

БРОНХІАЛЬНА АСТМА І АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ У ДІТЕЙ: МОЖЛИВОСТІ ДОСЯГНЕННЯ КОНТРОЛЮ

Л. В. БЕШ, В. О. БОДНАРЧУК

Кафедра педіатрії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Актуальність теми. Згідно існуючих літературних даних контроль бронхіальної астми (БА) сьогодні вдається досягти лише у 5 до 10 % пацієнтів [11]. Чому такі низькі показники контролюваності хвороби? Над пошуком відповіді на це запитання працюють сьогодні провідні спеціалісти багатьох клінік світу [3]. Ряд дослідників стверджують, що відсутність контролю на фоні важкого перебігу хвороби пов'язана з діагностичними помилками [8, 16], неадекватною оцінкою важкості перебігу хвороби, відсутністю або неефективністю схем базисної протизапальної терапії [3], неадекватною глюкокортикостероїдною терапією астматичного статусу [8, 9, 11]. Водночас, протягом останніх років з'являються повідомлення про те, що причинами неконтрольованого перебігу є супутня патологія [5] (алергічний риніт (АР), atopічний дерматит, гастроєзофагальний рефлюкс, імунодефіцит, атипова флора, гельмінтози, вроджені вади розвитку серцево-судинної системи) і додаткові провокаційні чинники (алергени, вірусні інфекції [19], екологічні фактори, куріння, ліки, тощо). Важко перебігає БА, асоційована з мікоплазмозом та хламідійною інфекцією [4].

На особливу увагу в цьому контексті заслуговує АР [1, 2]. Сьогодні доведено, що АР і БА представляють спільну проблему, тому не можна досягти значного покращення контролю астми, не лікуючи АР [6, 7]. Згідно існуючих статистичних даних АР діагностується у 80% пацієнтів з неконтрольованою БА [6, 7].

Протягом останніх років ефективно працює узгоджувальний документ-рекомендації ВОЗ ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma), який пропонує розглядати АР і БА як системне алергічне ураження дихальних шляхів. Цей документ ґрунтується на принципах доказової медицини та регулярно поновлюється [1, 17, 21, 22]. Згідно нових змін в класифікації АР сезонний риніт тепер трактують як інтермітуючий, а цілорічний –персистуючий, а з врахуванням впливу на критерії якості життя виділяють легкий, середньої важкості та важкий перебіг захворювання. Запропонований ступінчастий підхід до лікування АР, який передбачає розширення терапевтичного комплексу відповідно до важкості перебігу захворювання. Зокрема, більшість європейських рекомендацій, керівництво ARIA рекомендують застосовувати інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС) у разі важкого і середньоважкого перебігу хвороби. Водночас Американська Академія алергії, астми та імунології рекомендує ІГКС як терапію першої лінії, коли домінуючим

симптомом АР є закладеність носа [13]. Таким чином існують певні розбіжності щодо терапевтичної тактики, однак всі дослідники одностайно підкреслюють важливість комбінованої терапії верхніх і нижніх дихальних шляхів. Більше того, доведено, що ефективна терапія АР назальними кортикостероїдами знижує гіперреактивність бронхів і значно покращує перебіг БА [12, 13, 14, 15].

Викладена вище ситуація диктує потребу детально-го і всебічного вивчення впливу супутнього АР на перебіг і ефективність лікування БА. Актуальність даної теми зумовлена не стільки відсутністю достатньої кількості досліджень з цієї проблеми, скільки наявністю неоднозначного її трактування. Активно дискутується не лише питання впливу АР на перебіг БА, але й використання різних схем терапії. Таким чином, існують суперечливі дані, які і зумовили потребу проведення нашого дослідження.

