

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет
Головне управління охорони здоров'я
Чернівецької облдержадміністрації
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинського державного медичного університету

НЕВИРШЕНІ ПИТАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

17-18 листопада 2011 року
м. Чернівці

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ



Невирішені питання бронхіальної астми в дітей // Тези доповідей науково-практичної конференції / Під редакцією проф. Колоскової О.К. – Чернівці, 17-18 листопада 2011. – 76 с.

Рецензенти:

Сорокман Т.В., д.мед.н., професор, зав.кафедри педіатрії та медичної генетики Буковинського державного медичного університету;

Толоріко Л.Д., д.мед.н., професор, зав.кафедри пульмонології та фізіотерапії Буковинського державного медичного університету.

У збірнику наведено результати наукових досліджень, присвячені актуальним питанням дитячої пульмонології та алергології, зокрема, проблемним аспектам клініки, діагностики, прогнозу та лікування бронхіальної астми та бронхообструктивного синдрому в дітей.

© Буковинський державний
медичний університет, 2011 р.

Зміст

Абрахманов К.Б., Исангужина Ж.Х., Агамова С.Ж., Алтыбаева А.С., Тулегенза Г.А., Бекниязов Д.К. Исход и прогноз у детей, перенесших в раннем возрасте острый обструктивный бронхит	7
Бабак М.Л. Изменение гормонального статуса детей, страдающих бронхиальной астмой	8
Безруков Л.О., Колоскова О.К., Богущька Н.К., Парас М.Н. Особливості щорічного алергічного риніту, спричиненого сенсibiliзацією до клітків домашнього шпиду, в дітей з інтермітувальною та персистувальною бронхіальною астмою	9
Безруков Л.О., Галушчинська А.В., Шевченко Н.О. Показники інфламатометрії дихальних шляхів у дітей, хворих на бронхіальну астму	10
Безруков Л.О., Колубакіна Л.В., Хільчевська В.С. Роль параклінічних показників у прогнозуванні характеру перебігу бронхообструктивного синдрому в дітей	12
Безруков Л.О., Лотоцька О.Є. Показники лабільності бронхів у школярів із тяжкою та середньотяжкою персистувальною бронхіальною астмою	13
Безруков Л.О., Сажин С.І., Пилік-Яшенко М.О. Динаміка якості життя підлітків, хворих на бронхіальну астму, за альтернативних режимів базисної протизапальної терапії	13
Безрукова Т.Л., Колубакіна Л.В., Хільчевська В.С., Власова О.В. Діагностична цінність показників кінцевого метаболізму гранулоцитів крові в прогнозуванні характеру перебігу бронхообструктивного синдрому в дітей	15
Бєлашова О.В. Оцінка ефективності основних компонентів інтенсивної терапії нападу бронхіальної астми у дітей раннього віку.	16
Богущька Н.К. Гендерні особливості клінічно-психологічної характеристик школярів, хворих на бронхіальну астму, пов'язану з алергічним ринітом	17
Богущька Н.К., Чепура О.Я. Клінічно-психологічні аспекти діагностики тяжкого перебігу бронхіальної астми в дітей	18
Болтенков В.Л., Гук Л.І., Хуторна О.В., Парас М.Н. Діагностична цінність дозозалежної кривої у визначенні контролю тяжкої бронхіальної астми у школярів	20

