



diagnosis followed by adequate well-timed management helped to save girl's life and prevent permanent neurological disorders.

*Смець Тетяна Вікторівна, Федорчук Анастасія Михайлівна, Кисла Софія Ігорівна*  
**ПРИЧИНИ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ  
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії № 2

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Клименко В.А.

Проблема бронхіальної астми (БА) є надзвичайно актуальною за рахунок епідеміологічного, соціального, наукового та економічного аспектів. У всьому світі налічується близько 334 мільйонів хворих та 14 % з них - діти. За даними ВООЗ до 2025 року число хворих збільшиться ще на 100 млн., при цьому зросте число важких форм, а в другій половині 21-го століття кожна друга дитина буде страждати на БА. Астма залишається смертельною хворобою - у 2015 р. у світі відмічено 383000 випадків смерті від неї (ВООЗ, 2019). Рівень смертності серед хворих на астму в Україні є одним з найвищих у Європі: 0,7 на 100 тис. населення віком від 5 до 34 років (Фещенко Ю.І., 2018). БА є важливою економічною проблемою – так, у 2008-2013 рр. щорічна «вартість» астми в США становила понад 81,9 млрд. доларів (aafa.org, 2019).

Метою роботи було удосконалення прогнозу БА у дітей шляхом покращення контролю захворювання.

Завдання - визначити основні причини неконтрольованого перебігу БА у дітей Харківського регіону.

Матеріали і методи: Обстеження проводилось на базі Обласного алергологічного центру КНП ОДКЛ №1. Обстежено 30 дітей з БА віком від 5 до 18 років, що мали неконтрольований перебіг хвороби. Рівні контролю визначалися згідно рекомендацій GINA, 2014. Усім дітям було проведено комплексне дослідження згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей» (наказ МОЗ України від 08.10.2013 №868). Для виявлення причин відсутності контролю



захворювання проведено анкетування дітей та батьків з найбільш вірогідними причинами відмови від терапії. Результати опрацьовано методами варіаційної статистики програмою IBM SPSS Statistics. Дослідження проведено з дотриманням прав людини відповідно до діючого в Україні законодавства, відповідає міжнародним етичним вимогам.

Результати: Серед пацієнтів переважали діти молодшого шкільного віку. Розподіл пацієнтів за тяжкістю перебігу: 14 дітей з інтермітуючою формою, 9 - з легкою персистою, та 7 дітей - з середньотяжкою персистою БА. Серед досліджених 23 дитини поступили у періоді загострення (18 – легкого ступеню та 5 – середнього ступеня важкості) та 7 дітей на момент обстеження були у періоді ремісії, але мали скарги з боку респіраторної системи. При оцінці контролю частковий контроль відмічено у 11 дітей, відсутність контролю – у 19. Серед симптомів відсутності контролю відмічено у ранговій послідовності: денні симптоми частіше 2 разів на тиждень – у всіх пацієнтів (n=30); необхідність у використанні препарату «швидкої допомоги» частіше 2 разів на тиждень (n= 23); обмеження активності через БА (n=21); нічні пробудження через БА (n= 18).

При опитуванні стосовно базисної терапії з'ясовано, що 7 (23,3 %) дітей взагалі не отримують базисну терапію, серед них 2 (6,7 %) батьків навіть не знають цього терміну; 11 (36,6 %) дітей передчасно припиняють базисну терапію, бо батьки самі вирішують, коли треба закінчити прийом ліків; 12 (40,0 %) дітей не звертаються за допомогою лікаря своєчасно. Для з'ясування причин недотримання базисної терапії були застосовані запитання з найбільш вірогідними причинами відмови від терапії (сформовані з відповідей батьків). Не розуміють, що астма – хронічна хвороба та ставлять за мету повне вилікування дитини – 26 (86,7 %) батьків; бояться гормональних препаратів та їх побічних дій – 28 (93,3 %); вважають, що тривалість курсу не може бути більше 3 міс. – 19 (63,3 %); бажають «пристосувати» терапію до стану дитини – приймати менше ліків при задовільному самопочутті – 18 (60,0 %); вважають, що знають свою дитину добре та можуть попередити симптоми при початку загострення – 24



(80,0 % ); збільшують дози симптоматичних препаратів незалежно від рекомендацій лікаря – 11 (36,7 %) пацієнтів.

Висновки: Головною причиною відсутності контролю у дітей з легким та середньотяжким перебігом астми є недотримання базисної терапії як наслідок нерозуміння суті лікування та психологічних проблем.

*Затолака Дарія Вячеславівна, Нагорна Марина Павлівна*

## **СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ФОРМУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії № 1 та неонатології

Науковий керівник: д.мед.н., доц. Бойченко А.Д.

Доведено, що на стан серцево-судинної системи (ССС) новонародженого має вплив соматичний стан матері, її спосіб життя та наявність у неї коморбідної патології, а також дія факторів навколишнього середовища.

Обстежено 125 передчасно народжених дітей, розподілених на групи: діти з екстремально низькою масою при народженні –  $844,5 \pm 84,2$  г, строк гестації 24–29 тижнів ( $n = 29$ ); новонароджені з дуже низькою масою –  $1324,1 \pm 104,4$  г, 28–33 тижні гестації ( $n = 28$ ); діти з низькою масою тіла при народженні –  $1857,1 \pm 118,1$  г, 31–34 тижні гестації ( $n = 68$ ). Контрольну групу склали 50 здорових доношених новонароджених, у яких внутрішньоутробний розвиток та ранній неонатальний період проходив без соматичних та неврологічних ускладнень, а народження дітей відбувалося через природні пологові шляхи. Проводився аналіз акушерського та перинатального анамнезу, дані клінічного обстеження новонароджених та параметрів доплерехокардіографії (ДЕХОКГ). Оцінка стану гемодинаміки проводилась у неонатальний період, у 6 та 12 місяців.

За результатами обстеження встановлено, що патологічний перебіг вагітності мав місце у 64,0 %, ( $p=0,0001$ ) породіль, передчасний розрив плодових оболонок у 24,7 % жінок, наявність екстрагенітальної патології у 52,0 % та обтяжена спадковість за кардіальною патологією виявлено у 20,8 % матерів. За даними