.

Шахова О. О.

ОЦІНКА КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Бронхіальну астму (БА) розглядають як мультифакторне захворювання, що проявляється повторними епізодами зворотної варіабельної обструкції бронхів, у основі яких лежить їх підвищена гіперсприйнятливості до різних стимулів і ремодуляція, зумовлені хронічним запаленням дихальних шляхів. Неспецифічна гіперсприйнятливості бронхів може являє собою ключовий механізм БА, що визначає перебіг, тяжкість і контроль захворювання, і, таким чином, – тактику лікування.

Мета дослідження. Оцінити прогноз утримання контролю та ризик його втрати у підлітків із різним ступенем гіперсприйнятливості бронхів.

Матеріали і методи. Сформовані дві клінічні групи порівняння: перша – 26 підлітків, у яких відмічали виразну гіперчутливість бронхів (ГЧБ) до гістаміну (ПК20Г менше 1,0 мг/мл), а другу – 23 хворих, із менш вираженою чутливістю бронхів до даного прямого бронхоспазмозгенного стимула (ПК20Г більше 1,0 мг/мл). Для оцінки контролю БА використовували два опитувальника, які, в цілому, дозволяють оцінити ефективність менеджменту захворювання. Зокрема АСТ-тест (астма контроль тест) дозволяв за наявності в дитини 25 балів верифікувати повний контроль БА, при сумі балів у межах 20-24 – частковий, та у випадку наявності менше 20 балів констатувати відсутність контролю над захворюванням. Також GINA-тест відображав наведені вище рівні контролю за наявності у підлітків 6 і менше балів, 7-9 та 10 і більше балів відповідно.

Результати та їх обговорення. У першій клінічній групі середня оцінка контролю за АСТ-тестом становила $20,96 \pm 0,39$ (95%ДІ 20, 17-21, 76) балів, а за GINA-тестом $8,50 \pm 0,19$ (95%ДІ 8,1-8,9) балів. У групі порівняння наведена оцінка контролю відповідно становила $22,91 \pm 0,44$ (95%ДІ 22,0-23,8) та $7,0 \pm 0,22$ (95%ДІ 6,5-7,4) ($P < 0,05$) балів. Слід відмітити, що у дітей з менш виразною неспецифічною ГСБ до гістаміну має місце кращий контроль захворювання. На противагу цьому, у представників I клінічної групи

частіше траплялися випадки клінічного благополуччя на тлі збереження ознак гіперсприйнятливості бронхів, та недостатнього рівня контролю БА.

Висновки. Таким чином, в підлітків із меншою гіперчутливістю бронхів до гістаміну трапляється вірогідно вищий відносний ризик утримання контролю астми відносно підлітків групи порівняння.