

4. Rachelefsky G. Inhaled corticosteroids and asthma control in children: assessing impairment and risk / G. Rachelefsky // *Pediatrics*. – 2009. – Vol. 123. – P. 353-366.
5. Almqvist C. Impact of gender on asthma in childhood and adolescence: a GALEN review / C. Almqvist, M. Worm, B. Leynaert // *Allergy*. – 2008. – Vol. 63. – P. 47-57.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

Є.В. Прохоров, І.М. Островський, Т.П. Ерліхман, О.О. Толстікова, О.А. Бельська, Т.В. Ленарт

Резюме. У статті наведені дані щодо значущості та ефективності специфічної імунотерапії при бронхіальній астмі в дітей, які базуються на показниках роботи дитячої алергологічної служби Донецької області. Також вказано на недостатню забезпеченість дитячих лікарень алергологами та алергологів – вакцинами.

Ключові слова: бронхіальна астма, специфічна імунотерапія, діти.

THE EXPERIENCE OF USING SPECIFIC IMMUNOTHERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Y.V. Prokhorov, I.M. Ostrovsky, T.P. Erlihman, E.A. Tolstikova, E.A. Belskaya, T.V. Lenart

Abstract. The paper presents data dealing with the importance and effectiveness of specific immunotherapy in bronchial asthma in children which are based on the results of the work of children's allergologic service of the Donetsk region. The paper also points out to an insufficient provision of children's hospitals with allergologists and allergologists with vaccines.

Key words: bronchial asthma, specific immunotherapy, children.

M. Gorky National Medical University (Donetsk)

Рецензент – проф. О.К. Колоскова

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 4 (60). – P. 197-199

Надійшла до редакції 12.09.2011 року

© Е.В. Прохоров, И.М. Островский, Т.П. Эрлихман,
Е.А. Толстикова, Е.А. Бельская, Т.А. Ленарт, 2011

УДК 616.248-036-053.4:615.825.21-002 [376.34]

*Т.Л. Процюк, Н.М. Суркова, Л.Д. Коцур, Т.В. Капитан, О.В. Чирка, В.А. Антонець,
О.Г. Гулько, Г.Г. Однорогова*

ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Резюме. Проведений аналіз показав, що на розвиток і перебіг бронхіальної астми (БА) в підлітків впливають спадкові, соціально-психологічні та соматичні фактори. Найважливішими з них виявилися генетичні, які в сукупності з несприятливим перебігом вагітності та пологів, а також поєднання атопії з іншими соматичними захворюваннями та інфекційними агентами в дітей призводили до формування захворювання. Психічний стан хворих на БА дітей і підлітків характеризу-

вався переважанням тривожних розладів, що свідчить про наявність психотравмальної ситуації, загрози, зумовленої хворобою. Виявлені особливості копінг-поведінки в дітей, хворих на БА, вказують на наявність проблем адаптації у зв'язку зі значною вираженістю особистісного реагування на хворобу, сенситивного типу ставлення до хвороби, підвищеним ризиком порушення комплаєнса.

Ключові слова: бронхіальна астма, діти, підлітки.

© Т.Л. Процюк, Н.М. Суркова, Л.Д. Коцур, Т.В. Капитан,
О.В. Чирка, В.А. Антонець, О.Г. Гулько, Г.Г. Однорогова, 2011

Вступ. Бронхіальна астма (БА) – класичний приклад психосоматичного захворювання, в походженні, особливостях симптоматики, перебігу і наслідків якого, більшою мірою, ніж при інших хворобах, беруть участь психосоціальні фактори [2]. Астма, як і будь-яка хронічна хвороба, серйозно відбивається на соціальному житті хворих та їх батьків. Цей вплив реалізується у багатьох напрямках: робота, навчання в школі, фізична активність, спілкування, емоційне самопочуття [4]. Таким чином, вивчення БА з позицій інтегративного міждисциплінарного психосоматичного підходу представляється нині вельми актуальним.

Мета дослідження. Вивчити вплив біологічних, зовнішніх і психосоціальних чинників на розвиток БА в дітей, а також визначити особливості психічного та особистісно-психологічного стану дітей, хворих на БА.

