

котирапії хворих на оперізуочній герпес, що дає змогу рекомендувати їх використання у практиці дерматовенерологів.

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА СТРУКТУРА СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ**

*Филенко Д., Глушко А.*

*Науковий керівник: проф. Крючко Т.*

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Харчова алергія – є першим проявом атопічної конституції дитини, а за відсутності своєчасних та адекватних лікувально-профілактичних заходів може бути першим кроком так званого атопічного маршу, який з віком може трансформуватися в серйозні захворювання. Її перебіг характеризується коморбідністю клінічних проявів і у кожної другої дитини проявляється гастроінтестинальними, а у кожної третьої – респіраторними симптомами. Характер проявів суттєво відрізняється в залежності від профілю сенсibilізації.

**Мета.** Визначити основні фактори ризику та дослідити особливості клінічного перебігу харчової алергії в залежності від структури сенсibilізації.

**Матеріали та методи.** З 2019 по 2021 р. до дослідження були залучені 120 дітей віком від 6 до 18 років із клінічними проявами харчової гіперчутливості, яким було проведено анкетування з використанням онлайн тестування пацієнтів-атопіків «AllergoScore», шкірне прик-тестування з харчовими алергенами (ТОВ «Імунолог») відповідно до загальноприйнятої методики. Обов'язковим для участі у дослідженні була письмова згода батьків та дитини.

**Результати.** Згідно анамнестичних даних, дебют харчової алергії серед обстежених дітей прослідковувався на першому році життя, і в більшості обстежених був пов'язаний з початком введення прикорму. Аналіз генеалогічних зв'язків показав, що серед обстежених дітей більше половини (54,6%) мали обтяжену по атопії спадковість, причому обтяженість по алергопатології з боку матері була вищою, ніж зі сторони інших родичів. Крім того, за результатами досліджень встановлено, що значимий вплив на розвиток харчової алергії мали раннє змішане й штучне вигодовування (37,5% та 44,2% відповідно), порушення введення прикорму (34,2%), медикаментозне лікування під час вагітності (32,5%) та ускладнені шляхом кесаревого розтину пологи

(25,8%). Крім того, на основі вивчення харчового анамнезу за даними анкетування та шкірного алерготестування, нами встановлено, що розвиток харчової алергії частіше за все, спостерігався при вживанні молока (42,5%), більше, ніж у третини – при вживанні яєць (38,3%) та риби (34,2%), у кожній четвертій дитини – у разі появи в раціоні бобових (25%). Розвиток алергічних реакцій по негайному типу (з моменту прийому їжі до 1 год) прослідковувався у 15 (60%) пацієнтів при вживанні бобових (насамперед арахісу) та у 12 (80%) при вживанні риби та морепродуктів, що потребувало ретельного моніторингу за станом здоров'я таких дітей.

**Висновок.** Проведені дослідження дозволили ідентифікувати пріоритетні фактори ризику формування харчової гіперчутливості у дітей та виявити найбільш етіологічно-значимі продукти харчування, вживання яких може відобразитися у вигляді гастроінтестинальних та шкірних алергічних реакцій на їжу.

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*Цебро А., Безоточний М., Іщук Я., Петренко О., Груздева М., Федоренко С.*

*Науковий керівник: доц. Настрога Т.*

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет*

На сьогоднішній день, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування ХОЗЛ гр. В, GOLD II із застосуванням в комплексній терапії комбінованого муколітика пульмобриз та курсу сеансів галотерапії.

Методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 30 хворих на ХОЗЛ групи В, GOLD II. Середній вік пацієнтів становив 48,5±2,4 р. Діагноз виставлявся відповідно до наказу МОЗ України 555 від 27.06.2013 р. Хворі ХОЗЛ були розподілені на дві групи: перша – основна (n=15) отримували базисну терапію кларитроміцину, тіотропія бромід, будесонід 0,5 мг через небулайзер протягом 5 діб, та додатково муколітичну терапію – пульмобриз 200/30 по 1 табл. 2 рази на добу, з 3-ї доби, сеанси галотерапії 1 раз на добу №10. Друга група – контрольна (n=15) не дотримувалась комплаєнсу і приймала лише базисну