Мета дослідження: покращити показники контролюваності БА у дітей із супутнім АР шляхом вдосконалення діагностичного алгоритму і лікувальної тактики.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення мети та вирішення завдань дослідження обстежено 252 дітей віком від 6 до 18 років з персистуючою БА важкого і середньоважкого перебігу (згідно загальноновизнаної класифікації — III, IV ступінь важкості захворювання), яким як базисну терапію призначали ІГКС. Усі пацієнти спостерігалися на базі Львівського міського дитячого алергологічного центру (Львівська міська дитяча клінічна лікарня, вул. П. Орлика, 4). Захворювання вважали контрольованим за наявності таких показників: мінімальні денні симптоми БА (максимум двічі на тиждень); відсутність нічних пробуджень, зумовлених астмою; мінімальне застосування β_2 -агоністів короткої дії (в ідеалі відсутня потреба їх призначати); відсутність загострень і екстрених викликів швидкої допомоги; відсутність обмежень фізичної активності [18]. Для оцінки контролю БА застосовували астма-контроль тест (АСТ) запропонований Nathan R.A. і співавторами й опублікований у 2004 році [20]. Результати тестування підтверджували даними спірометричних досліджень.

Важкість перебігу БА у дітей оцінювали згідно міжнародних рекомендацій GINA 2005 [18] та наказу МОЗ України № 767 від 27.12.2005 р. [10]. Виокремлення дітей для формування груп дослідження проводилося на підставі застосування спеціально опрацьованого покровоного алгоритму лікарської тактики. Дані тес-

тування, об'єктивного та додаткового досліджень занесли у спеціально розроблену карту. Комплекс імунологічних обстежень включав: визначення в сироватці крові рівня загального IgE; рівня антитіл IgG, IgA до *Chlamydia pneumoniae*; антитіл IgG, IgM до *Mycoplasma pneumoniae*; антитіл IgG до *Toxocara canis*. Для статистичного опрацювання результатів застосований пакет комп'ютерних програм „Statistica 6,0” (StatSoft, США) та „Microsoft Excel 2000”.

Результати досліджень та їх обговорення

Перший етап дослідження включав опитування пацієнтів із застосуванням АСТ БА. Наступний етап передбачав перевірку результатів тестування шляхом проведення комп'ютерної спірометрії. Результати, отримані в процесі застосування АСТ, показали, що лише у 28 з 252 хворих (11,11 %) БА була повністю контрольованою (К БА), у 43 пацієнтів (17,06 %) — зареєстровано її частковий контроль (ЧК БА), а у решти (181 — 71,83 %) — хвороба мала неконтрольований перебіг (НК БА).

На підставі попередньо опрацьованих критеріїв включення було відібрано 140 дітей, які склали дві групи дослідження. У першу (основну) групу увійшло 70 дітей з неконтрольованим перебігом хвороби, а групу порівняння склали 70 пацієнтів, серед яких у 42 (60 %) БА була частково контрольованою, а у 28 пацієнтів (40 %) — повністю контрольованою.

У 70 дітей з НК БА застосовано покроковий алгоритм лікувально-діагностичної тактики, який включав: корекцію базисної терапії (призначення адекватного дозування ІГКС та пролонгованих β_2 -агоністів); заходи, скеровані на поліпшення співпраці між учасниками лікувального процесу (освітня індивідуальна робота з пацієнтом і його родиною під час кожного візиту до лікаря, видання спеціальної літератури); виявлення і лікування супутньої патології, та пошук додаткових тригерних чинників (алергени, вірусні інфекції, екологічні чинники, куріння тощо). Її ефективність оцінювали на підставі обстеження і динамічного спостереження на кожному з запланованих етапів (до включення в дослідження, через 6 і 12 тижнів після лікування), шляхом динамічної оцінки клінічної симптоматики із застосуванням АСТ [4] та показників функції зовнішнього дихання (ОФВ1).

Згідно з проведеними дослідженнями найпоширенішим серед супутньої патології був АР, який виявлено у 36 (51,43 %) дітей з неконтрольованим перебігом хвороби, серед них у 12 (17,14 %) дітей було діагноз встановлено вперше. У групі порівняння дана супутня патологія діагностована у 22 пацієнтів. На підставі порівняльного аналізу виявлений вірогідний позитивний корелятивний зв'язок ($r = 0,25$, $p < 0,05$) між АР і відсутністю контролю БА.

