

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Після проведеного лікування відмічено у основній групі, значне зростання концентрація уваги. Показники якості життя у дітей основної групи також мали позитивну динаміку. Зокрема відмічено позитивні зміни зі сторони фізіологічної складової показника якості життя, покращилися показники активності та працездатності дітей, покращанням емоційного балансу. Зменшилася частота таких суб'єктивних проявів, як відчуття тривоги, невпевненості у собі. Це в цілому привело до покращання загального показника якості життя пов'язаного зі здоров'ям (ЯЖПЗ) – 73,2±4,9%, який після курсу лікування не мав вірогідної різниці з нормативним показником (83,1±5,2%, p>0,05). Як видно із вищенаведеного, застосування ноотропних препаратів при епілепсії має позитивний вплив на фізіологічну та психологічну складову показника якості життя дітей.

Колоскова О. К., Білик Г. А.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПОКАЗНИКІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ БРОНХІВ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

Метою роботи було вивчити ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від показників ремоделювання бронхів у надосадковій рідині мокротинні. На базі пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці (Україна) обстежено 32 дитини шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА). Залежно від показників ремоделювання бронхів, дітей розподілили на 2 клінічні групи: першу групу сформували 15 пацієнтів, у яких вміст судинного ендотеліального фактору росту (VEGF) був нижче 100 пг/мл, а матричної металлопротеїнази-9 (ММР-9) нижче 5 нг/мл. II групу утворили 17 хворих із вищим вмістом наведених показників. Середній вік пацієнтів I групи склав 10,3±0,84 року, а представників групи порівняння – 12,4±0,65 року (p>0,05), частка хлопчиків – 66,7% і 64,7% відповідно (p>0,05), частка сільських мешканців становила 53,3±13,3% у I групі та 58,8±12,3% дітей II групи (p>0,05). У I групі легкий перебіг захворювання траплявся у 6,7% випадків, середньо-тяжкий – у 60,0% хворих і тяжкий – у 33,3% хворих, а у представників II групи – у 29,4% (P<0,05), 29,4% (P<0,05) і 41,2% відповідно (P<0,05). Діти спостерігалися в динаміці базисного лікування, призначеного згідно регламентуючих наказів, від 6-ти місяців до 1 року. У конденсаті видихуваного повітря визначали: вміст загального протеїну за методом Lowry O.H.; альдегід- і кетопохідних 2,4-динітрофенілгідрозонів (АКДНФГ) основного та нейтрального характеру за методикою Дубініної О.Є. та співавт.

Виявлено, що у дітей з вищими показниками маркерів ремоделювання бронхів порівняно з однолітками I групи у процесі лікування утримувалися інтенсивніші процеси окисної модифікації протеїнів (табл.).

Таблиця

Вміст загального протеїну та продуктів його окисної модифікації у конденсаті видихуваного повітря (M±m)

Показник	I група		II група		P
	До лікування	Після курсу лікування	До лікування	Після курсу лікування	
Загальний протеїн, г/л	3,4±0,62	3,9±0,46	4,7±1,83	3,7±0,71	>0,05
АКДНФГ основного характеру, E 430 ммоль / г протеїну	63,1±23,57	37,2±10,61	72,1±15,57	48,1±15,41	>0,05
АКДНФГ нейтрального характеру, E 370 ммоль / г протеїну	6,7±2,53	3,8±0,63	7,2±1,50	5,3±1,13	>0,05

Примітка: P - критерій Ст'юдента

Відмічено, що у хворих із підвищеним вмістом маркерів ремоделювання бронхів у надосадковій рідині мокротиння зростає ризик інтенсифікації окисної модифікації протеїнів (за вмістом альдегідо- та кетопохідних динітрофенілгідрозонів основного характеру) більше 70,0 E430 ммоль/г протеїну: СШ=6,0 (95% ДІ: 0,2-162,5), ВР=2,2 (95% ДІ: 0,4-12,3), АР=41,7%. Встановлено, що у дітей із підвищеним вмістом маркерів ремоделювання бронхів порівняно з пацієнтами без такого у процесі базисного лікування відмічається вища активність запального процесу дихальних шляхів, яка утримується впродовж терапії та проявляється підвищенням активності процесів окисного стресу із накопиченням продуктів окисної модифікації протеїнів.

Курик О.В.