Власова О.В., Белашова О.В. Оптимізація інтенсивної терапії перших нападів бронхіальної астми у дітей раннього віку за наявності прогностичних чинників їх несприятливого перебігу	21	Каспрук Н.М., Коваль Г.Д. Телефаст в лікуванні бронхіальної астми з алергічним ринітом	39
Воротняк Т.М., Балицька Я.А., Гомма Н.В. Верифікація пневмонії при нападах бронхіальної астми в дітей	22	Коваленко С.В. Ефективність застосування небулайзерних інгаляцій фліксотиду та будесоніду при загостренні бронхіальної астми у вагітних	40
Гарас М.Н. Особливості відповіді на лікування школярів, хворих на тяжку бронхіальну астму, залежно від фенотипових характеристик захворювання	24	Коваль Г.Д., Каспрук Н.М. Алергічні реакції на лікарські препарати у хворих на бронхіальну астму	41
Германенко И.Г., Сергієнко Е.Н. Катамнез дітей с респираторно-синцитіальною інфекцією	25	Кордунян Н.В., Марусук У.І. Протизапальний ефект нуклєїнату в лікуванні бронхіальної астми у школярів	42
Гончарук Р.І., Горбатюк І.Б., Донська Т.В. Імуномодулювальна терапія в лікуванні дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму	27	Крючко Т.О., Вовк Ю.О., Ткаченко О.Я., Рудяк Л.М. Особливості перебігу, діагностики та лікування генетично-детермінованої атопічної бронхіальної астми в дітей	43
Григола О.Г., Білоус В.В. Клінічні особливості загострення бронхіальної астми в дітей, залежно від активності запалення дихальних шляхів	28	Лагунова Н.В., Козачун В.Л. Психологіческая работа с детьми, больными бронхиальной астмой (коррекция внутренней картины болезни)	45
Грицюк М.М., Яниш М.О., Гарас М.Н., Гарас О.В. Метаболіти монооксиду нітрогену у школярів, хворих на бронхіальну астму: відображення тяжкості чи контролю?	30	Липко Л.Ю., Кордунян Н.В., Белашова О.В. Клінічно – імунологічні критерії несприятливого перебігу нападів бронхіальної астми у дітей раннього віку	46
Дмитриенская М.И., Морозова Е.Н. Показатели электрокардиограммы по данным суточного мониторирования у больных бронхиальной астмой	31	Літвінєш Л. Я. Клінічні маркери ступеня контролюваності бронхіальної астми в дітей	47
Іванова Л.А. Діагностична цінність інгаляційної провокаційної проби з гістаміном у підтвердженні бронхіальної астми фізичної напруги в дітей шкільного віку	33	Лотоцька О.С. Діагностична цінність біомаркерів запалення бронхів у школярів для верифікації тяжкої бронхіальної астми	49
Іванова Л.А. Реактивність дихальних шляхів у дітей з перестуючим перебігом бронхіальної астми пізнього початку	34	Марусук У.І. Оптимізація менеджменту бронхіальної астми у школярів із використанням стероїдзберігавальної терапії	50
Ісангужина Ж.Х., Ким С.В., Агзамова С.Ж., Алтыбаева А.С., Пуховикова Н.Н., Сундєтова Р.А. Прогноз течення гострого обструктивного бронхіта у дітей раннього вікста	35	Микалюк Л.В. Ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, за різного аєтїологічного фенотипу	51
Кабдукова О.К., Герасимова О.В., Поттєва Т.В., Чірка О.В., Марчук О.І. Кардіопротекторний ефект тіотриазоліну в дітей, хворих на неконтрольовану бронхіальну астму	37	Тарнавська С.І., Шахова О.О. Клінічні особливості перебігу бронхіальної астми у підлітків залежно від вікової трансформації захворювання	53
Каладзе Н.Н., Мурадосилова Л. И. Соединение адаптационных систем в периоде обострения бронхиальной астмы у детей	38	Тимченко О.Г. Антиоксидантний захист еритроцитів при астмі у дітей: варіабельність показників та вплив тіотриазоліну	54
		Толоріко Л.Д., Єременчук І.В., Підвербецька О.В., Микалюк Л.Д. Обґрунтування лікування запального процесу при бронхообструктивному синдромі	56
		Толоріко Л.Д., Шевченко О.С., Бойко А.В., Герман А.О. Психосоматичні та соматоспихічні синдроми при захворюваннях органів дихання	57

