



ІМУНОЛОГІЯ ТА АЛЕРГОЛОГІЯ

НАУКА І ПРАКТИКА

ISSN 2707-1871

ДОДАТОК № 1'2021

IV НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС
З КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ,
АЛЕРГОЛОГІЇ ТА
ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЇ

19-21
ТРАВНЯ 2021

М. ЧЕРНІВЦІ

Турова Л.О.,
Курченко А.І.

ІМУНОГЕНЕТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЩО НАРОДИЛИСЯ ПЕРЕДЧАСНО

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
Кафедра клінічної імунології,
алергології з секцією медичної
генетики

Вступ: Передчасне завершення вагітності є вагомою причиною розвитку перинатальної патології. Її можна розглядати як багатофакторну патологію, яка є універсальною інтегрованою реакцією жіночого організму на будь-які проблеми як із здоров'ям вагітної жінки, так і плода, та дії зовнішніх і внутрішніх факторів навколишнього середовища. Однією з головних систем, що забезпечує адаптацію, фізіологічне функціонування фетоплацентарного комплексу, а в подальшому і період новонародженості та здоров'я дитини – є імунологічна. Регуляцію і функціонування імунної системи забезпечують генетичні особливості людини. Вивчення імуногенетичних маркерів у перинатальній медицині має практичне значення і дає можливість розробити профілактичні заходи для збереження здоров'я малюка у майбутньому.

Мета: Вивчити зв'язок між однонуклеотидними поліморфізмами (SNP) генів цитокінів IL-6 та IL-10, генів CYP1A1, GSTP1, MTHFR

та eNOS матерів, що народили передчасно, з розвитком перинатальної патології у новонароджених, та розробити прогностичну модель на основі персоніфікованих генетичних варіацій.

Матеріали і методи:

Дослідження проводили у 133 жінок, що народили немовлят у термін гестації 28-36 тижнів.

Розподіл на групи залежно від гестаційного віку, типу патології та ступеня морфо-функціональної зрілості:

I група – 32 жінки, що народили дітей з ГІУ ЦНС відповідно до їх гестаційного віку; II група – 38 жінок, що народили малюків з ГІУ ЦНС та ЗВУР; III група – 30 обстежених жінок, що народили дітей з діагнозом ВУІ; IV група – 33 жінки, що народили немовлят з РДС.

Група порівняння складалася з 30 жінок з фізіологічною вагітністю та відносно здорових недоношених дітей з відносно успішним періодом новонародженості, які були зі своїми матерями та отримували грудне вигодовування на вимогу.

Модель математичного програмування за допомогою штучного інтелекту – нейронно-генетичних мереж.

Результати: Кожна патологія має свій імуногенетичний портрет. Найбільш частими взаємодіями генів були такі комбінації:

– Гетерозигота поліморфного варіанту 1082G\A гену IL10,+IL 6, поліморфного варіанту CYP1A1 + гомозигота гену (варіанту A313G гену GSTP1 та гомози-

гота поліморфного варіанта C677T гену MTHFR = недоношеність та перинатальна патологія з ВУІ та РДС.

- Гетерозигота поліморфного варіанту 4a\4b гену eNOS + поліморфного варіанту (592 C\A) гену IL 10 + поліморфного варіанту 1082G\A гена IL10 + поліморфного варіанту (174G\C) гену IL6 = недоношеність зі ЗВУР та перинатальною патологією.

Висновки: На основі генетичних особливостей матерів, що народили передчасно дітей з перинатальною патологією була розроблена діагностично-прогностична математична модель за допомогою штучного інтелекту – нейронно-генетичних мереж. Запропонована нами програма та рання молекулярна ДНК діагностика допоможе лікарям прогнозувати перебіг вагітності та виключити ймовірність пізньої маніфестації будь яких патологічних станів у новонародженої дитини.

Р.В. Ткачук, Т.М. Білоус, Г.А. Білик

УТРИМАННЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ІЗ ДЕБЮТОМ ЗАХВОРЮВАННЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Основною метою лікування бронхіальної астми (БА) у дітей є досягнення та утримання контролю над симптомами захво-

рювання, а також лікувально-профілактичні заходи для зниження ризику несприятливих наслідків.

Мета роботи – оцінити ефективність досягнення й утримання контролю бронхіальної астми в дітей із дебютом захворювання після перенесеної пневмонії.

Матеріал і методи дослідження. На базі КНП «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці методом «дослід-контроль» у паралельних групах із використанням простої випадкової вибірки комплексно обстежено 300 дітей. У 257 хворих (I клінічна група, середній вік $11,7 \pm 0,23$ року, частка хлопчиків 71,6%, частка сільських мешканців 55,6%) бронхіальна астма розвинулася на тлі хронічного обструктивного бронхіту, до складу II клінічної групи увійшли 43 дитини, в яких БА дебютувала після перенесеної позалікарняної пневмонії (середній вік $9,9 \pm 0,55$ року, частка хлопчиків 50,5%, частка сільських мешканців 72,1%). Оцінка контролю БА здійснювалася за допомогою АСТ-тесту (Asthma Control Test) для дітей до 11 років та 12 років і старше, опитувальника Глобальної ініціативи з контролю та запобігання БА (GINA-2009), клінічно-інструментальної оціночної шкали (KIO). Отримані результати дослідження аналізувалися методом біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження. За ступенем тяжкості перебігу БА виявлено, що тяжкий перебіг захворювання траплявся у 20,2%