Матеріал і методи. Обстежено 90 дітей із діагнозом БА (45 дітей віком 7-12 років – середній вік $9,2 \pm 1,04$ року і 45 дітей віком 13-17 років – середній вік $15,1 \pm 1,9$ року), які перебували на лікуванні в алергологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. До контрольної групи увійшло 30 здорових дітей віком від 7 до 17 років (середній вік – $12,6 \pm 2,7$ року).

Для вивчення основних чинників, що впливають на розвиток та перебіг БА у дітей, клінічну та клінічно-соціальну характеристику дітей, хворих на БА, проведено детальний аналіз медичної документації (історії розвитку дитини (ф.112 / у), медичної карти стаціонарного хворого (ф.003 / у), анкетування батьків за спеціально розробленою анкетною, з включенням до неї біологічних, зовнішніх і психосоціальних факторів, і даних, отриманих під час бесіди з батьками (анамнез життя і захворювання). В основній групі анкетування проводилося серед батьків дітей, хворих на БА, а в контрольній – батьків здорових дітей. Алергологічне обстеження передбачало стандартну схему алергологічного обстеження з оцінкою анамнезу, ретельного клінічного обстеження з визначенням супутніх алергічних і соматичних захворювань, проведення шкірних алергопроб (прик-тести) з дослідженням сенсibiliзації до причинно значущих алергенів.

Для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби використовувалася методика ТОБОЛ. Для вивчення копінг-поведінки використовували методику Е. Неім. (Е. Neim, 1988). Для оцінки тривожності використовували шкалу реактивної та особистісної тривожності Спілбергера [1]. Для оцінки депресивного стану та вимірювання ваги депресії використана шкала Гамільтона (HDRS) [3]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням методів параметричної та непараметричної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Найбільш частою формою БА була atopічна, яка траплялася частіше ніж інфекційно залежна, і значно частіше ніж змішана (відповідно, 62,5 %, 33,6 % і 2,78 %, $p < 0,001$). У нападному періоді

перебувало 46 дітей (51,1%), у переднападному – 8 (8,8 %), 12 дітей – у післянападному періоді (13,3 %), та 33 дитини – у періоді ремісії (36,6 %). Найчастіше діагностувалася БА середньої тяжкості ($p < 0,01$). Сенсibiliзацію виявлено у 85,5 % дітей. Провідними факторами сенсibiliзації виявили побутовий пилок (100 %), епідерміс тварин (98,4 %) та пилок рослин 42,8 % ($p < 0,001$). У 22,5 % хворих виявили сенсibiliзація до грибів ($p < 0,0001$) і у 8,9 % – до харчових алергенів ($p < 0,0001$). Супутні алергічні захворювання виявлено в 69 з 90 дітей. Серед них найчастіше мали місце: алергічний риніт (67,7 %), харчова алергія (50,8%); atopічний дерматит (58,16 %), медикаментозна алергія (28,5 %), алергічний кон'юнктивіт (38,1 %); кропив'янка (33,3 %), набряк Квінке (4,0 %). Обтяжену спадковість по БА виявлено в 62 дітей (68,8 %), за родоводом матері (37,0 %) і в родичів по материнській лінії (26,0 %), частіше, ніж за родоводом батька (18,7 %) і в родичів по батьківській лінії (20,1 %), ($p > 0,05$). Кілька алергічних захворювань в родині встановлено у 18 дітей (20,0 %). Харчову алергію на першому році життя мали 54 дитини (60,0 %), причому на прикорм і соки – 26 дітей (28,8 %), на адаптовані суміші – 34 дитини (37,7 %). На прояви медикаментозної алергії на першому році життя вказувала 31 дитина (13,01 %) та 5 дітей (5,55 %) мали реакції на щеплення. На першому році життя ГРВІ перенесли 52 дитини (57,7 %), бронхіт – 27 дітей (30,0 %), ларинготрахеїт – 9 (10,0 %), пневмонії – 6 дітей (6,6 %). Не хворіло лише 28 обстежених дітей (31,1 %). Після року всі обстежені діти хворіли. Часті ГРВІ траплялись у 72,1 %. Серед інших захворювань найбільш часто траплявся обструктивний бронхіт – 74,4 % (67 дітей). Гострий бронхіт перенесли 26,6 % (24 дитини), ларингіт – 13,3 % (12 дітей), пневмонію – 11,1 % (10 дітей). Кашель на різкі запахи відзначався у 9 (10,0 %) дітей і невмотивовані напади кашлю спостерігалися у 12 (13,3 %) дітей. У перші 3 роки життя діагноз БА встановлено в 18,9 % дітей, у перші 5 років – 37,7 % дітей. Найбільш часто дітям із БА в дебюті захворювання встановлювався діагноз обструктивного бронхіту (38,9 %), алергічного риніту (67,7 %) і ларингіту (25,6 %). Сезонний характер загострень спостерігався в 68 дітей (75,5 %, $p < 0,0001$). Причому загострення БА найчастіше спостерігалися: взимку – 56,2 %; навесні – 42,1 %; восени – 25,6 %. Провокували напад БА значна кількість чинників. Статистично значущими виявились наступні: ГРВІ – 88,5 %; реакції на фізичне навантаження – 47,5 %; зміна погоди – 43,75%; холодне повітря і емоційне навантаження – по 34,5% і 32,7%, відповідно ($p < 0,05$). Установлено, що 17,2% дітей, хворих на БА, не отримували базисної терапії. Натомість, 72,9% дітей відзначали полегшення перебігу БА після прийому препаратів. Як базисну терапію найбільш часто використовували комбіновані препарати (75,8% випадків). Значно рідше використовували