ПРЕДИКТОРИ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ В КОМПЛЕКСІ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ КРИТИЧНИХ СТАНАХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Вищий навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

За поширеністю захворювання органів травлення займають друге місце після захворювань органів дихання, тому стає очевидно не тільки медична, але й соціальна значимість цієї проблеми [Боброва В.І., П'янова О.В., Надточій Н.І., 2010].



Основним механізмом функціональних порушень системи травлення у дітей при перинатальній патології є гіпоксичне ураження, що обумовлює у 40-70% причину загибелі дітей в ранньому неонатальному періоді [Похилько В.І., 2010; Шунько Є.Є., 2011; Знаменська Т.К., 2010-2014]. Тяжкі форми перинатальної патології у новонароджених супроводжуються клінічними ознаками поліорганної недостатності, складовою яких є поєднана дисфункція травної системи, у тому числі, підшлункової залози та кишечника.

Мета дослідження - визначення перинатальних факторів та клінічних особливостей перебігу функціональних порушень системи травлення у новонароджених при критичних станах.

Проведено обстеження 76 новонароджених, з яких: 39 осіб (I гр.) – з функціональним порушенням системи травлення в комплексі поліорганної недостатності при критичних станах, які мали перинатальну патологію, з вивченням анамнезу та особливостей перебігу вагітності й пологів у матерів та 37 осіб (II гр.) – група контролю (здорові доношені новонароджені діти). Проведено аналіз карт розвитку новонародженого ф. №097/о та історії пологів ф. №096/о; клінічне обстеження дітей.

Аналіз факторів ризику порушень адаптації новонароджених вказує на значний відсоток проблем вагітності, пологів та соматичних захворювань у матерів, спричиняючи після народження важкі форми поєднаної патології різних систем органів, у тому числі, шлунково-кишкового тракту з розвитком харчової інтолерантності, причиною чого є поєднана дисфункція підшлункової залози та кишечника. За нашими даними, передумовою хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода є: плацентарна недостатність 61,5% – у I групі дослідження, ранні та пізні гестози 12,8% – у I групі дослідження; анемії – відповідно 59,0 та 59,4%, загроза переривання вагітності – 46,2 та 37,7%, нейроциркуляторна дистонія 28,2 та 29,7%, патологія щитоподібної залози 25,6 та 21,6%, захворювання сечовидільної системи 20,5% та 35,1%, хронічна гастроентерологічна патологія 18,0 та 8,2% відповідно у I та II групах дослідження. Особливу увагу слід звернути на реалізацію внутрішньоутробного інфікування, найчастішими причинами яких є: вагініт 12,8%, кольпіт, хронічний аднексит 7,7%, TORCH-інфекція - 25,5 та 2,7% відповідно у I та II групах дослідження.

За даними обстеження, у дітей на першому тижні життя спостерігалась наступна патологія: синдром дихальних розладів - 76,9%, неонатальна енцефалопатія - 74,4%, полі органна невідповідність - 56,4%, синдром аспірації мезонію - 28,2%, судомний синдром - 25,6%, набряк мозку -23,1%, геморагічний синдром 15,4%, асфіксія важкого ступеня - 12,8% та помірного ступеня - 7,7%, антенатальне ураження плоду - 10,3%, вроджена пневмонія -7,7%, пологова травма - 7,7%, гемолітична хвороба новонароджених - 5,1%. Результати спостереження встановили, що у новонароджених спостерігалась наступна клінічна симптоматика, яка підтверджувала поєднані порушення з боку гастроінтестинальної системи: у 100,0% осіб - відсутність/пригнічення рефлексу смоктання, у 97,4% - знижена толерантність до їжі, 79,5% - парез кишечника, 76,9% - зригування, та у 46,2% - здуття живота.

Предикторами порушень функціонального стану гастроінтестинальної системи в комплексі поліорганної невідповідності у новонароджених при перинатальній патології є соматичні захворювання та/або відхилення перебігу гестаційного періоду в матерів, що викликають хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плода, а саме: плацентарна недостатність, ранні та пізні гестози, анемії, загроза переривання вагітності, нейроциркуляторна дистонія, патології щитоподібної залози, а також, хронічна гастроентерологічна патологія, що не є високим, однак вагомим чинником ризиком. Також звертає на себе увагу високий ризик реалізації внутрішньоутробного інфікування, найчастішими причинами якого є: вагініт, кольпіт, хронічний аднексит, TORCH-інфекція.

