

у хворих з $\text{ОФВ}_1 > 60\%$ ($p < 0,001$). У II групі хворих з контрольованим перебігом індекс НОМА-IR був підвищеним, але достовірно не відрізнявся від нормальних показників. У порівнянні з показником II групи був достовірно нижчим ($p < 0,05$).

Висновки: бронхіальна астма є одним з факторів ризику розвитку порушень вуглеводного обміну і дебюту цукрового діабету за інсулін-незалежним типом.

Особливості показників рівня вітаміну D при atopічному дерматиті у дітей першого року життя

Камуть Н.В., Нянковська О.С., Омеляненко О.В., Никитюк С.І., Бабій Л.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

За останні десятиліття алергія посіла провідне місце в списку найпоширеніших захворювань у світі. Розвиток atopічного дерматиту (АД) на сучасному етапі розглядають як наслідок складних взаємодій генетичних факторів, навколишнього середовища, інфекційних агентів, дефектів бар'єрної функції шкіри та порушень імунологічної відповіді. В Україні майже відсутні дані щодо особливостей обміну вітаміну D при АД в дітей першого року життя. За даними низки авторів поширеність дефіциту вітаміну D серед дітей залишається високою і становить 40–66%.

Мета дослідження: вивчення рівня вітаміну D, асоційованого з АД, у дітей першого року життя.

Матеріали та методи. Робота виконувалась на базі відділення першої педіатрії Львівської міської дитячої клінічної лікарні. У дослідження залучено 120 дітей першого року життя основної групи з клінічними проявами АД у період загострення хвороби та 68 здорових дітей першого року життя без хронічних захворювань (контрольна група).

Результати. Обстежено 120 дітей першого року життя, серед них було 68 (57%) хлопчиків та 52 (43%) дівчинки. За віком діти були розділені наступним чином: від 1 міс до 6 міс – 29 (24%), від 6 міс до 9 міс – 52 (43%) та від 9 до 1 року – 39 (33%). Усі діти страждали на АД та були розподілені за тяжкістю (в залежності від індексу SCORAD): діти з легким ступенем тяжкості – 31 (26%), середнім ступенем – 47 (39%) та з тяжкими проявами – 42 (35%). У результаті дослідження встановлено зв'язок між тяжкістю клінічних проявів АД та рівнем вітаміну D у сироватці крові. Порівняльний аналіз ступенів важкості АД, залежно від рівня вітаміну D у сироватці крові показав, що при важкому ступені АД у дітей основної групи, рівень 25(OH)D був достовірно нижчим порівняно з його показниками у дітей з середньо-важким перебігом ($p < 0,05$).

Висновки. Результати нашого дослідження підтверджують наявність кореляційного зв'язку ($r = -0,48$; $p < 0,05$) між розвитком АД у дітей та рівнем 25(OH)D у сироватці крові. Рівень вітаміну D у сироватці крові вірогідно нижчий при всіх формах тяжкості АД та вірогідно корелює з загальною оцінкою тяжкості АД за шкалою SCORAD, інтенсивністю еритеми, екскоріацій, свербіжів та порушень сну. Результати нашого дослідження співпадають з даними літератури, які підтверджують наявність кореляційного зв'язку між розвитком АД у дітей та рівнем 25(OH)D у сироватці крові. Отримані дані свідчать про те, що є необхідність застосування диференційованого підходу до лікування АД, враховуючи рівень 25(OH)D у сироватці крові.

Бронхіальна астма з неконтрольованим перебігом у дітей

Клименко В.А., Ємець Т.В.

Харківський національний медичний університет

Проблема бронхіальної астми (БА) є актуальною за рахунок епідеміологічного, соціального, наукового та економічного аспектів. У всьому світі налічується близько 334 млн хворих і 14% з них – діти. За даними ВООЗ до 2025 року число хворих збільшиться ще на 100 млн. Астма залишається смертельною хворобою – у 2017 р. у світі відмічено 383000 випадків смерті від неї. Рівень смертності серед хворих на астму в Україні: 0,7 на 100 тис. населення віком від 5 до 34 років.

Мета роботи – удосконалення прогнозу БА шляхом покращення контролю захворювання.

Завдання – визначити основні причини неконтрольованого перебігу БА в дітей.

Матеріали та методи. Обстеження проводили на базі КНП ОДКЛ № 1 в умовах обласного дитячого алергологічного центру та регіонального центру дитячої імунології. Обстежено 50 дітей з неконтрольованим перебігом БА віком від 5 до 18 років. Рівні контролю визначали згідно з рекомендаціями GINA, 2014. Усім дітям було проведено комплексне дослідження згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей». Для виявлення причин відсутності контролю захворювання проведено анкетування дітей і батьків з причинами відмови від терапії.

Результати. Серед пацієнтів переважали діти молодшого шкільного віку. Розподіл за тяжкістю перебігу: 27 дітей з інтермітуючою формою, 14 – з легкою персистуючою та 9 дітей – з середньотяжкою персистуючою БА. Серед досліджених 32 дітей поступили в період загострення та 18 у період ремісії, але мали скарги з боку респіраторної системи. Під час оцінки контролю частковий контроль відмічено у 13 дітей, відсутність контролю – у 37. Опитування стосовно базисної терапії показало, що 23% дітей її не отримували; 57% – передчасно припинили; 20% – зменшили обсяг терапії. Для з'ясування причин недотримання терапії проведено анкетування батьків. Не розуміють, що БА – хронічна хвороба – 87% батьків; бояться гормональних препаратів – 93%; вважають, що тривалість курсу не перевищує 3 міс. – 63%; не застосовують ліки в разі задовільного самопочуття дитини – 60,0%; знають свою дитину добре та самостійно можуть запобігти симптомам у випадку початку загострення – 80,0%.

Висновки. Головною причиною відсутності контролю в дітей з БА є порушення алгоритмів базисної терапії. Для підвищення ефективності контролю БА в дітей необхідна роз'яснювальна робота з пацієнтами та їхніми батьками.

Прогнозування тяжкого перебігу бронхіальної астми в дітей

Клименко В.А., Кожина О.С.

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Тяжкий перебіг бронхіальної астми (БА) характеризується складнощами контролю захворювання і залишається причиною інвалідності та смертності дітей.

Мета. Поліпшити медичну допомогу дітям з БА шляхом удосконалення прогнозу та об'єктивізації терапії. Задача – створити математичну модель для прогнозування розвитку тяжкого перебігу БА в дітей.