- Сажин С.І., Безрукова І.У., Друмова Н.С.
Діагностика рівня контролю бронхіальної астми в дітей шкільного віку за індексом Генслера 58
- Сорокман Т.В., Ластівка І.В., Поліщук М.І., Костецький І.М.
Епідеміологія та чинники уродженіх вад розвитку органів дихання у дітей Чернівецької області 59
- Сорокман Т.В., Ластівка І.В., Унгуран М.Д., Балицька Л.Ф.
Синдромологічний підхід до діагностики вродженіх вад розвитку органів дихання у дітей 61
- Хан М.А., Іванова Д.А., Лян Н.А., Хромов А.Н.
Импульсное низкочастотное электростатическое поле в комплексе лечения детей с бронхиальной астмой 63
- Харманська І.Б., Тарнавська С.І., Воротник Т.М.
Ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від активності запалення дихальних шляхів 65
- Хімчівська В.С., Іванова Л.А., Хуторна О.В.
Показники гіперсприйнятливості бронхів при соціофіліатому фенотипі бронхіальної астми у дітей 66
- Цареш Ю.А.
Ретроспективний 5-літній аналіз распространенности и особенностей вирус-индуцированной обструкции бронхов у детей 67
- Цимбаліста О.Л., Сем'яничук В.Б., Береза Т.Г., Вовк З.В., Марусик Б.Д.
Клініка, порушення в системі зовнішнього дихання при бронхіальній астмі у дітей з ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини 68
- Шахова О.О.
Параклінічні показники бронхіальної астми у підлітків за даними проспективного спостереження 69
- Шевченко Н.О., Бойчук Р.Р., Руснак І.М.
Спирографічні показники в дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, залежно від активності запалення дихальних шляхів 70
- Шевченко О.С., Фралова Т.В., Охнікіна О.В., Підвербешський О.Я.
Мікроселементні предиктори формування хронічного бронхіту у молодому віші 72
- Bezruk L.O., Koloskova O.K., Marusyk U.I.
What is role of nucleinat in complex control therapy of bronchial asthma in school-age children? 73

Абрахманов К.Б., Исангужина Ж.Х., Агзамова С.Ж.,
Алтыбаева А.С., Тулдегенова Г.А., Бекниязова Д.К.
**Исход и прогноз детей, перенесших в раннем
возрасте острый обструктивный бронхит**
ЗКТМУ им. М. Оспанова, Актюбе, Казахстан

Проблема исходов обструктивного бронхита — одна из важнейших в педиатрической практике. Изучение факторов, определяющих благоприятный или неблагоприятный прогноз заболевания до настоящего времени остается актуальным.

Литературные данные по этому поводу противоречивы. Ряд исследователей говорит о том, что даже однократно перенесенный обструктивный бронхит в раннем возрасте опасен из-за возможности рецидивирующего течения и в ряде случаев возможна трансформация в бронхиальную астму (Куличенко Т.В., 2000; Никифорова С.А., 2003; Дубровская А.М., 2007). Другие авторы указывают на возможность у половины больных с рецидивирующим бронхитом (и 47-57% случаев) развития бронхиальной астмы (Рожкова Л.В., 2000; Скачкова М.А., 2004; Лукашова И.В., 2005).

В связи с этим нами проведено ретроспективное когортное исследование 1500 детей, 1996-2006 годов рождения, для выявления детей, перенесших острый обструктивный бронхит в раннем детстве и дальнейшего катамнестического обследования с целью определения исхода острого обструктивного бронхита.

Выявление детей, перенесших обструктивный бронхит в раннем возрасте, проводилось при помощи тщательного сбора анамнестических данных, ретроспективного изучения медицинской документации о течении заболевания, оценки особенностей клинических проявлений в динамике.

В результате данного исследования выявлено 112 детей, перенесших обструктивным бронхитом в раннем возрасте.

Количество детей с острым обструктивным бронхитом в анамнезе достоверно было выше среди детей 2002, 2001, 1996, 1995 годов рождения, что составило (0,84±0,25)%, p<0,02; (0,91±0,26)%, p<0,02; (0,3±0,15)%, p<0,02; (0,38±0,17)%, p<0,05 соответственно.

Катамнестическое наблюдение за 112 детьми, имевшими в анамнезе обструктивный бронхит, позволило выявить некоторые особенности исходов заболевания.

Основным исходом острого обструктивного бронхита у детей явилось формирование бронхиальной астмы (БА) (15,7±5,9)% и рецидивирующего обструктивного бронхита (РОБ) 12,1±3,7%.

