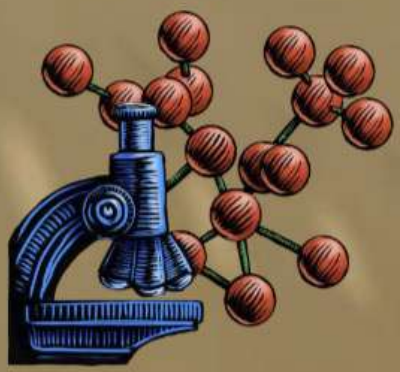
MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
COMMUNAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION
"RIVNE MEDICAL ACADEMY" OF RIVNE REGION COUNCIL
ACADEMY OF SILESIA (POLAND)
TERNOPIL VOLODYMYR HNATIUK NATIONAL PEDAGOGICAL UNIVERSINY

COLLECTION OF ABSTRACTS
VI All-Ukrainian Scientific and Practical Conference with international participation

«Research priority areas in scientific and educational activities: problems and prospects»

October 29-30, 2026



RIVNE 2026

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Головачова Вікторія Олександрівна
кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії №2
Гура Діана Миколаївна
студентка 4 курсу Харківський національний медичний університет

Вступ. Бронхіальна астма на сьогодні є однією з найбільш поширених хронічних захворювань у дітей. Основні її прояви -це зворотна, але непостійна обструкція дихальних шляхів, а також підвищена чутливість бронхів до подразників. Кількість випадків захворювання постійно збільшується в усіх країнах світу, що створює величезне навантаження на медичні системи та помітно погіршує рівень життя як самих пацієнтів, так і членів їхніх сімей [1]. Сучасний підхід до лікування астми в дітей спирається на засади доказової медицини та індивідуалізованої терапії, що знайшло своє відображення в оновлених міжнародних рекомендаціях GINA [2]. Мета цієї роботи проаналізувати актуальні методи запобігання та лікування бронхіальної астми у дітей, беручи до уваги останні наукові здобутки та клінічні протоколи.

Первинна профілактика: вплив на модифіковані фактори ризику. Первинна профілактика бронхіальної астми має на меті не допустити сенсибілізації організму та виникнення хвороби ще до того, як з'являться перші ознаки [3]. Найбільш обґрунтованим і дієвим заходом залишається повне усунення впливу тютюнового диму як при активному курінні, так і при пасивному вдиханні. Грудне вигодовування демонструє помірний захисний ефект, тому лікарі та медперсонал мають наполегливо рекомендувати його вже з перших тижнів життя немовляти [4]. Дієтичні стратегії у період вагітності та впродовж перших 1000 днів життя дитини становлять перспективний підхід до первинної профілактики. Згідно з науковими даними, додаткове введення вітаміну D під час вагітності в дозах, що перевищують рекомендовані, може мати захисний вплив на виникнення ранніх дитячих хрипів, однак не зменшує ризик розвитку астми в дітей шкільного віку [5].

Вторинна профілактика та алерген-специфічна імунотерапія. Вторинна профілактика реалізується вже після виникнення сенсибілізації, проте до появи клінічних ознак бронхіальної астми. У систематичному огляді та мета-аналізі, проведеному Farraia та колегами , було продемонстровано, що застосування алерген-специфічної імунотерапії (AIT) дозволяє зменшити ймовірність розвитку астми на 25%). Протективна дія найбільш яскраво проявлялася у після завершення трирічного терапевтичного курсу та серед пацієнтів із моносенсибілізацією [6]. Додаткове введення пробіотиків після народження також здатне сприяти запобіганню астмі та атопічним захворюванням у дітей [7].

Біологічна терапія тяжкої астми: персоналізований підхід. Дітям із тяжкою астмою, яка не піддається контролю навіть при застосуванні

максимальних доз стандартної терапії, сучасна медицина пропонує біологічні препарати, спрямовані на конкретні імунологічні механізми. На сьогодні для лікування тяжкої астми в дітей та/або підлітків затверджено п'ять біологічних засобів: омалізумаб , меполізумаб і бенралізумаб, дупілумаб та тезепелумаб . Ефективність біологічної терапії є найвищою серед пацієнтів із Т2-високим фенотипом, особливо при збільшенні рівня еозинофілів у крові та/або показника фракційного видихуваного оксиду азоту (FeNO). Водночас тезепелумаб виявляє свою дієвість незалежно від біомаркерного статусу [8]. Рандомізовані контрольовані дослідження засвідчили, що завдяки цим методам лікування щорічна частота важких загострень астми зменшується щонайменше на 40-50%, а в окремих випадках навіть до 70%. Крім того, вдалося довести покращення контролю над астмою, поліпшення функції легень, зниження потреби в оральних кортикостероїдах, а також підвищення якості життя пацієнтів [9].

Освіта пацієнтів та письмовий план дій при астмі. Надання індивідуалізованого письмового плану дій при астмі (ППДА) є невід'ємною складовою сучасного підходу до лікування пацієнтів. У дослідженні Bansal та колег було встановлено, що застосування ППДА сприяє суттєвому підвищенню якості життя як дітей, так і їхніх батьків. Також зафіксовано суттєве скорочення кількості пропущених прийомів контрольованих ліків, зниження потреби в екстрених медикаментах та поліпшення показників за шкалою ACT [10]. Дослідження, проведене Lakupoch і колегами, підтвердило, що застосування WAAP помітно зменшує звернення до відділень екстреної допомоги , кількість незапланованих візитів до лікаря , тривалість госпіталізацій у днях, а також пропуски шкільних занять [11]. Плани дій, орієнтовані на симптоми, виявилися ефективнішими за ті, що базуються на пікфлоуметрії, коли йдеться про запобігання загостренням [12].