Клінічно поєднані порушення системи травлення у новонароджених за умов перинатальної патології характеризуються: стазом, метеоризмом, зригуванням, затримкою/зміною характеру стільця, у важчих випадках – парезом кишечника, втратою маси тіла більше за фізіологічну норму.

Беручи до уваги вище наведене, можна стверджувати про необхідність подальшого вивчення даного питання з долученням комплексу параклінічного обстеження, для повноти картини, задля визначення діагностичних та диференційно-діагностичних критеріїв ступеня тяжкості порушень функціонального стану гастроінтестинальної системи за умов перинатальної патології у новонароджених дітей.

Ластівка І.В.

УРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ЧИННИКИ ВИНИКНЕННЯ

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

Уроджені вади розвитку (УВР) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у структурі вад розвитку посідають 4-те місце, частота їх по Україні коливається в межах 8,4–9,7 на 10000. Дана патологія займає чільне місце у структурі смертності новонароджених: 5,81% дітей із вадами ШКТ гинуть впродовж доби, впродовж тижня - 19,7 %, впродовж першого місяця життя - 9,3%, що свідчить про соціальну значимість та тяжкість даної патології. За даними різних авторів в 53% випадків вони є ізольованими, а в 47% входять до складу множинних уроджених вад розвитку, що зумовлює високу потребу надання їм хірургічної допомоги.

Метою та завданням дослідження було вивчення епідеміології та чинників ризику виникнення УВР ШКТ серед немовлят.



Матеріалами і методами дослідження слугували "Історія пологів" (ф.096/0), звітні форми (ф.049-здоров) антенатального центру плоду та медичної генетики (АЦОП та МГ) Обласного медико-діагностичного центру м.Чернівці та "Карта реєстрації дитини із УВР", розроблена на кафедрі педіатрії та медичної генетики БДМУ. З метою вивчення динаміки УВР, частота УВР ШКТ у плодів та серед новонароджених досліджена за період 2005-2009 рр. (I період) та 2010-2014 рр. (II період).

Діагностика УВР ШКТ включала клінічне дослідження, генеалогічний аналіз, застосування інструментальних (ехографія, рентгенографія, НСГ, ЕхоЕГ) методів дослідження, а у випадках смерті хворих - дані патологоанатомічного розтину.

За даними ф.№49-здоров (обліково-статистична форма) проаналізовано результати селективного ультразвукового (УЗ) скринінгу 98366 плодів в Чернівецькій області за I період (45044 вагітних) та II період (53322 вагітних) спостереження, які проводилися в Антенатальному центрі охорони плоду та медичної генетики Обласного медико-діагностичного центру м.Чернівці. За I та II періоди УВР ШКТ до 22 тижня вагітності виявлено, відповідно, у 4 (0,09±0,04%) та 15 (0,28±0,07%) (p<0,05), після 28 тижнів - у 10 (0,58%) та 10 (0,30%) випадках. За період 2005-2014 рр. діагноз, запідозрений під час УЗ скринінгу, був підтверджений у 9 (47,3%) плодів та у 9 (47,3%) новонароджених.

Ретроспективне дослідження частоти УВР ШКТ у немовлят показало, що за I та II періоди, за даними пологових будинків, народилося 109217 немовлят, з яких 3430 мали УВР. З них УВР ШКТ запідозрено у 74 дітей (0,68% - за поширеністю та 2,16% - в структурі усіх УВР). Питома вага УВР ШКТ в структурі усіх УВР зросла з 1,73% - в I періоді до 2,65% - в II періоді.

