

**В. І. Ігнат'єва, С. Г. Опімах, Г. Л. Гуменюк, Л. А. Галай**  
**ДІАГНОСТИКА АЛЕРГІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ ТА**  
**ПОЛІПОЗНИМ ЕТМОЇДИТОМ НА ЕТАПІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

*ДУ "Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"*  
*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

У сучасній практичній медицині актуальним при проведенні діагностики бронхіальної астми (БА) є визначення її фенотипів. Весь арсенал діагностичних досліджень і фенотипування проводиться для досягнення однієї мети — успішного лікування даної патології, досягнення нормальної якості життя пацієнтів. Кожна ланка надання медичної допомоги має свої можливості, але остаточно фенотип БА встановлюється на етапі спеціалізованої медичної допомоги. Найбільш поширеним фенотипом астми є алергічна БА. Поєднання її з алергічним ринітом (АР) або поліпозним етмоїдитом (ПЕ) значно погіршує перебіг обох захворювань.

**Мета дослідження** — провести комплексне дообстеження хворих на алергічну БА на етапі спеціалізованої медичної допомоги із залученням спеціаліста-оториноларинголога для уточнення виявлених на етапі первинної медичної допомоги АР та ПЕ.

### **Об'єкт дослідження**

На етапі первинної медичної допомоги було обстежено 160 хворих на тяжку БА. За даними анамнезу, клініко-функціонального обстеження та додаткового анкетування було відокремлено імовірні фенотипи захворювання: алергічної БА — у 112 (70,0 %) пацієнтів (з АР — у 41 (25,6 %), ПЕ — у 15 (9,4 %)) та неалергічної БА — у 48 (30,0 %).

**Методи дослідження** — анкетування (шкала загальних носових симптомів TNSS (Total nasal symptom score), загальних очних симптомів TOSS (Total ocule symptom score), опитувальник синоназального рахунку SNOT-22), клінічні (передня й задня риноскопія, фарингоскопія та непрямая ларингоскопія), рентгенологічні, алергологічні, статистичні.

### **Результати**

У 14 (8,8 %) хворих на алергічну БА діагноз АР був вперше встановлений на етапі спеціалізованої медичної допомоги

лікарем-оториноларингологом на підставі алергологічного анамнезу, клінічних симптомів АР, об'єктивного огляду, рентгенологічного та алергологічного дообстеження. У 9 (5,6 %) хворих, яким на етапі первинної медичної допомоги було встановлено імовірний діагноз алергічної БА поєднаної з ПЕ, діагноз ПЕ не був підтверджений. Тяжкість назальних симптомів у обстежених хворих з АР за шкалою TNSS на момент огляду оториноларинголога склала ( $3,98 \pm 0,42$ ) бала, а при загостренні АР — ( $6,37 \pm 0,58$ ) бала ( $p < 0,05$ ), очних симптомів за шкалою TOSS на момент огляду оториноларинголога — ( $1,37 \pm 0,29$ ) бала, а при загостренні — ( $3,13 \pm 0,42$ ) бала ( $p < 0,05$ ), що відповідало середній тяжкості захворювання. Синоназальний рахунок SNOT-22 у хворих на астму з АР складав ( $37,7 \pm 2,9$ ) бала, а з ПЕ — ( $32,2 \pm 7,9$ ) бала. У 26 ( $47,3 \pm 6,7$ ) % обстежених АР виникав раніше, ніж БА. У 15 ( $27,3 \pm 6,0$ ) % хворих БА передувала виникненню АР, а у 14 ( $25,5 \pm 5,9$ ) % пацієнтів АР і БА виникали одночасно. При цьому хворі, у яких АР виникав пер-

шим, відзначали, що після того, як їм була призначена базисна терапія БА високими дозами ІКС, загострення АР виникали рідше, а прояви симптомів АР стали менш вираженими. Більшість хворих, крім АР, мали 1 або 2 інших супутніх ЛОР-захворювання. Серед ускладнень АР і ПЕ, спостерігалися хронічний евстахіїт та хронічний гнійний гаймороектоїдит. Викривлення носової переимокк діагностовано у 23 ( $41,8 \pm 6,7$ ) % хворих з АР, що додатково сприяло погіршенню аеродинамічних властивостей верхніх дихальних шляхів.

### Висновок

Комплексне дообстеження хворих з фенотипом алергічної БА на етапі спеціалізованої медичної допомоги із залученням спеціаліста-оториноларинголога підвищує точність діагностики БА з АР — на 8,8 %, БА з ПЕ — на 5,6 % у порівнянні з виявленням даної патології на етапі первинної медичної допомоги.