

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%

дітей I групи та у 30,2% II групи, а середньо-тяжкий перебіг - у 52,2% випадків у дітей I групи та 53,5% представників II групи ( $p > 0,05$ ). Загальна кількість госпіталізацій за період спостереження сягала у середньому 6,3 випадки у хворих I групи (з них 5,5 випадків у середньому з приводу загострення астми), 8,4 випадки у пацієнтів II групи (із них 7,4 госпіталізації з приводу періоду загострення).

За результатами самооцінки контролю БА за стандартизованими опитувальниками GINA і АСТ, а також із використанням клінічно-інструментальної оціночної шкали встановлено, що рівень контролю над захворюванням в усіх групах був недостатнім, і за усіма опитувальниками переважав частково-контрольований (від 26,3% до 51,5%) і неконтрольований перебіг БА (від 42,4% до 57,9%). Проведене стандартне протизапальне базисне лікування дозволило досягти певних позитивних змін у пацієнтів клінічних груп спостереження, причому результати самооцінки контролю БА за АСТ-тестом та з використанням КЮ-шкали практично збіглися, і частота контрольованої астми у I групі становила 23,4 і 21,9% відповідно, а неконтрольованої - 44,6 і 47,3% відповідно ( $p > 0,05$ ), а у пацієнтів II групи вказаний рівень контролю визначався відповідно у 18,2% та 15,8% випадків ( $p > 0,05$ ) та 51,5 і 57,9% спостережень ( $p > 0,05$ ). Розподіл оцінки контролю астми за опитувальни-

ком GINA виявив вірогідно меншу частку дітей з контрольованим перебігом астми у I групі (4,8%) та II групі - (6,1%), переважання частково-контрольованої астми (45,5% і 51,5% відповідно). Перспективний аналіз ефективності базисного лікування, складеного згідно стандартних рекомендацій, показав найвищу ефективність даної терапії у пацієнтів II клінічної групи, в якій відсоток контрольованої астми за КЮ-шкалою збільшився на 22,7% порівняно до хворих I групи, де такі позитивні зрушення відбулися у 13,5% ( $p < 0,05$ ) (СШ=14,0 (95% ДІ: 6,06-32,13), ВР=2,6, АР=54,1%).

**Висновки.** Таким чином, проведене стандартне протизапальне базисне лікування дозволило досягти певних позитивних змін у пацієнтів клінічних груп спостереження, причому є розбіжності в результатах використання стандартизованих опитувальників, що загалом вимагає персоналізованого підходу до моніторингу його активності, а також диференційованого діагностичного моніторингу з урахуванням особливостей дебюту астми.