З метою дослідження чинників виникнення УВР ШКТ сформовано групу з 50 дітей із різними аномаліями ШКТ (основна група) та методом «випадок-контроль» групу дітей (50 осіб) без уроджених вад розвитку (контрольна група). При аналізі чинників в основній групі виявлено, що 42% дітей народжено від III та більше за порядком вагітності, 54% жінок та чоловіків були віком старше 30 років, 70% матерів мали неповну середню та середню освіту, серед чоловіків цей показник становив 50%; 32% жінок та 51% чоловіків курили, а 44% жінок та 60% чоловіків регулярно споживали алкоголь. 14% батьків (10,11% жінок та 4,2% чоловіків) мали УВР ШКТ. Старший вік жінок (старше 30 років) в основній групі визначався у 54±7,0% випадках, в групі контролю - у 32,0±6,6% (p<0,05); показник неповної середньої освіти у жінок (12±4,6%) та середньої у чоловіків (46±7,05%) був вищим за аналогічний у контрольній групі (2,0±1,98% та 26,0±6,2%, відповідно) (p<0,05), показник вищої освіти, як у жінок (6,0±3,36%), так і чоловіків (24,0±6,04%), значно нижчим у порівнянні з контрольною групою (40,0±6,92% та 48,0±7,07%, відповідно) (p<0,05). Тютюнокуріння жінками (31,9±6,80%) та регулярне споживання алкоголю чоловіками (60,0±7,30%) основної групи перевищували аналогічні показники групи контролю (10,64±4,5% та 37,78±7,23%, відповідно) (p<0,05).

Таким чином, вивчено епідеміологію та чинники ризику щодо виникнення УВР ШКТ серед плодів та новонароджених в Чернівецькій області. Перспективами подальших досліджень є розробка регіонально-орієнтованих та диференційних програм профілактики уроджених аномалій ШКТ.

Левницька С.А.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЛОТКИ У ДІТЕЙ ІЗ ОЖИРІННЯМ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Вищий державний навчальний заклад України
«Букovinський державний медичний університет»*

Щороку спостерігається збільшення кількості дітей із надлишковою вагою і ожирінням. Відповідно, все частіше отоларингологам доводиться проводити оперативні втручання дітям із ожирінням. Наявність надлишкової ваги тіла і пов'язаних з нею складних взаємопов'язаних патогенетичних процесів накладає свої особливості у ведення дітей із хронічною патологією глотки.

Досвід виконання операцій на лімфоглотковому кільці у 64 дітей із ожирінням I-III ступенів дозволив нам виділити певні особливості перебігу операцій та післяопераційного періоду, на котрі повинна бути акцентована увага отоларингологів і анестезіологів.

Першою особливістю ведення таких дітей є висока ймовірність важкої інтубації трахеї і виникнення технічних складностей маніпулювання на структурах глотки, пов'язаних із особливостями анатомічних взаємовідношень між ротовою порожниною, глоткою, розмірами язика, шиї, розташуванням гортані.

Об'єм носоглотки у обстежуваних дітей був вірогідно меншим в порівнянні із їх однолітками, що повинно враховуватися при виборі аденотомів відповідних розмірів. Малий об'єм носоглотки дітей із надлишковою вагою тіла збільшує ризик розвитку післяопераційної рубцевої деформації.

Повноцінне відновлення носового дихання у дітей із ожирінням спостерігалось статистично значимо рідше в порівнянні із їх однолітками з нормальною вагою. Приблизно у кожній сьомій дитини після проведення аденотомії зберігався ротовий тип дихання. Утруднення носового дихання у дітей із ожирінням може бути пов'язане не тільки наявністю аденоїдних вегетацій, але й відкладанням жирової клітковини в підслизовому шарі глотки із звуженням її просвіту.

Особливості медикаментозного забезпечення операції у дітей із ожирінням полягають в тому, що частину препаратів для загального знечудження слід застосовувати із перерахунку на ідеальну, а не реальну вагу тіла, оскільки у такого контингенту хворих зазвичай має місце порушення метаболізму ліків.



Не зважаючи на технічні складнощі, що часто супроводжують операції на глотці у дітей із ожирінням, оцінка післяопераційних кровотеч, проведена за Austrian Tonsil Study, засвідчила, що останні зустрічалися однаково часто як у дітей з надлишковою, так і з нормальною вагою, проте, тип С кровотечі вірогідно частіше зустрічався у дітей із ожирінням.

Мазур О.О., Яковець К.І., Калущкий І.В., Плаксивий О.Г. ДИСБІОТИЧНІ ЗМІНИ МІКРОБІОТИ ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУЇТ.

