

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 ЗАХВОРЮВАНЬ  
РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ» ІЗ САТЕЛІТНИМ  
СИМПОЗИУМОМ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ІННОВАЦІЇ  
ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ»**

*25-26 жовтня 2016 року*

Чернівці  
«Місто»  
2016

проводились у сертифікованій лабораторії кафедри молекулярної генетики та біотехнології Чернівецького національного університету ім. Ю. Федьковича з використанням методу полімеразно-ланцюгової реакції.

Результати дослідження. Практично в кожній другій дитині, хворій на БА, визначався делеційний поліморфізм генів  $GSTT_1$  та  $GSTM_1$ . При цьому у 1/3 хворих I клінічної групи (28,0%) визначалися делеції гену  $GSTT_1$ , а в аналогічній частки дітей групи порівняння (32,7%) – гену  $GSTM_1$ . Окрім того, у хворих із фенотипом БАФН майже утричі частіше виявлявся «нульовий» генотип вказаних генів (10,0% проти 3,85%,  $P < 0,05$ ). Відмічено, що при генотипі  $GSTT_1+M_1+$  ІБС становив  $21,0 \pm 2,44\%$ , ІБД -  $10,1 \pm 2,16\%$ , при генотипі  $GSTT_1-M_1+$  -  $24,2 \pm 4,98\%$  та  $11,2 \pm 4,24\%$  відповідно, а при генотипі  $GSTT_1+M_1-$  -  $18,4 \pm 0,9\%$  та  $21,0 \pm 2,72\%$  ( $p < 0,05$  відносно  $GSTT_1+M_1-$ ). Отже, БСФН є найбільш виразним у дітей із генотипом  $GSTM_1+$ , особливо в комбінації з делеціями гену  $GSTT_1$  (генотип  $GSTT_1delM_1+$ ). За наявності у хворих на БАФН генотипу  $GSTM_1+$ , особливо в комбінації з  $GSTT_1+$  (генотип  $GSTT_1+M_1+$ ), визначається найменш виражена бронхомоторна проба із сальбутамолом, що, мабуть, відображує ремоделювання дихальних шляхів у цих пацієнтів.

Висновок. Наявність у хворих на бронхіальну астму фізичної напруги генотипу  $GSTM_1+$  супроводжується з потенційним ризиком розвитку вираженого бронхоспазму фізичного навантаження та слабкої бронхомоторної реакції, ймовірно, зумовленою ремодуляцією бронхів.

УДК 616.233-007.272-07-071-037-053.2:612.017.1

## **ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПРОГНОЗУВАННІ ХАРАКТЕРА ПЕРЕБІГУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ**

Безрукова Т.Л., Колюбакіна Л.В., Хільчевська В.С.

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

Захворювання органів дихання, що перебігають з бронхообструктивним синдромом (БОС), відносяться до числа найбільш розповсюджених в дитячому віці. Від 30 до 50% дітей перших трьох років життя мають його прояви, внаслідок чого проблеми диференціальної діагностики цього стану є вкрай важливими. Персистувальний характер

БОС у дітей раннього віку з рецидивними захворюваннями органів дихання часто асоціюють із дебютом бронхіальної астми. Широкий спектр захворювань, однотипні клінічні прояви бронхообструкції, ранній вік, маніфестація на тлі гострої респіраторної вірусної інфекції істотно ускладнюють проведення диференційної діагностики у практиці педіатра.

Виходячи з цього, метою роботи було визначення діагностичної цінності окремих параклінічних показників для прогнозування ризику персистувального характеру перебігу БОС.

Методом ретроспективної когорти обстежена 321 дитина, що лікувалася у пульмонологічному відділенні ОДКЛ з приводу клінічних проявів БОС. Першу клінічну групу склали 210 хворих, у яких в подальшому БОС набув персистувального характеру. Другу клінічну групу – 111 дітей з транзиторним перебігом рецидивів БОС. Аналіз діагностичної цінності результатів параклінічного обстеження показав, що величина абсолютного еозинофільного числа, що перевищувала 0,3 г/л, давала підстави віднести хвору дитину до першої клінічної групи (чутливість – 37%, специфічність – 74%, передбачувана цінність позитивного результату (ПЦПР) – 54%, передбачувана цінність негативного результату – 60%), та асоціювала з ризиком рецидивування БОС [ВР 1,7 (95% ДІ: 1,3-2,4); АР 14%]. Оцінка діагностичної цінності показників клітинного імунітету за даними СД-типування та показників киснезалежного метаболізму нейтрофільних і еозинофільних гранулоцитів крові за даними НСТ-тесту показала достатню специфічність та ПЦПР при низькій чутливості, що не дозволило використовувати ці показники в якості критеріїв рецидивування БОС в подальшому. В той же час, високий рівень у сироватці крові загального ІgЕ (>300 МО/мл) володів достатньою специфічністю (84%) та ПЦПР (77%) стосовно визначення ризику рецидивів БОС.

При вивченні проявів різко позитивних ( $\geq 3+$ ) шкірних реакцій до не бактеріальних алергенів як маркерів рецидивування та персистування БОС в подальшому, показники співвідношення шансів 95% ДІ становили: до побутових алергенів 6,8 (3,3-13,9), до харчових алергенів – 4,7 (2,4-9,0), до епідермальних – 5,1 (2,6-9,8), до білкових – 5,9 (2,7-13,2). Отримані дані асоціюють зі схильністю до повторних епізодів БОС. Водночас, слід підкреслити, що жоден із окремо взятих показників не може бути використаний для вірогідного прогнозування подальшого перебігу БОС, через що є доцільним розглядати їх у комплексі.