лися системні кортикостероїди і антагоністи лейкотриєнових рецепторів. Серед матерів хворих на БА дітей у 63,8% випадків під час вагітності траплялися різні соматичні захворювання. Серед матерів здорових дітей обтяжена аналогічними захворюваннями вагітність спостерігалася достовірно рідше (24,4%, $p < 0,05$). Слід зазначити, що лише 15,6 % матерів здорових дітей приймали різні лікарські препарати під час вагітності, тоді як серед матерів в дітей, хворих на БА, цей відсоток становив 53,7 % ($p < 0,001$). Гормональні препарати та анагетика під час вагітності приймали в 3 рази частіше матері, які народили хворих на БА дітей, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$). Водночас встановлено, що гестози більш ніж у 2 рази частіше реєструвалися у матерів хворих на БА дітей, ніж у контрольній групі. ($p < 0,01$). Діти, народжені від перших пологів, рідше хворіли на БА, ніж діти, народжені від повторних пологів - 22,1 і 36,8 % відповідно ($p < 0,01$). Питома вага передчасних пологів практично збігається в основній і контрольній групах ($p > 0,05$). Переношена вагітність траплялася серед матерів хворих дітей частіше, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$).

Установлено, що на формування та розвиток бронхіальної астми значно впливають незадовільні житлово-побутові умови. Так, незадовільні житлові умови проживання зазначили 39,6 % хворих на БА, причому 11,5 % дітей, хворих на БА, проживали в гуртожитках, а 7,8 % хворих на БА дітей – у вкрай скрутних умовах (менше 6 м² на 1 особу). Житло з повним набором побутових зручностей мали лише 88,9 % дітей із БА, тоді як у контрольній групі – 98,9 % ($p < 0,001$). Наявність підвищеної вологості та плісняви в помешканні констатували 30,4 % дітей і підлітків, хворих на астму, порівняно з контрольною групою – 6,2 %, ($p < 0,05$). Наявність у помешканні тварин зазначило 20,1% дітей та підлітків основної та 9,7 % ($p < 0,05$) пацієнтів контрольної групи.

Нашу увагу привернув той факт, що серед дітей підліткового віку зростала вагомість, та особливого значення набували психоемоційні навантаження, стресові ситуації в школі, сім'ї, суспільстві, порівняно з дітьми молодшої вікової групи. 14,9 % дітей віком 7-12 років та 22,4 % підлітків проживали в неповних сім'ях, водночас, як серед дітей контрольної групи даний показник становив 7,1 %; ($p < 0,05$). Спокійні, рівні стосунки всередині сім'ї частіше мали місце в сім'ях хворих на астму дітей, ніж у сім'ях здорових однолітків (56,1 % проти 44,3 %; $p > 0,05$). За оцінкою матерів дітей, хворих на астму, практично всі вагітності були бажані. Матері хворих дітей частіше, ніж здорових, не працювали після народження дитини (19,7 % проти 1,2 % відповідно, $p < 0,001$). Оцінюючи емоційну близькість із дитиною, 74,3 % матерів хворих дітей повідомили про повне взаєморозуміння, теплоту і лише 5,1 % – про дистанціювання в однобічному порядку дітей. Стресові ситуації переживало 52,1 % дітей віком 7-12 років і 51,0 % хворих підліткового

