



Безруков Л.О., Буринюк-Глов'як Х.П.
РІВЕНЬ АНТИТІЛ ДО ІНСУЛІНУ У ДІТЕЙ ЗА РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою дослідження було визначити рівень антитіл класу IgG до інсуліну у сироватці крові дітей, хворих на бронхіальну астму, за різної тривалості захворювання.

В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 48 хворих на астму школярів, які сформували клінічні групи порівняння: I групу сформували 14 дітей, у яких тривалість захворювання не перевищувала 2 роки, до складу II групи увійшло 13 хворих із тривалістю хвороби від трьох до шести років, III групу – 21 пацієнт із тривалістю астми від 7 і більше років. Середній вік представників I групи становив $8,9 \pm 0,72$ року, II групи порівняння – $8,8 \pm 0,49$ року, III групи – $9,8 \pm 0,47$ року ($p > 0,05$). Хлопчиків у I групі було 57%, у II групі – 46%, у III групі – 67% ($p > 0,05$). У всіх дітей за допомогою імуноферментного аналізу, проведеного імунологічною лабораторією ОДКЛ м. Чернівці, визначали стан регуляції обміну глюкози за вмістом антитіл до інсуліну у сироватці крові (реактиви Diameb, Україна). Статистичний аналіз одержаних результатів здійснювали за допомогою пакету програм Statistica-v.6.0 (StatSoft, USA).

Виявлено, що рівень антитіл до інсуліну у сироватці крові перевищував нормальні показники за даними фірми-виробника (10 Од/мл) і зростав із тривалістю захворювання: у пацієнтів I групи сягав у середньому $17,6 \pm 4,38$ Од/мл, у дітей II клінічної групи – $23,9 \pm 5,10$ Од/мл, у представників III групи порівняння – $27,3 \pm 6,85$ Од/мл ($p < 0,05$). Слід зазначити, що збільшення тривалості захворювання асоціювало з підвищеним ризиком високих титрів антитіл класу IgG до інсуліну (> 23 Од/мл) у сироватці крові: специфічність цього тесту сягала 84,6%, відношення шансів – 4,4 (95% ДІ: 0,6-32,5), відносний ризик – 2,1 (95% ДІ: 0,5-9,3), абсолютний ризик – 0,35, посттестова ймовірність – 74,3%. Водночас, концентрація глюкози у периферичній крові пацієнтів становила у середньому в I клінічній групі $6,3 \pm 0,40$ ммоль/мл, у дітей II групи – $5,6 \pm 0,76$ ммоль/мл, у дітей III групи – $6,0 \pm 0,48$ ммоль/мл ($p < 0,05$). Таким чином, у дітей, хворих на бронхіальну астму, зі збільшенням тривалості захворювання зростає рівень антитіл класу IgG до інсуліну, що підтверджується відношенням шансів 4,4 та відносним ризиком події 2,1.

Білоус Т.М., Колоскова О.К., Білоус В.В., Шевченко Н.О.
МАТЕМАТИЧНА МОДЕЛЬ КОНТРОЛЬОВАНостІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою роботи було створити математичну модель контрольованості бронхіальної астми з різною ефективністю стандартної базисної терапії.

В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці комплексно обстежено 150 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, які сформували клінічні групи залежно від наявності поліморфізму генів сімейства глутатіон-S-трансферази - $GSTT_1$ та $GSTM_1$. Першу (I), основну, клінічну групу склали 69 дітей, хворих на бронхіальну астму, в яких не відмічено делеційного поліморфізму вивчених генів, тому генотип визначали як $GSTT_1+M1+$. Середній вік становив 10,71 року, хлопців було 48, а дівчаток – 21. До складу другої (II) групи порівняння увійшов 81 хворий, в якого траплявся делеційний поліморфізм вивчених генів ферментів детоксикації у гомо- та гетерозиготному варіантах, що виражалось генотипом $GSTT_1+M1-$, $GSTT_1-M1+$ та $GSTT_1-M1-$, хлопчиків було 65,43%, дівчаток - 34,57%, середній вік хворих сягав 10,75 років. За основними клінічними ознаками створені групи порівняння вірогідно не відрізнялися.

Виходячи з найбільш вагомих результатів комплексного клінічно-параклінічного обстеження хворих, створено математичну модель контрольованості бронхіальної астми залежно від наявності чи відсутності в них делеційного поліморфізму вивчених генів. У групі дітей, хворих на астму, з генотипом $GSTT_1+M1-$, $GSTT_1-M1+$ або $GSTT_1-M1-$, у період клінічного благополуччя контрольованість астми у вигляді її бальної оцінки може бути описана таким чином, що посилювальними вірогідними компонентами цієї моделі є показники соціально-економічного статусу родини ($r=0,54$), мультитригерний характер загострень ($r=0,60$), швидкі темпи ацетилювання ($r=0,87$), значний розмір папули в алергопробах з побутовими алергенами ($r=-0,74$), а послаблювальними компонентами - вік дебюту захворювання ($r=0,53$), його змішана форма ($r=0,5$), наявність супутніх алергічних захворювань ($r=0,6$), тривале природне вигодовування на першому році життя ($r=0,45$), «пасивне» тютюнопаління у родині ($r=0,59$), народження дитини у період активного цвітіння рослин ($r=0,73$), сезонність загострень ($r=-0,54$), відносний вміст у периферичній крові еозинофілних гранулоцитів ($r=0,70$), індекс стимуляції ($r=-0,64$) і резерв киснезалежної мікробіцидності нейтрофілів крові ($r=-0,71$), показники індексу бронхоспазму ($r=-0,59$) та індексу бронходилатції ($r=0,61$).

Отже, дана математична модель описує більшість чинників, які впливають на контрольованість астми у дітей за делеційного поліморфізму генів $GSTT_1$ та $GSTM_1$, що слід враховувати при вирішенні тактики вибору базисного протизапального лікування.