Основними проявами АР були набряк слизової оболонки носа, блокада носового дихання, водянисті виділення з носа (ринорея), приступоподібне чхання, свербіння в носі, слюзотеча. Діагноз встановлювали на підставі даних анамнезу і типової клініки захворювання. В лікуванні 36 дітей з неконтрольованою БА і АР засто-

совували елімінацію причинно-значимих алергенів та фармакотерапію. Базисна фармакотерапія АР включала: антигістамінні препарати (еріус, цетиризин, фексофенадин); топічні кромони (кромоглін, кромогексал) та кортикостероїди місцевої дії (фліксоназе, назонекс). Обсяг базисної терапії визначався важкістю захворювання, а саме, застосовували ступеневу програму, згідно з якою у випадку легкого варіанту перебігу хвороби (троє пацієнтів — 8,33 %) призначали антигістамінні препарати, у разі середньоважкого (21 дитина — 58,33 %) — кромони (кромогексал) плюс антигістамінні препарати, у разі важкого перебігу (12 дітей — 33,33 %) — кортикостероїди топічної дії (назонекс, фліксоназе) плюс антигістамінні препарати.

На кожному з етапів оцінки динаміки клінічних симптомів БА паралельно проводилась оцінка симптомів АР. На початку дослідження найбільш інтенсивними були такі симптоми як набряк слизової носа, блокада носового дихання, ринорея та приступоподібне чхання, які були помірно вираженими. Водночас, такі симптоми як свербіння в носі та слюзотеча — слабо вираженими. Регрес такого симптому як набряк слизової носа був більш вираженим в перші тижні терапії, однак до кінця 6 тижня залишався слабо вираженим. Незважаючи на те, що до призначення терапії ринорея була більш вираженішою ніж блокада носового дихання, спостерігалось інтенсивніше і швидше зменшення цього клінічного симптому і на кінець 6 тижня він був відсутнім. Найбільшою проблемою таких дітей була блокада носового дихання, хоча чітко прослідковувався виражений вплив терапії на динаміку цього симптому, однак слід зазначити, що через 1,5 місяці терапії він не був повністю усуненим у всіх дітей. Щодо таких клінічних симптомів як свербіння в носі, приступоподібне чхання та слюзотеча, то вони зникли протягом перших двох тижнів дослідження.

Позитивна динаміка клінічних проявів БА у дітей зі супутнім АР представлена на рис. 1.

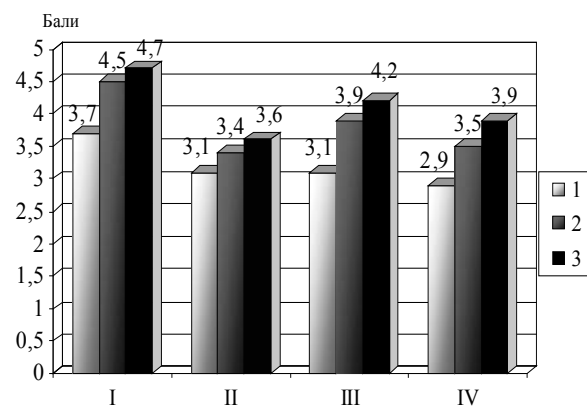


Рис. 1. Динаміка клінічних симптомів БА:

1 — до лікування; 2 — через шість тижнів після лікування; 3 — через дванадцять тижнів після лікування; I — нічні симптоми; II — денні симптоми; III — використання β_2 -агоністів; IV — обмеження фізичної активності.