віку. Більше ніж половина (55,7 %) дітей і підлітків проживали в сім'ях із низькими матеріальними статками. Серед хворих на астму дітей і підлітків, на тютюнокуріння в сім'ї вказало 37,5 % опитаних. У 18,5 % випадків у сім'ї курили обоє батьків: з них, 25,7 % жінок курило систематично, 10,9 % жінок – під час вагітності, а 8,6 % – періодично. Установлено, що серед матерів, хворих на БА дітей, курців виявилось 18,6 %, що значно більше, ніж у контрольній групі – 1,7 % ($p < 0,05$). Кидали курити до настання вагітності частіше мами дітей, хворих на БА, ніж матері здорових дітей (24,1 % проти 12,4 %; $p < 0,05$). У 38,2 % сімей дітей основної групи курив батько, тоді як у контрольній групі цей показник становив 56,3 % відповідно ($p < 0,05$). Більше 10 сигарет на день викурювало 56,0 % матерів та 77,5 % батьків дітей, хворих на БА, а в контрольній групі цей показник дорівнював 6,7 % та 44,9 % відповідно ($p < 0,0001$). Занепокоєння викликає той факт, що серед 7-12-річних дітей курило 14,8 %, а серед підлітків – 23,8 %. Матері дітей, хворих на БА, у зіставленні з контрольною групою, майже у 2 рази частіше не працювали (відповідно, 12,3 % і 5,6 %; $p < 0,01$). Слід зазначити, що у зіставленні з контрольною групою, обидва батьки хворих на БА дітей, значно рідше працювали на робітничих посадах (відповідно 23,6 % і 35,6 % проти 42,8 % і 54,6 %; $p < 0,01$).

Особистісна і реактивна тривожність за шкалою Спілбергера оцінена в середньому у 53,2±1,3 бала і 56,2±2,5 бала у групі дітей, хворих на БА, що істотно перевищує нормативні дані низького і помірного рівня тривожності. Особистісні особливості хворих на БА відрізнялися підвищеною тривожністю у 85,7 % спостережень, з них переважали випадки помірної тривожності – 45,5 %. Виражена тривожність як стабільна особистісна характеристика мала місце у 23,7 % дітей, хворих на БА, та у 12,5 % представників контрольної групи, помірна тривожність – у 46,7 % дітей, хворих на БА, і 50 % дітей контрольної групи. Депресія за шкалою Гамільтона оцінювалася в середньому по групі не вище, ніж у 5,4 бала, що свідчило про відсутність клінічно виражених депресивних розладів у більшості випадків БА. Встановлено, що в поведінковій сфері переважно є відносно конструктивні копінг-стратегії, а конструктивні варіанти переважали над неконструктивними варіантами. У когнітивній сфері копінг-поведінки конструктивні і неконструктивні варіанти траплялися приблизно з однаковою частою і помітно переважали над конструктивними. Емоційна сфера відрізнялася найбільшим благополуччям – переважають конструктивні механізми подолання стресу (28,7 %), однак частота неконструктивних емоційних копінг-механізмів також значна (16,5 %). Поведінкова сфера подолання стресу характеризувалася переважанням конструктивного механізму «компенсація» – (48,3 %). У 12,5 % хворих на БА дітей траплялася найбільш бажана в умовах хронічної хвороби конс-

труктивна копінг-стратегія «співпраця» і «звернення», яка пов'язана з активною позицією людини у важкій ситуації і орієнтована на отримання інструментальної та емоційної підтримки з соціуму. У 5,9 % спостережень виявили альтруїзм і ще у 6,1 % дітей спостерігався конструктивний копінг «конструктивна активність», близьке відволікання. У 3,5% випадків встановлено перевагу неконструктивної стратегії «відступ» (ізоляція).

