

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П.А. ШУПІКА МОЗ УКРАЇНИ
РЕФЕРЕНС-ЦЕНТР З МОЛЕКУЛЯРНОЇ ДІАГНОСТИКИ МОЗ УКРАЇНИ
НДСА «ОХМАТДІТ» МОЗ УКРАЇНИ

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ПРОБЛЕМИ СПАДКОВОЇ
ТА МУЛЬТИФАКТОРНОЇ ПАТОЛОГІЇ»**

3-4 квітня 2012 року

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ ПРИ РІЗНИХ ФЕНОТИПАХ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ

Безруков А.О., Іванова Л.А.

Буковинський державний медичний університет, кафедра педіатрії
та дитячих інфекційних хвороб, м. Чернівці

Вступ. Бронхіальна астма – типове мультифакторне захворювання, в розвитку якого мають велике значення чинники зовнішнього середовища, та генетична схильність до розвитку даної патології. Поєднання цих факторів зумовлює виникнення різних фенотипів бронхіальної астми (тяжка, атопічна та інші).

Як показує клінічний досвід останніх років, терапія бронхіальної астми згідно існуючих протоколів діагностики та терапії дає можливість досягти контролю лише у 60% випадків. Це, ймовірно, пов'язано з недооцінкою фенотипів бронхіальної астми. На сьогоднішній день невивченим залишається питання як частоти формування різних фенотипів бронхіальної астми, так і стан гіперсприйнятливості бронхів при них.

Метою роботи було дослідити показники гіперсприйнятливості бронхів при різних фенотипах бронхіальної астми в дітей.

Матеріал та методи. В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 372 дитини, хворі на бронхіальну астму. Середній вік дітей становив $11 \pm 0,36$ років, серед обстежених було 76,4% хлопчиків. Усім хворим проведено комплексне дослідження, що включало оцінку неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів та гіперчутливості шкіри до основних небактеріальних алергенів. Діагноз бронхіальної астми встановлювали згідно рекомендацій GINA-2008.

Результати власних досліджень. Нами виділено 6 фенотипів бронхіальної астми в обстежених хворих: астма пізнього початку, фізичного навантаження, атопічна, тяжка, еозинофільна та гіперреактивна. Проведені дослідження показали, що найбільшу частку (43,54%) складала група дітей, в яких відмічено поєднання двох фенотипів бронхіальної астми. Один фенотип захворювання було виділено у 26,34% випадків, поєднання трьох – 21,77%, чотирьох – у 8,06% спостережень.

Серед обстежених нами пацієнтів астма пізнього початку зареєстрована у 272 (73,1%), тяжка – у 103 (27,7%) дітей. Еозинофільну та атопічну астму діагностовано у 66 (17,7%) та 97 (26,1%) хворих відповідно. Астма фізичного навантаження зареєстрована у 105 (28,2%) обстежених нами дітей, а гіперреактивна – у 46 (12,36%).

На підставі проведених досліджень можна стверджувати, що найбільш лабільними виявились бронхи у хворих з фенотипом тяжкої астми та астмою фізичного навантаження – індекс лабільності бронхів (ІЛБ) становив $35,8 \pm 3,05$ та $41,0 \pm 2,06$ відповідно. Найбільша ригідність бронхів спостерігалась при атопічній астмі (ІЛБ = $21,5 \pm 2,2$). Високим ІЛБ у цих пацієнтів був переважно за рахунок бронхоспазму. Так, індекс бронхоспазму в групі пацієнтів з тяжкою та астмою фізичного навантаження становив $19,26 \pm 2,1$ та $25,09 \pm 1,31$ відповідно. Родночас чутливість до гістаміну виявилась найвищою у хворих з гіперреактивною астмою – показник РС20Н становив $0,24 \pm 0,03$ мг/мл, а найнижчою в групі дітей з атопічною астмою (РС20Н = $3,91 \pm 1,09$ мг/мл).

Висновки. Отримані нами результати досліджень дають підставу вважати, що можна виділити окремі фенотипи бронхіальної астми в дітей, які відображують особливості патологічного процесу в дихальних шляхах окремого пацієнта, а гіперреактивність дихальних

шляхів є характерною для всіх хворих. Особливості гіперсприйнятливості бронхів при різних фенотипах бронхіальної астми в дітей слід враховувати при розробці індивідуалізованих лікувально-профілактичних заходів.

ОБҐРУНТУВАННЯ ПРИЗНАЧЕННЯ СИСТЕМНИХ ГЛЮКОРТИКОЇДНИХ ЗАСОБІВ ПРИ ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ПЕРШИХ НАПАДІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Белашова О.В., Марусик У.І.

Буковинський державний медичний університет, кафедра педіатрії
та дитячих інфекційних хвороб, Чернівці, Україна

Вступ. Лікування періоду нападу бронхіальної астми, згідно з рекомендаціями програми GINA, проводиться залежно від тяжкості бронхіальної обструкції. Визначення тяжкості нападу в дітей раннього віку базується, в основному, на одиниці клінічної картини. На даний час лікарі-педіатри притримуються позицій раннього початку інтенсивної дезобструктивної терапії.