Позитивна динаміка клінічних симптомів, яка відзначалася вже на першому тижні лікування, була більш виразною наприкінці 1,5 місячної терапії і зберігалася та покращувалась протягом всього періоду спостереження. Вірогідне зниження загальної кількості денних симптомів (нападів ядухи, утрудненого видиху, свистячого дихання, кашлю, стискання в ділянці грудної клітки) спостерігалось через 12 тижнів після лікування: середня бальна оцінка зросла з $(3,1 \pm 0,11)$ до $(3,6 \pm 0,28)$, $p < 0,005$. Більш помітні зміни відбулися серед нічної симптоматики, зокрема, нічні напади ядухи до лікування складали $(3,7 \pm 0,31)$, а після закінчення 3-х місячного курсу терапії — $(4,7 \pm 0,19)$, тобто можна вважати, що не спостерігались ($p < 0,001$). Зменшення нічних симптомів переважно спостерігалось протягом 1,5 місячної терапії (середня бальна оцінка зросла на 21,62 %) і незначно покращились через 12 тижнів після лікування (середня бальна оцінка зросла лише на 4,44 %).

Застосування базисної терапії впродовж шести тижнів істотно знизило потребу у використанні β_2 -агоністів швидкої дії при співставленні з початковим рівнем, що відзначилось на підвищенні бальної оцінки: $(3,1 \pm 0,16)$ і $(3,9 \pm 0,29)$, $p < 0,001$ відповідно, та продовжувало знижуватись до кінця 12 тижня, що складало $(4,2 \pm 0,27)$ бали. Проведена терапія суттєво позитивно впливала на покращення фізичної активності пацієнта: $(2,9 \pm 0,39)$ бали обмеження фізичної активності до терапії, $(3,5 \pm 0,31)$ бали на закінчення 6-ого тижня терапії та $(3,9 \pm 0,36)$ бали через 12 тижнів після лікування ($p < 0,001$) (табл. 1).

Загалом денні клінічні прояви БА під впливом 12-ти тижневого курсу терапії покращились на 16,13 %, нічні симптоми хвороби — на 27,03 %, скоротилась потреба у використанні бронхолітиків на 35,48 %, покращилась фізична активність на 34,48 %. Загальний „астма-рахунок” досягнення контролю найсуттєвіше покращився через шість тижнів терапії — на 24,31 %, однак продовжував зростати і до кінця дванадцятого тижня терапії, зріс ще на 8,38 %.

Ми проаналізували динаміку окремих симптомів у порівнянні з загальним контролем (табл. 2). Уже через 1,5 місяця терапії можна було помітити, що серед дітей, які досягли контролю за окремими показниками, переважали ті, у яких не було нічних прокидань, споровокваних БА. Вже на першому етапі спостереження ми

Таблиця 1. Динаміка клінічних проявів у дітей з НК БА і АР, на фоні терапії

Клінічні прояви	До лікування (n = 36)	Через 6 тижнів після лікування (n = 36)	Через 12 тижнів після лікування (n = 36)
Нічні симптоми	$3,7 \pm 0,31$	$4,5 \pm 0,21$ $p < 0,001$	$4,7 \pm 0,19$ $p < 0,001$
Денні симптоми	$3,1 \pm 0,11$	$3,4 \pm 0,26$ $p > 0,05$	$3,6 \pm 0,28$ $p < 0,05$
Використання β_2 -агоністів	$3,1 \pm 0,16$	$3,9 \pm 0,29$ $p < 0,001$	$4,2 \pm 0,27$ $p < 0,001$
Обмеження фізичної активності	$2,9 \pm 0,39$	$3,5 \pm 0,31$ $p = 0,05$	$3,9 \pm 0,36$ $p < 0,001$
Оцінка контролю БА	$1,7 \pm 0,16$	$2,5 \pm 0,41$ $p < 0,005$	$3,0 \pm 0,44$ $p < 0,001$
Загальний контроль БА	$14,4 \pm 0,64$	$17,9 \pm 1,19$ $p < 0,001$	$19,4 \pm 1,27$ $p < 0,001$

Примітка. p — достовірність різниці до і після лікування.

побачили, що відсоток дітей в яких було досягнуто покращення за окремими показниками, зокрема нічними симптомами (21–58,33 %) і потребою використання β_2 -агоністів (12–33,33 %), був більшим, ніж пацієнтів в яких критерії оцінювали комплексно (8–22,22 %). Через 3 місяці спостереження подібні відмінності простежувались лише стосовно нічної симптоматики (без нічних приступів 27–75,00%), при досягненні загального контролю у 17 (47,22 %) пацієнтів.