Висновки. Отже, сучасна стратегія контролю бронхіальної астми у дітей являє собою цілісну систему, яка включає профілактичні дії, персоналізовану терапію, а також активну участь пацієнта та його родини**.**

Ключовий висновок зводиться до того, що профілактика астми не обмежується лише уникненням алергенів. Йдеться про цілу систему заходів: від цілковитої відмови від куріння та популяризації грудного вигодовування до алерген-специфічної імунотерапії. Остання, варто зауважити, демонструє помітний захисний ефект, особливо коли дитина реагує лише на один алерген. Окремо слід наголосити на важливості письмового плану дій при астмі (ППДА). Це аж ніяк не проста бюрократична процедура, а дієвий інструмент, що здатен суттєво покращити контроль над захворюванням: як свідчать дослідження, його застосування дозволяє знизити кількість викликів швидкої допомоги, випадків госпіталізації та днів, пропущених у школі . Я глибоко переконана, що саме такі прості, проте надзвичайно результативні засоби в клінічній практиці часто залишаються без належної уваги.

Список використаних джерел

1. Papadopoulos, N. G., Custovic, A., Deschildre, A., Gern, J. E., Nieto Garcia, A., Miligkos, M., Phipatanakul, W., Wong, G., Xepapadaki, P., Agache, I., Arasi, S., Awad El-Sayed, Z., Bacharier, L. B., Bonini, M., Braido, F., Caimmi, D., Castro-Rodriguez,

J. A., Chen, Z., Clausen, M., Craig, T., … WAO Pediatric Asthma Committee (2024). Recommendations for asthma monitoring in children: A PeARL document endorsed by APAPARI, EAACI, INTERASMA, REG, and WAO. Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology, 35(4), e14129. https://doi.org/10.1111/pai.14129

2. Eapen, A. A., Shankhwar, S., von Mutius, E., & Johnson, C. C. (2025). Environmental risk factors and asthma primary prevention: From birth cohort studies to clinical trials. The Journal of allergy and clinical immunology, 156(3), 535–545. https://doi.org/10.1016/j.jaci.2025.07.002
3. Maas, T., Kaper, J., Sheikh, A., Knottnerus, J. A., Wesseling, G., Dompeling, E., Muris, J. W., & van Schayck, C. P. (2009). Mono and multifaceted inhalant and/or food allergen reduction interventions for preventing asthma in children at high risk of developing asthma. The Cochrane database of systematic reviews, 2009(3), CD006480. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006480.pub2
4. Ліццо Дж. М., Голдін Дж., Кортес С. Дитяча астма. [Оновлено 4 травня 2024 р.]. У: StatPearls [Інтернет]. Острів скарбів (Флорида): Видавництво StatPearls; січень 2026 р. Доступно за посиланням: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551631/
5. Tong, X., Zhang, X., Wang, M., Wang, Z., Dong, F., Gong, E., Zuberbier, T., & Li, Y. (2024). Non-pharmacological interventions for asthma prevention and management across the life course: Umbrella review. Clinical and translational allergy, 14(3), e12344. https://doi.org/10.1002/clt2.12344
6. Farraia, M., Paciência, I., Castro Mendes, F., Cavaleiro Rufo, J., Shamji, M., Agache, I., & Moreira, A. (2022). Allergen immunotherapy for asthma prevention: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized controlled studies. Allergy, 77(6), 1719–1735. https://doi.org/10.1111/all.15295
7. Uwaezuoke, S. N., Ayuk, A. C., Eze, J. N., Odimegwu, C. L., Ndiokwelu, C. O., & Eze, I. C. (2022). Postnatal probiotic supplementation can prevent and optimize treatment of childhood asthma and atopic disorders: A systematic review of randomized controlled trials. Frontiers in pediatrics, 10, 956141. https://doi.org/10.3389/fped.2022.956141
8. Tondina, E., Codazzi, A. C., Castorina, R., Di Micco, R., Dutto, C., Leoncini Bartoli, L., Lepore, G., Marseglia, G. L., & Brambilla, I. (2026). Biologic therapies for severe pediatric asthma: efficacy, safety, and biomarker-guided selection. Frontiers in allergy, 7, 1757445. https://doi.org/10.3389/falgy.2026.1757445
9. Saxena, S., Rosas-Salazar, C., Fitzpatrick, A., & Bacharier, L. B. (2023). Biologics and severe asthma in children. Current opinion in allergy and clinical immunology, 23(2), 111–118. https://doi.org/10.1097/ACI.0000000000000880
10. Bansal, E., Mehra, S., & Bhalla, K. (2023). Improvement of quality of life in a family of a child with asthma after using the Written Asthma Action Plan (WAAP). Journal of family medicine and primary care, 12(7), 1336–1341. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1828_22
11. Lakupoch, K., Manuyakorn, W., Preutthipan, A., & Kamalaporn, H. (2018). The effectiveness of newly developed written asthma action plan in improvement of asthma outcome in children. Asian Pacific journal of allergy and immunology, 36(2), 88–92. https://doi.org/10.12932/AP-010217-0002

12. Ducharme, F. M., & Bhogal, S. K. (2008). The role of written action plans in childhood asthma. Current opinion in allergy and clinical immunology, 8(2), 177–188. https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e3282f7cd58