**Гадецька Світлана Геннадіївна. Особливості перебігу і терапії бронхіальної астми у дітей з респіраторним хламідіозом : Дис... канд. наук: 14.01.10 – 2007**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Гадецька С.Г. Особливості перебігу і терапії бронхіальної астми у дітей з респіраторним хламідіозом.**– *Рукопис.*  *Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія. – Науково-дослідний інститут медичних проблем сім’ї Донецького державного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України, Донецьк, 2006.*  Вивчена частота респіраторного хламідіозу серед дітей з бронхіальною астмою. Виявлені особливості преморбідного фону, клініки, лабораторних показників, цитокінового та інтерферонового статусу у дітей з бронхіальною астмою і різним перебігом респіраторного хламідіозу. На підставі отриманих даних визначені показання до обстеження на наявність інфікованості Сhlamydophila pneumoniae дітей з бронхіальною астмою.  Обстежено 136 дітей із загостренням бронхіальної астми у віці від 1 до 15 років, групу контролю склали 27 здорових дітей того ж віку.  Виявлено, що 62,5 % дітей з бронхіальною астмою інфіковано Сhlamydophila pneumoniae, у 63 (74,1 %) з них відмічений активний перебіг інфекції і у 22 (25,9 %) – латентний перебіг респіраторного хламідіозу.  Діти з астмою і активним перебігом інфекції потребують додаткового призначення антибіотиків з групи макролідів і корекції інтерферонового статусу. Пацієнти з латентним перебігом респіраторного хламідіозу потребують корекції інтерферонового статусу.  Виявлення респіраторного хламідіозу, урахування особливостей розвитку і перебігу бронхіальної астми у дітей на його фоні, використання додаткових лікувальних заходів до базисної протизапальної терапії дозволяє істотно зменшити терміни госпіталізації, прискорити настання і збільшити тривалість і стійкість ремісії бронхіальної астми, що в цілому підвищує якість життя дітей. | |
| |  | | --- | | У дисертації подано теоретичне обґрунтування й нове розв’язання наукової задачі – підвищення ефективності лікування дітей з бронхіальною астмою, яка сполучається з респіраторним хламідіозом.   1. Серед дітей, хворих на БА, у 62,5 % пацієнтів виявлено інфікованість дихальних шляхів Chlamydophila pneumoniae, серед них активний перебіг інфекції визначався у 74,1 %, латентний – у 25,9 %. 2. Для дітей, хворих на БА у сполученні з респіраторним хламідіозом, характерними є зниження в 3,8 рази частоти атопічних захворювань порівняно з даними у не інфікованих Chlamydophila pneumoniae хворих; в 1,5-2,8 рази – показників сенсибілізації до харчових, побутових, пилкових, епідермальних, медикаментозних алергенів і втричі зростання захворюваності на ускладнені форми ГРВІ. 3. У 74,1% хворих дебют розвитку БА, на фоні респіраторного хламідіозу, характеризується тривалим нав’язливим кашлем, на відміну від неінфікованих дітей з БА, у яких першими симптомами захворювання є напади ядухи (41,2 % хворих). Тригерами загострень БА у дітей з респіраторним хламідіозом у 97,6 % випадків є респіраторні інфекції, тоді як у 98,0 % неінфікованих хворих на БА – сполучення різних алергенів, метеофакторів, фізичного навантаження. 4. Для клінічної картини загострення БА, яка сполучається з респіраторним хламідіозом, характерним є поєднання інтоксикаційного та бронхообструктивного синдромів, на відміну від неінфікованих пацієнтів, тяжкість стану яких обумовлена, насамперед, бронхіальною обструкцією. Під час визначення ФЗД у 76,3 % хворих на БА, інфікованих Chlamydophila pneumoniae, реєструється змішаний тип вентиляційної недостатності, у 73,4 % неінфікованих пацієнтів з БА – обструктивний. 5. Рівень Ig E у дітей перших чотирьох років життя, хворих на БА на фоні респіраторного хламідіозу, нижчий порівняно з показниками неінфікованих однолітків – 213,83±42,07 і 356,8±84,73 нг/мл, р>0,05; у дітей віком від 5 до 9 років показники інфікованих пацієнтів невірогідно перевищують рівень Ig E у неінфікованих хворих на БА – 388,94±62,88 і 287,82±65,17 нг/мл, р>0,05; вміст Ig E в сироватці крові інфікованих хворих на БА старше 9 років значуще перевищував такий у неінфікованих – 585,5±57,17 і 329,41±63,89 нг/мл, р<0,005. 6. Для хворих на БА на фоні активного перебігу респіраторного хламідіозу, характерним є високий рівень IL-4 (40,46±4,67 пг/мл) порівняно з показниками пацієнтів з латентним перебігом інфекції (20,59±2,83 пг/мл) та неінфікованих дітей (24,69±3,55 пг/мл, р<0,005). Асоціація БА з активним перебігом респіраторного хламідіозу супроводжується вірогідним зниженням рівня IL-10 (9,07±0,5 пг/мл) порівняно з показниками здорових дітей (13,09±1,53 пг/мл), при латентному перебігу інфекції відзначено більш виражене зниження рівня IL-10 (7,47±0,39 пг/мл, p<0,005). Під час дослідження інтерферонового статусу в усіх дітей, хворих на БА, незалежно від інфікованості Chlamydophila pneumoniae, визначаються високі показники г-ІФН при одночасному значному зниженні рівня циркулюючого б-ІФН. 7. На основі даних багатофакторного аналізу виявлено переважання інфекційно-запальних механізмів розвитку захворювання при активному перебігу інфекції, на відміну від латентного, якому притаманні імунні реакції. 8. Додавання до базисної терапії антибактеріальної та інтерферонотерапії у дітей з БА та респіраторним хламідіозом дозволило підвищити ефективність лікувальних заходів: зменшити частоту й тривалість загострень відповідно у 5 і 5,5 рази, кількість інтеркурентних захворювань – у 2,5 рази. | |