Встановлено, що час відповіді на терапію за кожним з критеріїв оцінки був різним. Найшвидше отриманий позитивний ефект у відношенні нічних пробуджень, спровокованих БА. Найповільніше зменшувалась частота денних симптомів астми. При продовженні терапії кількість пацієнтів, у яких вдавалось контролювати симптоми астми поступово збільшувалася, паралельно спостерігалось зменшення кількості випадків застосування препаратів для купування приступів.

На рис. 2 показано час появи відповіді на лікування за кожним з критеріїв.

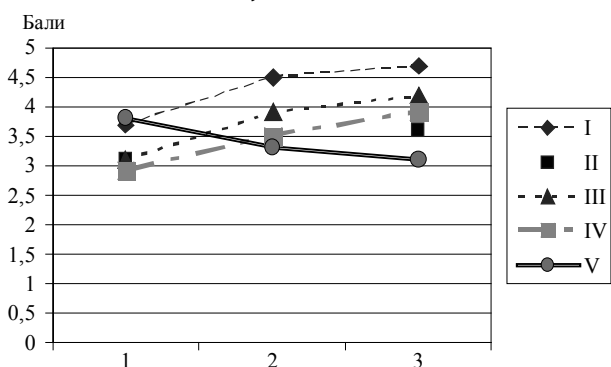
Представлені дані підтверджують, що контроль нічних симптомів досягається швидше, ніж ден-

Таблиця 2. Кількість пацієнтів у яких вдалося досягти контролю БА за кожним з показників

Періоди	Відсутність нічних симптомів (n = 36)		Відсутність денних симптомів (n = 36)		Відсутність потреби використання β_2 -агоністів (n = 36)		Фіз. активність не обмежена (n = 36)		Загальний контроль (n = 36)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Вихідні показники	11	30,56	1	2,78	2	5,56	0	0	0	0
6 тиж-день	21	58,33	6	16,67	12	33,33	5	13,89	8	22,22
12 тиж-день	27	75,00	8	22,22	15	41,67	15	41,67	17	47,22

них. Паралельно з покращенням денної і нічної симптоматики спостерігається зменшення використання β 2-агоністів. Хоча до початку дослідження була найнижча середня бальна оцінка обмеження фізичної активності пацієнтів, на першому етапі ми отримали стрімке покращення показників, яке продовжувало зростати на другому етапі дослідження. Крива динаміки показників оцінки контролю БА батьками чи самим пацієнтом є наочним підтвердженням неправильного розуміння контролю БА на початкових етапах дослідження.

Рис. 2. Динаміка показників контролю БА на тлі терапії у дітей з АР:



1 — до лікування; 2 — через 6 тижнів після лікування; 3 — через 12 тижнів після лікування; I — нічні симптоми; II — денні симптоми; III — використання β 2-агоністів; IV — обмеження фізичної активності; V — оцінка контролю БА пацієнтом.

Позитивна динаміка контрольованості хвороби, отримана на підставі застосування АСТ була підтверджена показниками спірометричних досліджень. Зокрема ОФВ1 збільшився вже на 6-й тиждень лікування з $(61,3 \pm 3,92) \%$ до $(64,8 \pm 3,86) \%$, $p > 0,05$ і продовжуючи зростати, досяг через 12 тижнів лікування $(70,0 \pm 4,41) \%$, $p < 0,01$.

Таким чином, застосування покрокового алгоритму лікарської тактики дозволило досягти через 3 місяці

часткового і повного контролю над хворобою у 17 (45,71 %) пацієнтів із АР, зокрема лише у 6 (16,67 %) дітей повного контролю БА. Решта (19 – 52,78 %) пацієнтів, у яких не було досягнуто контролю БА, продовжили дослідження і були обстежені на наявність атипової флори і токсокар. Групу порівняння склали 7 пацієнтів з контрольованим перебігом хвороби та АР.

