

суттєво поліпшити якість роботи не тільки дитячих пульмонологів, але й сімейних лікарів. Спосіб потребує додаткового молекулярно-генетичного дослідження, яке не складне у виконанні.

Укладачі: Речкіна О. О., д-р мед. наук; Стриж В. О., канд. мед. наук; Костроміна В. П., д-р мед. наук, проф.; Руденко С. М., канд. мед. наук; Кравцова О. М., Промська Н. В. (НІФП НАМНУ); Горovenko Н. Г., член-кор., д-р мед. наук, проф. (НМАПО імені П. Л. Шупика); Россоха З. І. канд. мед. наук; Кир'яченко С. П. канд. біол. наук (ДЗ "Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України")

Рецензенти:

Рекалова О. М., завідувача лабораторії клінічної імунології НІФП НАМНУ, д-р мед. наук;
Уманець Т. Р., гол. наук. співроб. відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», д-р мед. наук

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України:
академік НАМН України, д-р мед. наук, професор Ю. І. Фещенко

Голова експертної комісії: д-р мед. наук, проф. В. М. Мельник

Відповідальний за випуск: Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, 03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.248-053.2-085:575.113

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 5
від “26” квітня 2018 р.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРСИСТУЮЧОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ
АСТМИ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ ФЕНО-ГЕНОТИПАМИ**
(інформаційний лист)

Для впровадження в практику дитячих лікувально-профілактичних закладів пульмонологічного та педіатричного профілю пропонується спосіб лікування персистоючої бронхіальної астми у дітей із різними фено-генотипами, що розроблений у відділенні дитячої пульмонології та алергології та передбачає вибір індивідуальної схеми базисної терапії в залежності від фено-генотипу дитини, який визначають за геном AT2R1 і вмістом загального IgE у сироватці крові. Спосіб пропонується вперше, аналоги відсутні.

Метою лікування бронхіальної астми (БА) є досягнення повного контролю за симптомами хвороби за рахунок застосування мінімально припустимих доз і найменшої кількості медикаментів. Схеми базисної терапії персистоючої БА згідно Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Бронхіальна астма у дітей (наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 868) складаються з препаратів-контролерів: інгаляційний глюкокортикостероїд (ІГКС) або його одночасне призначення з бета₂-агоністом пролонгованої дії (LABA) та/або антагоністом лейкотрієнових рецепторів (АЛТР). Склад схем та об'єм терапії визначають за покроковою стратегією в залежності від рівня контролю за симптомами хвороби.

Незважаючи на великий досвід лікування БА, у ряді випадків все ще зберігаються труднощі. У зв'язку з цим із прикінця минулого сторіччя активно розвивається концепція різних фенотипів астми та цільової базисної терапії. Передбачається, що розуміння фенотип-асоційованої варіабельності ефективності лікування, різних молекулярно-генетичних механізмів, як основи патологічних процесів (ендотипів), дозволить лікарю індивідуально обирати препарати для конкретного фено-генотипу, що є завжди більш виправданим, ніж емпіричне використання фармакологічних засобів.

Пропонується спосіб лікування персистоючої БА у дітей, в якому після встановлення фено-генотипу дитини за геном рецептору ангіотензину II типу 1 – AT2R1 і вмісту загального

IgE у сироватці крові обирають відповідну комбінацію препаратів-контролерів, як наведено в таблиці.

Індивідуальні схеми базисної терапії персистоючої бронхіальної астми у дітей з різними фено-генотипами

Генотипи за геном AT2R1	Ступінь підвищення вмісту загального IgE	
	≥ 400 МО/л	< 400 МО/л
1166CC	ІГКС+LABA+АЛТР	ІГКС+LABA
1166AC	ІГКС+АЛТР	ІГКС
1166AA	Лікування за схемами Уніфікованого протоколу	

Використання такого підходу до проведення базисної терапії астми доцільно застосовувати щодо дітей, хворих на легку або середньотяжку персистоючу БА, у яких після 6-місячної базисної терапії, проведеної згідно з покроковою стратегією Уніфікованого протоколу, хвороба залишилась неконтрольованою або частково контрольованою. Врахування вмісту загального IgE у сироватці крові та генотипу за геном AT2R1 при визначенні схеми базисної терапії забезпечує більш високий лікувально-профілактичний ефект, коли контроль за симптомами хвороби покращується в 3,4 рази за рахунок:

- зменшення частоти денних симптомів у 4 рази, нічних – майже в 5 разів;
- скорочення потреби в препаратах невідкладної допомоги та підвищення фізичної активності втричі;
- посилення експіраторного потоку повітря в легенях за показником ОФВ1 на 16,5 %;
- зменшення кількості епізодів загострення астми у 2,3 рази.

Запропонований спосіб лікування персистоючої бронхіальної астми у дітей із різними фено-генотипами може