

**Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
Департамент охорони здоров'я
Чернівецької обласної державної адміністрації
Чернівецька обласна організація
«Асоціація терапевтів імені академіка В.Х.Василенка»**

**МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ:
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД**

**Матеріали науково-практичної конференції
(14-15 квітня 2016 року)**

**м. Чернівці,
2016**

УДК: 612.018:616.248-036.1-053.2

ОСОБЛИВОСТІ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Колоскова О.К., Буринюк-Глов'як Х.П.

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, koloskov.ek@gmail.com*

Актуальність. Наразі актуальним залишається питання про безпеку використання глюкокортикостероїдів (ГКС) при бронхіальній астмі (БА), оскільки відомим є стимулювальний вплив системних препаратів на процеси глюконеогенезу, і, в цілому, вуглеводний обмін хворих дітей.

Наукова новизна роботи. Недоврахування ризику розвитку системних побічних ефектів ГКС, зумовлених, зокрема, високою ліпофільністю нових препаратів, великим обсягом розподілу, кумуляцією у тканинах, низькими сироватковими концентраціями, може призводити до погіршення стану пацієнтів, їх якості життя та ефективності базисного лікування, що негативним чином відбиватиметься на показниках контролю захворювання.

Мета. Для оптимізації результатів базисного лікування бронхіальної астми у дітей шкільного віку вивчити показники регуляції обміну глюкози за різного ступеня контрольованості захворювання.

Методи. В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 65 хворих на БА школярів, у яких за допомогою бальної оцінки контролю захворювання, з використанням клінічно-інструментальної оціночної шкали (КІО), верифікували рівень менеджменту патології. Так, сума бальної оцінки за даною оціночною шкалою у 10 і менше балів свідчила про досягнення контролю над перебігом БА, сума у межах 11-16 балів – про частково контрольоване захворювання, а вище 17 балів – про неконтрольований варіант БА. Отже, І групу сформували 50 хворих, в яких сума балів за КІО-шкалою становила 17 балів і більше (неконтрольована БА), а до складу II групи увійшли 15

хворих із контрольованим перебігом захворювання. Середній вік представників I групи становив $11,76 \pm 0,45$ року (60,0% хлопчиків), а II групи порівняння – $11,87 \pm 1,0$ року (63,04% хлопчиків) ($p > 0,05$). Тривалість захворювання на БА була вірогідно більшою у хворих I групи ($5,96 \pm 0,5$ проти $4,32 \pm 0,7$ року, $p = 0,05$), що свідчило про втрату оптимального менеджменту захворювання по мірі збільшення стажу патології. За допомогою імуноферментного аналізу, проведеного імунологічною лабораторією ОДКЛ м. Чернівці, визначали: стан регуляції обміну глюкози за вмістом антитіл класу IgG до інсуліну.

Результати дослідження. Тяжкість перебігу БА у дітей клінічних груп порівняння у середньому збігалася. Так, у I клінічній групі у 4,0% хворих мав місце інтермітуючий перебіг патології, а персистуючий: легкий, середньої тяжкості і тяжкий перебіг захворювання траплявся у 6,0%, 34,0% та 56,0% пацієнтів відповідно. У II клінічній групі порівняння інтермітуючий перебіг захворювання зареєстровано у 3,26% випадків, легке персистування астма мала у 14,13%, а середньо-тяжке і тяжке – відповідно у 43,47% та у 39,14% спостережень (в усіх випадках $P < 0,05$). Статистично значимими виявилися розбіжності у створених групах за показниками регуляції вуглеводного обміну, зокрема, наявністю антитіл до інсуліну. Так, антитіла до інсуліну у сироватці крові у хворих основної групи виявлялися в концентрації $32,56 \pm 6,02$ Од/мл, у дітей із контрольованою БА – у $20,1 \pm 0,9$ Од/мл ($p < 0,05$). Слід зазначити, що високі титри антитіл класу IgG до інсуліну (> 20 Од/мл) у сироватці крові асоціювали з підвищеним ризиком неконтрольованого перебігу БА: відношення шансів становило 1,3 (95% ДІ: 0,4-4,2), а відносний ризик – 1,14 (95% ДІ: 0,7-1,8).

Висновки. Неконтрольований перебіг бронхіальної астми у 1,4 рази частіше характерний для тяжкої персистувальної форми захворювання, та у 2,4 рідше трапляється при її легкому персистуванні. Крім того при неконтрольованому перебігу бронхіальної астми в 1,3 рази частіше ризик наявності високих титрів антитіл класу IgG до інсуліну (> 20 Од/мл), що вимагає моніторингу рівня глікемії.