Встановлено наявність атипової флори і/або токсокар у 15 дітей із неконтрольованим перебігом хвороби і саме їм було призначено лікування із застосуванням модифікованого терапевтичного комплексу: у разі позитивних гострих тестів до *Chlamydia pneumoniae* і *Mycoplasma pneumoniae* у комплекс базисної терапії включали антибіотики з групи макролідів (Кларитроміцин, Спіраміцин) курсом 14 днів та через 4 тижні повторювали антибактеріальну терапію препаратом тієї ж групи курсом 7 днів; у разі виявлення токсокарозу призначали 10-денний курс терапії препаратом Ворміл (альбендазол). Оцінка ефективності запропонованого модифікованого терапевтичного комплексу проводилася до початку лікування, на 6-й та 12 тижні.

Застосування модифікованого терапевтичного комплексу дозволило досягти контролю БА через шість тижнів ще у 8 пацієнтів (56,67 %), а до кінця 12 тижня — у 12 дітей (86,67 %). Ці результати підтверджені позитивною динамікою спірометричних показників: ОФВ1 збільшився вже на 6 тиждень спостереження (з $60,4 \pm 2,71) \%$ до $(70,4 \pm 5,14) \%$, $p < 0,005$ і до 12 тижня досяг $(83,5 \pm 6,13) \%$, $p < 0,001$.

Висновки

Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що контроль БА значною мірою пов'язаний із наявністю такої супутньої патології як АР.

Застосування запропонованої лікувальної програми дозволило значно підвищити показники контрольованості БА у дітей із супутнім АР і забезпечити її контроль у 29 (80,56%) пацієнтів, що суттєво вище ніж вихідні (28,17 %) та загально статистичні показники.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму* [Текст] / ARIA // Аллергология. — 2001 (Приложение). — № 3. — С. 43–56.
2. *Аль-Дамен Незар*. Специфічна та неспецифічна профілактика формування бронхіальної астми у дітей з алергічним ринітом [Текст]: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кандидата мед. наук: спец. 14.01.10 „Педіатрія” / Аль-Дамен Незар. — Київ, 2005. — 24 с.
3. *Артюх, А.* Раннее вмешательство с целью предупреждения развития обострения бронхиальной астмы: суть исследования STAY. Реферативный обзор статьи Paul M. O'Вурне [Текст] / А. Артюх // Клінічна імунологія. Алергологія. Інсектологія. — 2008. — № 2. — С. 77–80.
4. *Боднарчук, В. О.* Особливості перебігу і лікування бронхіальної астми у дітей, інфікованих внутрішньоклітинними патогенами і токсокарами [Текст] / В. О. Боднарчук, Л. В. Беш // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. — 2008. — № 2. — С. 93–99.
5. *Гончарук, С. Ф.* Наявність супровідної патології у дітей з бронхіальною астмою залежно від віку і ступеня тяжкості захворювання [Текст] / С. Ф. Гончарук, Г. В. Касьяненко // Одеський медичний журнал. — 2006. — № 3. — С. 45–47.
6. *Зайков, С. В.* Алергічний риніт та бронхіальна астма — загальна проблема оториноларингології та алергології [Текст] / С. В. Зайков, Б. М. Пухлік, І. В. Корицька // Ринологія. — 2002. — № 4. — С. 21–24.
7. *Игнатъева, В. И.* Современные подходы к классификации и фармакотерапии аллергического ринита, сочетающегося с бронхиальной астмой [Текст] / В. И. Игнатъева, Г. Л. Гуменюк, А. Н. Туманов // Астма та алергія. — 2007. — № 1–2. — С. 49–54.
8. *Камаев, А. В.* Факторы риска тяжелой бронхиальной астмы у детей [Текст] / А. В. Камаев, О. Ю. Паршуткина, Д. С. Коростовцев // Аллергология. — 2005. — № 1. — С. 3–7.

