

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XIII з'їзду педіатрів України
(11-13 жовтня 2016 року, м. Київ)

За редакцією Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the XIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 11-13th, 2016, Kiev)

Edited by J.G. Antypkin, V.G. Maidannyk

ПОКАЗНИКИ ОБМІНУ ГЛЮКОЗИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМ РІВНЕМ КОНТРОЛЮ НАД ПЕРЕБІГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ

Колоскова О.К., Буринюк-Глов'як Х.П.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. За допомогою сучасних настанов і рекомендацій досягти оптимального контролю над перебігом бронхіальної астми (БА) у дітей вдається далеко не завжди. У свою чергу, неконтрольований перебіг захворювання супроводжується частими загостреннями, за яких ліберально використовуються системні глюкокортикостероїдні препарати (сГКС), а хронічне алергічне запалення бронхів спонукає до використання високих доз інгаляційних препаратів (іГКС), що у ряді випадків підвищує ризик розвитку побічних ефектів такої терапії.

Мета роботи: дослідити вміст окремих маркерів обміну глюкози у хворих на бронхіальну астму школярів залежно від рівня досягнутого контролю над захворюванням.

Матеріал і методи. У дослідженні I групи сформували 50 дітей шкільного віку з неконтрольованим перебігом БА (сума балів за КІО-шкалою ≥ 17 балів), до II групи увійшло 15 хворих із контрольованим перебігом захворювання. За основними клінічними показниками, за винятком тривалості захворювання, групи були співставимі. Так, середній вік дітей I групи становив $11,76 \pm 0,45$ року, а II групи – $11,87 \pm 1,0$ року ($P > 0,05$). Хлопчиків у I групі було 60,0%, а у II групі – 63,04%, мешканців сільської місцевості 62,0% та 59,78% відповідно ($P > 0,05$). Вміст глюкози визначали натще за допомогою глюкозооксидазного методу, стан регуляції обміну глюкози – за вмістом антитіл класу IgG до інсуліну методом імуоферментного аналізу крові (реактиви Diameb, Україна).

Результати та обговорення. 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. Робочою гіпотезою дослідження було те, що за тривалішого і менш контрольованого перебігу БА траплятимуться виразніші зміни з боку вуглеводного обміну у хворих через використання сГКС та високих доз іГКС. Дійсно, середні показники глікемії крові у дітей I групи становили $5,86 \pm 0,22$ ммоль/л (min – 3,9, max – 7,8 ммоль/л), а у хворих із контрольованим перебігом – $5,17 \pm 0,18$ ммоль/л (min – 4,2, max – 6,5 ммоль/л) ($P < 0,05$). Середні показники вмісту IgG до інсуліну у сироватці крові дітей I групи становили $32,56 \pm 6,02$ Од/мл, а у II групи – лише $20,1 \pm 0,9$ 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 (ВШ) становило 1,3 (95%ДІ 0,4-4,2), а відносний ризик (ВР) – 1,14 (95%ДІ 0,7-1,8). У свою чергу, вміст антитіл до інсуліну менше 32,0 Од/мл асоціював із шансами досягти оптимального контролю: ВШ-6,3 (95%ДІ 0,7-56,3), ВР-1,3 (95%ДІ 0,2-8,4).

Висновки. Отже, на тлі неконтрольованого перебігу бронхіальної астми, особливо при достатньому стажі захворювання, відмічається зростання титрів антитіл класу IgG до інсуліну та рівень глікемії крові, що свідчить про наявні побічні ефекти глюкокортикостероїдної терапії та підкреслює важливість утримання контролю над астмою.

ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ КАТІОННИЙ ПРОТЕЇН МОКРОТИННЯ ЯК МАРКЕР ХАРАКТЕРУ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

Колоскова О.К., Лобанова Т.О.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. Ключова роль еозинофільних гранулоцитів у патогенезі бронхіальної астми (БА) полягає в їх міграції у шок-орган алергічного запалення, синтезі низки медіаторів запалення (зокрема, еозинофільного катіонного протеїну – ЕКП та інших білків), які посилюють запальну реакцію дихальних шляхів, підтримують їх гіперсприйнятливість до специфічних і неспецифічних стимулів, викликають пошкодження тканин, їх дисфункцію та органічну перебудову (ремоделювання).

Мета роботи. Дослідити діагностичну цінність еозинофільного катіонного протеїну мокротиння у хворих із ознаками еозинофільного і нееозинофільного фенотипів захворювання для удосконалення персоналізованої терапії.

Матеріал і методи. Обстежено когорту зі 118 дітей шкільного віку, які хворіють на БА. За результатами цитоморфологічного дослідження мокротиння сформовані дві клінічні групи. До I (основної) увійшов 61 хворий із еозинофільним фенотипом БА, а до складу II групи увійшли 57 хворих із не еозинофільною БА. Групоформувальною ознакою виступав відносний вміст еозинофілів у мокротинні хворих, який у I групі становив $13,33 \pm 1,79\%$, а II групі – $1,94 \pm 0,48\%$ ($P < 0,001$). За основними клінічними показниками групи порівняння були зіставлені, а наявні окремі міжгрупові відмінностей не впливали на одержані результати.