

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної
адміністрації

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
АЛЕРГІЧНИХ І НЕАЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРИЮВАНЬ
РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ» ІЗ САТЕЛІТНИМ
СИМПОЗИУМОМ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ІННОВАЦІЇ
ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ»**

25-26 жовтня 2016 року

Чернівці
«Місто»
2016

титри антитіл класу IgG до інсуліну (>20 Од/мл), що свідчить про необхідність моніторингу базових показників вуглеводного обміну у таких пацієнтів.

УДК: 616.248-053.2-036.1-079

РЕЗУЛЬТАТИ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ У ПРОГНОЗУВАННІ РЕМОДЕЛІНГУ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Колоскова О.К., Білоус Т.М., Білик Г.А.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета роботи. Для покращення менеджменту бронхіальної астми у дітей виділити групи підвищеного ризику щодо формування ремоделінгу бронхів.

Матеріал і методи. Обстежено 117 хворих на бронхіальну астму (БА) школярів, середній вік яких становив $11,5 \pm 0,29$ року, тривалість захворювання становила в середньому $5,4 \pm 0,33$ року, хлопчиків було 65,25%. Проводили генетичне, алергологічне, спірографічне, біохімічне та імунологічне дослідження сироватки крові, мукоспіну й надосадкової рідини та конденсату видихуваного повітря.

Результати та їх обговорення. У ході всебічного аналізу результатів комплексного обстеження виявлено 3 кластерні групи дітей, хворих на бронхіальну астму. 1-й кластер, що визначає помірний ризик розвитку ремоделювання бронхів, сформували хлопчики з раннім дебютом астми, умовно-контрольованим її перебігом, низьким індексом бронхоспазму (3,1%), помірною бронходиляцією (17,3%), високою протеолітичною активністю за лізисом азоказеїну у конденсаті видихуваного повітря (1,47 мл/год), високим рівнем інтерферону- γ (71,7 пг/мл) й інтерлейкіну-6 (4,27 пг/мл) у надосадковій рідині мокротиння. У 2-й кластер, який асоціює з високим ризиком ремоделінгу, увійшли дівчата з тяжким неконтрольованим перебігом астми та пізнім її дебютом, відсутністю делеційного поліморфізму генів *GSTM1*, *GSTT1*, високими показниками індексу бронхоспазму (47,7%), виразною еозинофілією мокроти (20,0%), високою протеолітичною активністю за лізисом азоальбуміну в конденсаті видихуваного повітря (1,64 мл/год), значно підвищеною концентрацією VEGF (400,0 пг/мл) та інтерлейкіну-13 (90,0 пг/мл) у надосадковій рідині мокротиння. 3-й кластер із низькою вірогідністю розвитку незворотніх змін

дихальних шляхів сформували діти різної статі та з різним за віком дебютом астми, високим рівнем метаболітів оксиду азоту (63,9 мкмоль/л) та значною активністю протеолітичної активності за лізисом азоколу (0,24 мл/год) в конденсаті видихуваного повітря, делеційним поліморфізмом гену *GSTT1*, схильністю до вираженої бронходилатції у пробі з сальбутамолом (26,5%), підвищеною концентрацією MMP-9 (6,9 пг/мл) та TNF- α (1,0 пг/мл) у надосадковій рідині мокротиння.

Висновки. Отже, зважаючи на виявлені кластерні групи дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, рекомендовано при верифікації діагнозу проводити комплексне обстеження з метою встановлення ризику ремоделінгу дихальних шляхів та подальшої персоналізованої тактики базисного протизапального лікування.

УДК 616.248-053.2-036.1:575.224

ОСОБЛИВОСТІ МЕНЕДЖЕМЕНТУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗА АЛЕЛЬНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ *GSTT1*, *GSTM1*

Колоскова О.К., Гончарук Р.І., Микалюк Л.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. Загальновизнаним на сьогодні є те, що в основі патогенезу бронхіальної астми (БА) лежить хронічне запалення дихальних шляхів із розвитком імунних порушень, а досягнення контролю над захворюванням, що є метою лікування, вимагає проведення довготривалої протизапальної терапії. Профілактичне (базисне, протизапальне, контролювальне) лікування БА охоплює наступні групи препаратів: інгаляційні глюкокортикостероїди (іГКС), антилейкотрієнові препарати, пролонговані метилксантини, антитіла до IgE та системні глюкокортикостероїди, а також інгаляційні β_2 -агоністи сповільненого вивільнення, які розглядають як засоби базисної терапії тільки в комбінації з іГКС. Разом із тим, базисна терапія БА, спрямована на зменшення активності запалення дихальних шляхів у дітей, що клінічно проявляється досягненням і тривалим утриманням контролю над захворюванням, повсякчас вирізняється недостатньою ефективністю стандартних схем. Одними з важливих чинників, що впливають на ефективність даної терапії, є індивідуальні генотипові та фенотипові відмінності організму дитини, які не враховуються стандартними лікувальними схемами, попри те, що пацієнти