9. *Контроль за якістю життя хворих тяжкою бронхіальною астмою* [Текст] / О. С. Кобякова, Т. В. Сметаненко, Л. М. Огородова, И. А. Деев. // Клиническая медицина. — 2006. — № 1. — С. 28–31.
10. *Наказ МОЗ України № 767 від 27.12.2005 р., Про затвердження протоколів діагностики та лікування алергологічних хвороб у дітей* [Текст].
11. *Огородова, Л. М. „GLOBAL ASTMA CONTROL“: можливо ли достижение целей терапии? (Результаты исследования в группе больных среднетяжелой БА)* [Текст] / Л. М. Огородова, О. С. Кобякова, Ф. И. Петровский // Аллергология. — 2001. — № 1. — С. 15–20.
12. *Особливості функції зовнішнього дихання у підлітків з бронхіальною астмою та алергічним ринітом* [Текст] / С. М. Недельська [та ін.] // Астма та алергія. — 2007. — № 1–2. — С. 131.
13. *Пухлик, Б. М. Алергический ринит* [Текст] / Б. М. Пухлик // Doctor. — 2003. — № 6. — С. 13–15.
14. *Ревакина, В. А. Алергический ринит у детей* [Текст] / В. А. Ревакина // Пульмонология детского возраста : проблемы и решения / под ред. Ю. Л. Мизерницкого, А. Д. Царегородцева — Москва, 2005. — С. 142–146.
15. *Сложная астма* [Текст] / Л. М. Огородова, Ю. А. Петровская, Ф. И. Петровский, О. С. Кобякова // Пульмонология. — 2001. — № 1. — С. 94–100.
16. *Фещенко, Ю. И. Достижение контроля — современная стратегия ведения бронхиальной астмы* [Текст] / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина // Астма та алергія. — 2007. — № 1–2. — С. 5–8.
17. *Custovic, A. The effectiveness of measures to change the indoor environment in the treatment of allergic rhinitis and asthma: ARIA update (in collaboration with GA(2)LEN)* [Text] / A. Custovic, R. G. Wijk // Allergy. — 2005. — № 60. — P. 1112–1115.
18. *Global strategy for asthma management and prevention (updated 2005): Global Initiative for Asthma (GINA)* [Text]. URL: <http://www.ginasthma.org>; 2005.
19. *Jonhnston, S. L. Viruses in asthma* [Text] / S. L. Jonhnston, S. D. Message // Br. Med. Bul. — 2002. — V. 61, № 6. — P. 29–43.
20. *Kupczyk, M. Test kontroli astmy — Asthma Control Test (ACTM)* — na tle zalecen GINA 2006 [Text] / M. Kupczyk, P. Kuna // Terapia. — 2007. — № 4. — S. 17–19.
21. *Platts-Mills, T. A. Allergen avoidance in the treatment of asthma and rhinitis* [Text] / T. A. Platts-Mills // N Engl J Med. — 2003. — № 349. — P. 207–208.
22. *Relationship between asthma and seasonal allergic rhinitis in schoolchildren* [Text] / M. Shibasaki [et al.] // Ann Allergy. — 1990. — № 65. — P. 489–495.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И АЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ

Беш Л. В., Боднарчук В. О.

Резюме

В статье представлен анализ результатов исследования диагностики и лечения сопутствующего аллергического риниту у детей с разной степенью контроля бронхиальной астмы. Приведены результаты применения диагностического алгоритму и лечебной тактики у этих детей, что позволило достичь контроля у 29 (80,56 %) пациентов, что значительно выше исходных (28,17 %) и статистических показателей.

BRONCHIAL ASTHMA AND ALLERGIC RHYNITIS IN CHILDREN: POSSIBILITIES OF GETTING CONTROLE

Besh L. V., Bodnarchuk Y. O.

Summery

The paper represents the analysis of results of studying the diagnosis and therapy of accompanying allergic rhynitis in children with various digrees of bronchial asthma controle. The paper also represents the results of using the diagnostic algorithm and therapy tactics in the children which gave us ground to get controle in 29 (80,56 %) of patients, which is markedly higher than the initial (28,17 %) and general statistic indices.