Мета дослідження. Оцінити ефективність інтенсивної терапії перших нападів бронхіальної астми у дітей раннього віку, в залежності від проведення різних варіантів терапії.

Матеріали і методи дослідження. Ефективність стартової інтенсивної терапії нападу оцінювали на 3-й і 7-й дні лікування за тривалістю лікування у стаціонарі й інтенсивністю терапії, вираженою в балах, залежно від наявності чи відсутності факторів ризику при перших нападах бронхіальної обструкції в дитини. І клінічну групу склали 55 дітей раннього віку, хворих на бронхіальну астму з наявністю при поступленні в стаціонар клінічно – параклінічних факторів ризику несприятливого перебігу нападу, у II групу ввійшли 45 пацієнтів за їх відсутності. Інтенсивність терапії в балах визначалась у вигляді арифметичної суми основних компонентів проведеного лікування.

Результати. Слід відмітити, що хворі на бронхіальну астму, в яких при поступленні до стаціонару визначалися фактори ризику несприятливого перебігу нападу, вимагали як при поступленні, так і в подальшому більш інтенсивної терапії: на 1 день – $7,5 \pm 0,02$ балів, на 3-й – $6,2 \pm 0,04$ бала, порівняно з хворими, в яких ці фактори були відсутні – на 1 день – $4,9 \pm 0,01$ балів ($p < 0,05$), на 3-й – $3,2 \pm 0,03$ бала ($p < 0,01$). При аналізі тривалості лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, яким були використані різні варіанти дезобструктивної терапії (комбінації β_2 агоністів з еуфіліном, із місцевими ГКС) вірогідних відмінностей виявити не вдалось. Однак слід відмітити, що ефективність лікування нападу бронхіальної астми навіть при одноразовому прийомі системних глюкокортикостероїдних препаратів підсилювалась, на що вказувало зниження показників атрибутивного (54,6%) та відносного (76,4% (58-74) ризиків несприятливого перебігу нападу, порівняно з лікуванням хворих, яким не призна-

чаласть зазначена комбінація (показники зниження ризиків становили відповідно - 46,4% та 68,2% (54-82)), що підтверджує існуючі дані в літературі про позитивний вплив системних глюкокортикоїдів на лікування нападу бронхіальної астми.

Висновки. Таким чином, одноразове призначення системних глюкокортикоїдних засобів в комплексі інтенсивної стартової терапії нападу бронхіальної астми у дітей раннього віку, в яких при надходженні до стаціонару були виявлені показники ризику збереження тяжкості нападу, значно покращувало ефективність лікування.

МОЛЕКУЛЯРНО-БІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЕНДОМЕТРІЇ ХВОРИХ З АГРЕГАЦІЄЮ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У РОДОВОДАХ

Бучинська А.Г., Юрченко Н.П., Глущенко Н.М., Прескурня А.А.

Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є.Кливецького НАН України,
відділ регуляторних механізмів клітини, Київ, Україна
labor.cogen@yandex.ru

фенотип був негативним. На відміну від цього, у пухлинах хворих на РЕ з агрегацією онкологічної патології у родоводах встановлено низьку проліферативну активність ($19,4 \pm 0,5\%$) при більш високих значеннях експресії білків wtp53 ($16,7 \pm 0,3\%$) та p21^{WAF1/CIP1} ($15,3 \pm 0,4\%$). У більшості (61,0%) хворих на РЕ з сімейною агрегацією онкологічної патології виявлявся позитивний фенотип рецепторів стероїдних гормонів, а в 17,0% – негативний. У спорадичних аденокарциномах з глибокою інвазією ($>2/3$) у міометрії експресія антигену Ki-67 складала $52,9 \pm 0,8\%$, а в інвазуючих пухлинах хворих з накопиченням онкологічної патології у родоводах експресія цього маркера була достовірно нижчою ($30,0 \pm 0,6\%$). Таким чином пухлини хворих з обтяженим онкологічним анамнезом характеризуються високою експресією білків-онкосупресорів wtp53, p21^{WAF1/CIP1} та позитивним рецепторним фенотипом, що можливо зумовлює більш низьку проліферативну активність та сприятливий прогноз захворювання. Підтвердженням останнього вказана вроджено вища 5-річна виживаність (92,0%) хворих на РЕ з агрегацією онкологічної патології у родоводах, порівняно з такою (73,0%) пацієнток із сімей без формування злоякісних новоутворень.

Висновок. У родоводах хворих на РЕ Київського регіону визначено асоціацію пухлин (рак органів жіночої репродуктивної системи і шлунково-кишкового тракту) та встановлено низьку генетичну компоненти до виникнення цієї форми раку. Отримані дані свідчать, що аденокарциноми ендометрію, які виникали у хворих з агрегацією онкологічної патології у родоводах і спорадично відрізняються за експресією ключових регуляторів клітинного циклу, що відображає їх біологічну неоднорідність та визначає прогноз захворювання.