Вивчення особистісно-психологічних особливостей та психічного стану матерів, хворих на БА дітей показав, що в психічному стані обстежених жінок існує домінування симптоматики тривожного спектра (85,1 %). Фобічні розлади виявлено у 32,4 % матерів, obsesivні розлади (нав'язливі сумніви – 26,2 %, думки – 53,6 %), а також паніки – у 35,9 %. Занепокоєння, почуття напруженості визначено у 74,5 % обстежених, тривожні очікування, невмотивоване занепокоєння, побоювання, рухове порушення – у 42,5 %. Четверть (25,6 %) обстежених матерів, так само як їх діти, використовують конструктивний когнітивний копінг «збереження апломбу», а 20,4 % матерів вдаються до неконструктивної дисимуляції труднощів. В емоційній сфері чітко домінував конструктивний копінг-механізм «оптимізація» з оптимістичною оцінкою перспектив (46,8 %). Для матерів, у яких діти хворіють на БА, не типовими є «пасивна кооперація», «покірність» і «самозвинувачення». Поведінкова сфера характеризувалася переважанням конструктивних стратегій: «звернення» (за допомогою) – 24,1 %; «співпраця» (у подоланні труднощів) – 17,7 %; «компенсація» – 20,5 %.

Висновок

1. На розвиток і перебіг бронхіальної астми в дітей та підлітків впливають як спадкові, так і соціально-психологічні та соматичні фактори. Хвороба є психотравмуючим фактором, який зумовлює розвиток тривожних розладів у хворих дітей та підлітків, а виявлені особливості копінг-поведінки дітей із бронхіальною астмою вказують на наявність проблем адаптації у зв'язку зі значною вираженістю особистісного реагування на хворобу, сенситивного типу ставлення до хвороби, підвищеним ризиком порушення комплайенса.

Перспективи подальших досліджень. Для оптимізації лікування та вторинної профілактики захворювання в подальшому слід детально вивчати структуру особистості дітей.

Література

1. Ханін Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханін. – Л.: ЛНИИФК, 1976. – 27 с.
2. Medication use and health care contacts among symptomatic children with asthma / J.S. Halterman, H.L. Yoos, K. Sidora, H. Kitzman // *Ambul. Pediatr.* – 2001. – № 1 (5). – P. 275-279.
3. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness / M. Hamilton // *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* – 1967. – № 6. – P. 278-296.
4. Mangione-Smith R. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States / R. Mangione-Smith, A.H. DeCristofaro // *N. Eng. J. Med.* – 2007. – Vol. 357, № 15. – P. 1515-1523.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Т.Л. Процюк, Н.М. Суркова, Л.Д. Коцур, Т.В. Капитан, О.В. Чирка, В.А. Антонец, О.Г. Гулько, Г.Г. Однорогова

Резюме. Проведенный анализ показал, что на развитие и течение бронхиальной астмы (БА) у подростков влияют наследственные, социально-психологические и соматические факторы. Самыми важными среди них оказались генетические, которые в совокупности с неблагоприятным течением беременности и родов, а также сочетание атопии с другими соматическими заболеваниями и инфекционными агентами у детей приводили к формированию болезни. Психическое состояние больных БА детей и подростков характеризовалось преобладанием тревожных расстройств, что свидетельствует про наличие психотравмирующей ситуации, угрозы, обусловленной болезнью. Выявленные особенности копинг-поведения у детей, больных БА, указывают на наличие проблем адаптации в связи со значительной выраженностью личностного реагирования на болезнь, сенситивного типа отношения к болезни, повышенным риском нарушения комплайенса.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, подростки.

THE PSYCHOSOMATIC CONDITION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

T.L. Protsiuk, N.M. Surkova, L.D. Kotsur, T.V. Capytain, A.V. Chirka, V.A. Antonets, O.H. Hulko, H.H. Odnorohova

Abstract. The analysis carried out by the authors has shown the development and course of asthma in adolescents are affected by hereditary, socio-psychological and physical factors. The most important of them turned out to be genetic factors, which when combined with an unfavourable course of pregnancy and childbirth, and a combination of atopy with other somatic diseases and infectious agents resulted in the development of the disease. The mental state of children and adolescents afflicted with asthma was characterized by the prevalence of anxiety disorders, suggesting a psychotraumatic situation, a threat due to the disease. These features of coping behaviour revealed in children with bronchial asthma indicate

the presence of adjustment problems in connection with a significant marked character of a personality reaction to the disease, a sensitive type of attitude to the disease, an increased risk of impaired compliance.