У троих детей бронхиальная астма сформировалась к 1-3 годам, а у двоих детей РОБ был поставлен уже к 2-3 годам. Однако при данном ретроспективном исследовании выявлено, что у большинства детей диагноз бронхиальной астмы выставлялся только к 5-6 году, после неоднократных эпизодов бронхообструкции.

В то же время, сам диагноз «рецидивирующий обструктивный бронхит» требует расшифровки, особенно у детей старше трех лет, под

терапії вважається зменшення кратності протизапальних препаратів – перехід на одноразовий добовий режим.

Мета дослідження: визначити ефективність одноразового режиму застосування інгаляційних кортикостероїдів у підлітків, хворих на бронхіальну астму, за динамікою якості життя підлітків.

Матеріал і методи. На базі пульмонологічного відділення КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» (м. Чернівці) з дотриманням принципів біоетики обстежено 40 дітей старшого шкільного віку, хворих на середньотяжку бронхіальну астму, що досягли контролю та потребували подальшого зниження дози інгаляційних глюкокортикостероїдів. Крім комплексного обстеження дітям визначали показник якості життя за опитувальником «Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire» (PAQLQ), запропонований E. Juniper. Анкета містить 23 питання, відповідь на кожне з яких оцінювалася від 1 (діти «вдихують» бронхіальну астму щоденно) до 7 (хвороба не турбує) балів. Анкета з якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму, охоплює три групи занятих, що стосуються симптомів астми, обмеження активності та емоційної сфери. У подальшому визначали середнє арифметичне значення загального показника якості життя підлітків. За допомогою таблиці випадкових чисел дітей розподілили на дві клінічні групи. Першу (I) групу сформували 20 дітей, яким подальше зниження добової дози препаратів відбулося за рахунок переходу на разовий режим, до другої (II) – увійшло 20 підлітків, яким зменшили щоденну дозу інгаляційних глюкокортикостероїдів зі збереженням кратності. Групи були зіставлявані за основними клінічними показниками. Через 12 тижнів проведено повторне анкетування. Результати обчислювали за допомогою методів біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження. Установлено, що при вихідному обстеженні значення PAQLQ дорівнювало 4,1±0,4 та 4,3±0,4 бала в групах порівняння ($P>0,05$). Через три місяці в обох клінічних групах спостерігалася тенденція до підвищення показника PAQLQ. В I клінічній групі PAQLQ становив у середньому 5,0±0,5, а в II – 4,8±0,6 бала ($P>0,05$).

При аналізі ефективності альтернативних методів моніторингу контролю бронхіальної астми з'ясовано, що зниження абсолютного ризику зменшення середнього арифметичного значення загального показника якості життя, що асоціювало з погіршенням перебігу захворювання, становило 8,3%, зниження відносного ризику – 25,0% (95% ДІ 18,8–34,7%) при мінімальній кількості хворих, яких необхідно пролікувати для досягнення одного позитивного результату – 4,0 (1,1–9,9).

Висновок. Одноразовий добовий режим застосування інгаляційних кортикостероїдів незначно переважає стандартну схему базисної терапії за покращанням показників якості життя підлітків, хворих на бронхіальну астму та може рекомендуватися в дітей даної вікової групи як метод моніторингу контрольованого варіанту захворювання.

Безрукова Т.Л., Колотакіна Л.В., Хіцькевська В.С., Власова О.В.
Діагностична цінність показників кисневозалежного метаболізму гранулоцитів крові у прогнозуванні характеру перебігу бронхообструктивного синдрому в дітей Буковинської державний медичний університет, Чернівці

Відповідно до загальної теорії бронхіальної астми, в основі її рецидивів лежить хронічне запалення бронхів, котре переважно визначається нейтрофіліями та еозинофіліями лейкоцитами. Виходячи з цього, проведено оцінку діагностичної і прогностичної цінності показників кисневозалежного метаболізму цих гранулоцитів крові стосовно повторних випадків бронхіальної обструкції (БО) в подальшому. Обстежено 315 пацієнтів, які лікувалися в ОДКЛ з приводу нападів БО. Сформовано дві клінічні групи спостереження. Групоформувальною ознакою була наявність чи відсутність рецидивів обструкції в дітей після комплексного лікування в стаціонарі. Першу групу сформували 129 хворих, у яких в процесі катamnестичного спостереження відмічалася нападів БО. До другої групи увійшли 186 дітей, в яких після комплексного лікування з стаціонару рецидивів захворювання не спостерігалось. За загальною клінічною характеристикою групи порівняння були зіставлявані.