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Вищий державний навчальний заклад України
«Букovinський державний медичний університет»*

Досліджуваний контингент склали 81 хворий на хронічний гнійний верхньощелепний синуїт (ХГВС) в стадії загострення віком від 15 до 68 років без супутньої патології. Клінічно загострення ХГВС проявлялось типовими місцевими та загальними симптомами у всіх хворих. В постановці діагнозу враховували дані рентгенологічного дослідження, але основним критерієм для встановлення діагнозу була діагностично-лікувальна пункція верхньощелепної пазухи, проведена 81 хворому. При цьому оцінювали об'єм пазухи, який був зменшений у всіх обстежуваних та характер патологічного вмісту у промивній рідині. При поступленні в стаціонар у хворих на ХГВС в стадії загострення проводився забір гнійного ексудату із верхньощелепних пазух, який піддавався мікробіологічному дослідженню: здійснювалося виділення та ідентифікація мікроорганізмів, що персистували в ексудаті. В кожному патологічному матеріалі виявляли видовий склад та популяційний рівень життєздатних (колонієутворюючих) мікроорганізмів в 1 мл ексудату.

Результати виявлення видового складу мікрофлори ексудату з верхньощелепних пазух показали, що провідними мікроорганізмами, що виділяються із ексудату у хворих на ХГВС є str. pneumoniae, haemophilus influenzae, moraxella catarrhalis, st. aureus, pseudomonas aeruginosa та s. pyogenes, а також встановлено, що у частини хворих захворювання викликають асоціації умовно патогенних мікроорганізмів.

Враховуючи той факт, що значна кількість запальних процесів перебігає на фоні зниженої резистентності організму і дисбіотичних змін кишківника всім хворим з загостренням ХГВС проводили мікробіологічне дослідження порожнинного вмісту товстої кишки шляхом визначення видового складу та популяційного рівня автохтонних та алохтонних представників мікрофлори фекалій з наступним встановленням ступеня дисбіотичних змін.

Результати мікробіологічного дослідження демонструють характерні зміни у видовому складі анаеробної та аеробної автохтонної, факультативної й алохтонної мікрофлори вмісту порожнини товстої кишки, значно відрізняючись від показників видового складу мікрофлори порожнини товстої кишки у межах норми.

У хворих на ХГВС основну частину мікрофлори порожнини товстої кишки представляють бактероїди, лактобактерії, непатогенні кишкові палички, протеї. Однак, частота зустрічання та індекс постійності таких облигатних мікроорганізмів, як біфідобактерії та ентерококи, є значно нижчими, ніж у практично здорових осіб. Фізіологічно корисні біфідобактерії повністю елімінують з порожнини товстої кишки у 12,7% пацієнтів з синуїтом. На цьому тлі збільшується відсоток хворих, у яких висівалися факультативні умовно-патогенні анаеробні (пептокок, клостридії) та аеробні (стафілококи) бактерії. Цей факт обумовив необхідність визначення популяційного рівня усіх життєздатних мікроорганізмів, що висівалися з порожнинного вмісту товстої кишки хворих на ХГВС.

Характерним для мікробіоценозу порожнини товстої кишки пацієнтів з ХГВС є виражений дефіцит автохтонних облигатних фізіологічно корисних біфідобактерій та лактобактерій. Так, популяційний рівень біфідобактерій знижується на 51,04%, лактобактерій – на 23,46%. Разом з тим, кількість анаеробних грамнегативних бактероїдів та аеробних непатогенних кишкових паличок достовірно збільшується у вмісті порожнини товстої кишки (на 17,59% та 21,49% відповідно). Паралельно із зниженням біфідобактерій та лактобактерій у порожнини товстої кишки обстежених хворих зростає популяційний рівень факультативних умовно патогенних анаеробних та аеробних мікроорганізмів – клостридій, пептококу, протеїв, стафілококів.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що при ХГВС у всіх хворих формується кишковий дисбактеріоз або дисбіоз, основним чином II ступеню, за рахунок елімінації та вираженого дефіциту автохтонних життєвокорисних бактерій, що знижує імунний статус хворих, впливаючи на вираженість клінічних проявів основного захворювання, зокрема ХГВС, ускладнюючи його перебіг. Отримані результати будуть враховані при розробці лікувальної тактики у комплексній терапії хворих на ХГВС з системним використанням пробіотиків (Біфіформ, Лактовіт, Лінекс, Симбітер).

Marusyk U.I.

FEATURES ATOPIC REACTIVITY IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH SEVERE ASTHMA

*Department of Pediatrics and children infectious diseases
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

According to published data in 70-95% of children developing asthma that is difficult to treat. The ineffectiveness of inhaled corticosteroids, which is the basis of basic therapy of asthma, can be due, perhaps, the presence of different phenotypes of the disease, including phenotype "severe asthma". Assigning controlling asthma