Key words: bronchial asthma, children, adolescents.

National Medical University named after M.I. Pyrohov (Vinnytsia)

Рецензент – проф. О.К. Колоскова

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 4 (60). – P. 199-203

Надійшла до редакції 14.09.2011 року

© Т.Л. Процюк, Н.М. Суркова, Л.Д. Коцур, Т.В. Капитан,
О.В. Чирка, В.А. Антоненко, О.Г. Гулько, Г.Г. Однорогова, 2011

УДК 616.248-053.2-058

*О.Є. Федорців, С.С. Левенець, Т.М. Косовська, Т.О. Воронцова, В.О. Синицька, І.М. Мороз,
Л.М. Дмитраш*, О.Г. Федорчак**

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДІТЕЙ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

*КУТОР "Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня"

Резюме. Проведені дослідження проживання в місцях з підвищеною вологістю, загострень хвороби в пори року з підвищеною вологістю та під час вологої погоди 124 дітей, хворих на бронхіальну астму з інтермітуючим і персистувальним перебігом, з проявами атопії та без неї. Встановлено, що діти з персистувальною бронхіальною астмою більш метеозалежні від вологої погоди, частіше проживають у місцях із підвище-

ною вологістю: у вогких приміщеннях та поблизу відкритих водойм, ніж діти з інтермітуючою бронхіальною астмою. Діти з атопією мають сильнішу залежність від вологої погоди та частіше проживають у місцях із підвищеною вологістю, ніж діти з без проявів атопії.

Ключові слова: діти, бронхіальна астма, метеозалежність.

Вступ. Незважаючи на нові досягнення науки у вивченні патофізіологічних механізмів, клінічних особливостей бронхіальної астми (БА) у різні вікові періоди, розроблені вказівки з менеджменту і запобігання БА, принципи диференційованого контролю терапії і моніторингу над перебігом хвороби, подолати високу захворюваність на даний респіраторний алергоз, попри все не вдається. Останніми дослідженнями GOAL (Gaining Optimal Asthma Control) у 2004 році встановлено недостатній ефект в досягненні контролю над бронхіальною астмою: повного контролю над астмою вдалося досягнути в 41% осіб, хорошого контролю – у 71% пацієнтів. Дані літератури вказують, що бронхіальна астма є найбільш розповсюдженим хронічним захворюванням дитячого віку, і що за останні 20 років поширеність захворювання значно виросла [1, 2]. Епідеміологічні дослідження останніх років підтверджують високу поширеність бронхіальної астми. За даними ISAAC, найвищі показники поширеності симптомів і діагнозу бронхіальної астми відмічаються в країнах Океанії [5].

У розробленому EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology) і AAAAI

(American Academy of Allergy, Asthma and Immunology) консенсусі PRACTALL викладені сучасні підходи до причин виникнення, діагностики, клініки і контролю бронхіальної астми в дітей [4]. Проте немає відповіді на ряд особливостей у перебігу захворювання:

- значна гетерогенність БА, на перебіг якої значною мірою впливають зовнішні фактори;

- захворюваність БА більша серед хлопчиків, особливо в перші 10 років життя, у підлітковому віці, частіші нові випадки БА у дівчаток з ожирінням і раннім статевим дозріванням.

Згідно з рекомендаціями Глобальної ініціативи по боротьбі з бронхіальною астмою, необхідно заохочувати дослідження всіх аспектів бронхіальної астми у дітей, оскільки вона не так добре вивчена, як астма в дорослих [4].

Мета дослідження. Вивчити умови проживання дітей, хворих на бронхіальну астму, залежність загострень хвороби від погоди, пори року. З цією метою проводилось анкетування дітей, хворих на бронхіальну астму.

Матеріал і методи. Згідно з рекомендаціями GINA, проведений розподіл на наступні вікові групи: малюки (0-2 роки), дошкільний вік (3-5