У результаті проведеного обстеження виявлено підвищення показників кисневозалежного метаболізму еозинофілії лейкоцитів за даними спонтанного і стимульованого НСТ-тесту в дітей I групи спостереження, що становили 0,4±0,1 у.о. та 0,5±0,2 у.о. В пацієнтів, які увійшли до II групи – 0,3±0,1 у.о. та 0,3±0,1 у.о. відповідно ($P>0,05$). Показники кисневозалежної мікрообіжності нейтрофілії лейкоцитів крові за даними спонтанного НСТ-тесту у пацієнтів I групи становили 0,6±0,1 у.о., а в II групі – 0,5±0,1 у.о. Щодо показників стимульованого НСТ-тесту нейтрофілів, вони дорівнювали 0,5±0,1 у.о. в I групі та 0,8±0,1 у.о. у II групі ($P<0,05$).

Отже, у дітей, які страждали на БО після комплексного стаціонарного лікування, відмічена тенденція до підвищення показників активності кисневозалежного метаболізму еозинофілії лейкоцитів крові, що можна пояснити з позицій стимуляції цих ефекторних клітин алергічного запалення інтерлейкінами та цитокінами. Підвищення показників спонтанного та, особливо, стимульованого НСТ-тесту нейтрофілів частіше траплялося в дітей, у яких після комплексного лікування рецидивів БО не виникало, що, ймовірно, вказує на інфекційну природу бронхіальної обструкції.

Діагностична цінність показників кисневозалежного метаболізму еозинофілії та нейтрофілії лейкоцитів крові щодо повторних епізодів БО після стаціонарного лікування виявилася наступною: еозинофілії лейкоцитів: спонтанний НСТ-тест $>0,25$: суттєвість (СТ) – 28%, специфічність (СП) – 78%, передбачувана цінність позитивного результату (ПЦПР) – 80%, передбачувана цінність негативного результату (ПЦНР) – 25%, показник співвідношення шансів (СШ) (95% ДІ) – 1,4 (0,4–4,8). Стимульований НСТ-тест $>0,1$: СТ – 36%,

СП – 79%, ПЦПР – 83%, НЦПР – 29%, СШ (95% ДІ) – 2,1 (0,6-7,1). Показники діагностичної цінності нейтрофілічних гранулоцитів становили відповідно: спонтанний НСТ-тест >0,2: ЧТ – 36%, СП – 71%, ПЦПР – 67%, НЦПР – 41%, СШ (95% ДІ) – 1,4 (0,6-3,1). Стимульований НСТ-тест >0,2: ЧТ – 34%, СП – 77%, ПЦПР – 74%, НЦПР – 38%, СШ (95% ДІ) – 1,7 (0,6-4,7).

Отримані дані дають підстави вважати, що за наявності наведених показників киснезалежного метаболізму соєнофілічних лейкоцитів крові можна з помірним ступенем вірогідності спрогнозувати рецидивний характер синдрому в дітей раннього віку. Водночас, окремо взяті показники киснезалежної мікрообидності соєнофілічних та нейтрофілічних лейкоцитів крові недостатньо самостійно використовувати як вірогідні критерії ризику рецидивування БО в катанезі. Наведені імунологічні маркери слід розглядати як допоміжні, надаючи перевагу клінічним даним.

Бєлашова О.В.

Оцінка ефективності основних компонентів інтенсивної терапії нападу бронхіальної астми у дітей раннього віку
Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Питання терапії періоду нападу бронхіальної астми в дітей раннього віку є досить важливими, у зв'язку з частими випадками смерті дітей під час астматичних нападів. Пройдів місце в лікуванні нападів бронхіальної астми належить β_2 -агоністам короткої дії. Деякі автори вказують на підвищення ефективності лікування дітей раннього віку, хворих на бронхіальну астму, при комбінованому використанні разом із селективними β_2 -адренорміметиками антихолінергічних препаратів, системних глюкокортикостероїдів чи теофілілінів. Інші дослідники, навпаки, спростовують позитивний вплив зазначених комбінацій. Тому, метою роботи став аналіз ефективності лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, із використанням представлених комбінацій.

