

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Державна установа «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН УКРАЇНИ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали ювілейної X науково-практичної конференції молодих вчених
та студентів з міжнародною участю



Харків 2025

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Державна установа «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН УКРАЇНИ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

**Матеріали ювілейної X щорічної науково-практичної
конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю**

27 лютого 2025 року – Харків, 2025. – 75 с.

**Відповідальний за випуск
Волошин К.В.**

Харків 2025

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Андрущенко В.В., Дяченко М.С., Головачова В.О.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії № 2

Актуальність. Згідно даним Всесвітньої організації охорони здоров'я на бронхіальну астму (БА) страждають більш ніж 330 мільйонів людей у світі. Серед дітей поширеність цієї патології сягає 8-12%. Дебют БА припадає на дитячий вік. Майже у 50% пацієнтів хвороба дебютує до 6-ти річного віку. За світовими показниками БА входить до списку найпоширеніших хронічних станів у дітей віком від 5 до 14 років. Вона є причиною інвалідизації, як у дитячому віці, так і у дорослому.

Метою нашого дослідження було удосконалення діагностики та прогнозу прогресування тяжкості бронхіальної астми у дітей на підставі вивчення клінічних особливостей бронхіальної астми на сучасному етапі.

Матеріали та методи. До дослідження була залучена 81 дитина віком від 5 до 17 років (48 хлопчиків та 33 дівчинки), зі вже встановленим діагнозом персистуюча БА, частково контрольована, в періоді загострення. Хворих з БА було розділено на 3 групи, в залежності від тяжкості захворювання. Перша група – легкий персистуючий перебіг БА (n=59), друга група – з середньотяжким перебігом (n=10), третя група – з тяжким перебігом захворювання (n=12).

Результати. Було встановлено, що серед усіх пацієнтів з БА, які приймали участь у дослідженні, переважають пацієнти середнього та старшого шкільного віку (85,2%, p=0,0000). У загальній кількості досліджуваних виявлена достовірна різниця за статтю, кількісно переважала чоловіча стать (p=0,0403). Серед обстежених першої групи статистично переважали хлопчики (p< 0,05), у той же самий час в 2-ій та 3-ій групах статистично значущих відмінностей за статтю не виявлено (p > 0,05).

Проводячи аналіз антенатальний період життя дітей, особлива увага була приділена перебігу першого триместру вагітності у матерів. Було виявлено, що 35,8 % мали патологію трахіобронхіального дерева (гостра респіраторна інфекція, гострий бронхіт простий, пневмонії, бронхіальна астма). У всіх матерів, у яких в анамнезі була бронхіальна астма, під час вагітності мали симптоми її загострення. У 67,9% матерів відзначався патологічний перебіг вагітності та/або пологів. Виявлено, що в 61,9% матерів з обтяженим акушерським анамнезом несприятливі чинники впливали на плод в першій половині вагітності: преєклампсія 5%, гестоз 21%, загроза переривання вагітності 27,1%, анемії 12,3%. Важливим чинником ризику формування БА вважається вплив тютюнового диму на вагітну жінку, не тільки в аспекті шкідливої звички майбутньої матері, але й пасивний вплив тютюнового диму на неї: 21% матерів, продовжували курити під час вагітності, на 31% тютюновий дим мав пасивний вплив.

У результаті аналізу анамнестичних даних виявлено, що 12,3% дітей народилися з низькою масою і 6,2% - із вагою, яка перевищує 4000 кг.

Важливим чинником, що впливає на здоров'я новонародженої дитини є природне вигодовування. Було виявлено, що лише 34,6% обстежених дітей отримувала грудне молоко до 1 року, переважна більшість дітей 65,4% (p= 0,0037) знаходилась на ранньому штучному вигодовуванні.

Важливу роль у формуванні респіраторних алергозів відводять порушенню мікробіоти кишківника, одним із клінічних проявів якого є схильність новонароджених до закрепів. Серед досліджуваних 28,4% мали проблеми з дефекацією у віці до 1 року, а частота

скарг на закріп у дітей з тяжкою астмою статистично значуще відрізнялася від таких ($p_{1-3}=0,0211$, $p_{2-3}=0,293$, $p_{1-2}=0,2722$) із легкою та астмою середньої тяжкості.

Особливу увагу було приділено дебюту БОС. Нами виявлено, що у дітей з тяжким перебігом БА частіше виявляються епізоди БОС до року ($p_{1-2}=0,439$; $p_{1-3}=0,031$; $p_{2-3}=0,131$).

У ході дослідження було виявлено, що 90,1% дітей мають супутню алергопатологію: атопічний дерматит (АД) - 72,0%, алергічний риніт (АР) - 51,8%.

Ретельно аналізуючи алергологічний сімейний анамнез виявлено, що 58,0% дітей мали близьких родичів з алергічними захворюваннями: від 50% у дітей 1-ої та 2-ї групи, до 91,7% - у 3-ій групі.

Майже 1/3 дітей має родичів 1 та 2 лінії з діагнозом бронхіальна астма. При попарному статистичному обчисленні кількості випадків бронхіальної астми в сім'ї було виявлено достовірну різницю між групою дітей з тяжкою БА по відношенню до легкої ($p_{1-3}=0,0385$).

Статистична обробка дала змогу виявити зв'язок між ступенем тяжкості захворювання та наявністю обтяженого сімейного анамнезу ($C'=0,368$, $p=0,004$); сильний зв'язок з дебютом бронхообструктивного синдрому на першому році життя ($C'=0,713$, $p<0,001$), з наявністю супутньої алергопатології у дитини ($C'=0,607$, $p=0,002$), відносно сильний зв'язок з наявністю у близьких родичів БА ($C'=0,489$, $p=0,001$), з порушенням мікробіоти кишківника ($C'=0,432$, $p=0,002$), середньої сили зв'язків з обтяженим сімейним алергологічним анамнезом ($C'=0,345$, $p=0,005$).

Висновки.

1. Групові вікові закономірності серед дітей з БА I, II, III ступенів тяжкості демонструють статистично значуще зростання питомої ваги дітей шкільного віку (пре- і пубертатного) серед усіх ступенів бронхіальної астми.

2. Виявлено достовірну різницю за чоловічою статтю.

3. Міжгруповий аналіз факторів преморбідного фону дітей з БА всіх ступенів тяжкості продемонстрував наявність серед цих пацієнтів різноманітні чинники ризику: вплив несприятливих перинатальних чинників протягом першої половини вагітності, що сприяло порушенню формування та дозрівання бронхолегеневої системи; обтяжений сімейний анамнез за рахунок алергічних захворювань; вплив тютюнового диму. Також важливу роль у формуванні респіраторного алергозу відіграли постнатальні несприятливі чинники, серед яких раннє штучне вигодовування, порушення мікробіоти кишківника, ранній дебют бронхообструктивного синдрому та наявність у дітей атопічного дерматиту та алергічного риніту.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ: ВІКОВІ АСПЕКТИ

Безерко Т.М., Іванова Л.А.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб**

Актуальність. Нетифоїдна сальмонела є однією з основних бактеріальних причин гастроентериту та зумовлює значну частку захворюваності та смертності від діареї дітей віком до 5 років. Сальмонельоз у дітей зазвичай викликається бактеріями *Salmonella* через забруднену їжу або воду та має самообмежуваний характер і не потребує антибіотикотерапії.