

**Выводы.** Таким образом, беременность и роды у женщин, употребляющих алкоголь, протекают на фоне экстрагенитальной патологии, осложненного акушерско-гинекологического анамнеза, осложненного течения беременности, преждевременных, стремительных родов. ФАС характеризуется задержкой роста и недостаточной массой тела. Диагноз токсико-метаболические нарушения был выставлен у 39 (90,7%) новорожденных, хроническая фетоплацентарная недостаточность была у 28 (65,1%). ЗВУР встречался у 18 (43,2%); синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости был у 15 (36%).

## ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

**Г.В. Михиук, Н.Н. Гарас**

*Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы*

**Актуальность.** Одним из аспектов недостаточного контроля тяжелой бронхиальной астмы является ее фенотипическая неоднородность, в частности, по возрасту дебюта (астма раннего и позднего начала), характера воспаления бронхов (эозинофильный и незозинофильный), скоростью обструкции нижних дыхательных путей (торпидная и лабильная обструкция), ответом на базисную терапию (стероид-чувствительная и резистентная астма).

**Цель.** Повышение эффективности лечения тяжелой бронхиальной астмы у детей с учетом ее фенотипической неоднородности с учетом проведенного кластерного анализа.

**Материалы и методы.** С соблюдением принципов биоэтики на базе пульмонологического отделения областной детской клинической больницы (г. Черновцы, Украина) обследовано 57 детей, больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой. С целью выявления фенотипических особенностей тяжелой бронхиальной астмы использовался кластерный анализ. Формирующими признаками кластерного анализа выступили компоненты комплексного обследования: клинико-anamnestические характеристики (тяжесть первого дня обострения, генеалогический индекс по atopическим заболеваниям), показатели эффективности базисного лечения по АСТ-тесту, относительное содержание эозинофилов в индуцированной мокроте и характеристики неспецифической гиперреактивности бронхов (по значениям показателя лабильности бронхов, провокационной дозы гистамина и дозозависимой кривой).

**Результаты.** Показано, что недостаточная эффективность базисной терапии отмечается у детей, больных тяжелой бронхиальной астмой с незозинофильным вариантом заболевания (содержание эозинофилов индуцировано мокроты  $2,2 \pm 1,3\%$ ) и медленными ацетиляторными механизмами (скорость ацетилирования  $60,4 \pm 5,4\%$ ), обосновывает проведение лечения в соответствии с рекомендациями GINA «ступенька вверх». В то же время, лечение обострения у школьников, больных тяжелой бронхиальной астмой с признаками atopии (генетический индекс по atopическим заболеваниям  $0,22 \pm 0,03$  у.е.), эозинофильного характера воспаления бронхов (содержание эозинофилов индуцированной мокроты составило  $8,8 \pm 2,2\%$ ) и их высокой гипервосприимчивости (средняя пороговая концентрация гистамина составила  $0,48 \pm 0,09$  мг/мл), целесообразно проводить путем назначения трехдневного курса системных глюкокортикостероидов в возрастных терапевтических дозах.

**Выводы.** По результатам кластерного анализа показателей комплексного обследования больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой детей выделено три подгруппы пациентов с различными фенотипическими характеристиками и эффективностью лечения заболевания, что необходимо учитывать для индивидуализации терапии.