Обстежено 100 дітей раннього віку, хворих на бронхіальну астму, які проходили лікування в пульмонологічному відділенні ОДКЛ м. Чернівці. І клінічну групу сформували 55 дітей з наявністю при надходженні до стаціонару клінічно – параклінічних факторів ризику несприятливого перебігу нападу бронхіальної астми, у II групу увійшли 45 пацієнтів за їх відсутності. За основними клінічними характеристиками групи були істотнорозрізнялися. Ефективність стартової терапії оцінювали на 3-й і 7-й дні. При цьому враховували зниження атрбутивного (ЗАР) та відносного (ЗВР) ризиків тяжкості нападу бронхообструкції з урахуванням мінімальної кількості хворих, що їх слід пролікувати для отримання позитивного результату.

При аналізі тривалості лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, яким були використані різні варіанти дезобструктивної терапії (комбінації β_2 -агоністів з еуфіліном, із інгаляційними ГКС)

вірогідних відмінностей виявити не вдалось, як і в показниках зниження абсолютного та відносного ризику несприятливого перебігу нападу. Однак, слід відмітити, що ефективність лікування нападу бронхіальної астми навіть при одноразовому призначенні системних глюкокортикостероїдних препаратів підвищувалась, на що вказувало зниження показників атрбутивного (ЗАР=54,6%) та відносного (ЗВР=76,4%, 95% ДІ 58-74) ризиків несприятливого перебігу нападу, порівняно з лікуванням хворих, яким не призначалась зазначена комбінація (показники зниження ризиків становили відповідно – 46,4% та 68,2%, 95% ДІ 54-82), що підтверджує існуючі дані в літературі про позитивний вплив системних глюкокортикостероїдів на лікування нападу бронхіальної астми.

Таким чином, отримані дані дають можливість вважати, що навіть одноразове призначення системних глюкокортикостероїдних засобів збільшує ефективність лікування та може знизити частоту летальних випадків під час нападу бронхіальної астми у дітей раннього віку.

Богущак Н.К.

Гендерні особливості клінічно-психологічної характеристики шкільярів, хворих на бронхіальну астму, пов'язану з алергічним ринітом
Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Проведено комплексне клінічне обстеження (загально-клінічні, алергологічні та психологічні методи з оцінкою якості життя) 51 хлопчика та 24 дівчаток шкільного віку, хворих на персистувальну БА та алергічний риніт, а також психологічне тестування їх батьків (PARI, опитувальник А.Я. Варга, В.В. Столін).

Незважаючи на відсутність відмінностей за тяжкістю і контрольно-діястю перебігу БА (у т.ч. показниками тиску і виразності запалення), а також особливостями суттєвої особистості та сімейної алергічної обтяженості, перинатальним, вакцинальним динамічним, соціально-економічними показниками родин, уділяток більш істотною виявився показник лабільності бронхів (40,9±29,6 проти 22,0±19,5% (p<0,02) переважно за рахунок індексу бронходилатантації. Для контролю над симптомами астми дівчатка частіше застосовували бронходилатативні інгаляційні засоби – 4,4±2,2 проти 3,2±1,7 інгаляцій (p<0,03), а також утримували частіше використовували інгалятори профілактично (1,5±2,4 проти 0,5±1,0 інгаляцій (p<0,02).

За особистісними (алекситимія, рівень тривожності, у т.ч. реактивної і шкільної) та сімейними (сталення матері до сімейної ролі, емоційний контакт із дитиною, концентрація на дитині тощо) психохарактеристиками гендерних відмінностей в групах не виявлено. У дівчаток достовірно різше спостерігали істотні порушення поведінки, що з'являлись після діагностування БА, однак їх батьки дещо частіше мали підвищену тривожність, усвідомлюючи ймовірну загрозу життю дитини через хворобу, та в родині дівчаток достовірно вищою була обтяженість супутніми фобіями. Тип реакції на хворобу дівчаток, на