

и механизмах ее развития, методов контроля проходимости бронхов усугубляют течение и прогноз бронхиальной астмы. Появление новых подходов к терапии бронхиальной астмы раскрывает более широкие возможности в осуществлении контроля над течением данного заболевания. Наиболее оптимальным в лечении бронхиальной астмы является шаговый (ступенчатый) подход, предусматривающий терапевтическую тактику в зависимости от степени тяжести заболевания. Важным моментом такого подхода является его доступность, но обязательным его компонентом должна быть образованность родителей ребенка, страдающего бронхиальной астмой о самой болезни и данном методе. Поэтому очень важным направлением в ведении таких детей является создание образовательных программ по бронхиальной астме и обучение по ним в "Астма-школе" как родителей, так и детей.

Такой комплексный подход к ведению детей с бронхиальной астмой позволяет значительно уменьшить количество обострений, госпитализаций и, в конечном итоге, качество жизни больных детей.

## **КІЛЬКІСНІ ТА ЯКІСНІ ПАРАМЕТРИ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ РАНЬОЇ АНЕМІЇ НЕДОНОШЕНИХ**

Лоза С.М, аспірант

Керівник - проф., д.м.н. Маркевич В.Е.

Кафедра педіатрії № 2

Визначення кількісних та якісних параметрів червоної крові проводилось у 87 недоношених дітей (НН) різного ступеню недоношеності за допомогою автоматичного аналізатора крові "Minos/stex" (Франція). Дослідження проводились на 7-10, 25-30, 35-40-й день та наприкінці 2-го місяця життя.

Приймаючи в якості критерія ранньої анемії недоношених (РАН) рівень HGB нижче 120 г/л, її розвиток діагностували у 55,2

% дітей. При цьому анемія розвивається у 36,8 % НН I ступ., у 51,6 % НН II ступ. та у 94,4% НН III-IV ступ. Початкові прояви РАН в усіх дітей мають місце у віці 25-30 днів, поступово наростають до 35-40-го дня, а наприкінці 2-го місяця життя досягають максимальної вираженості лише у НН III-IV ступ. У НН I та II ступ. РАН має більш доброякісний перебіг, а у НН III-IV ступ. набуває схильності до прогресування з формуванням анемії тяжкого ступеню.

В цілому для РАН характерне значне падіння рівня гемоглобіну, зниження кількості еритроцитів та гематокригної величини. Еритроцитарні індекси в початкових проявах анемії характеризуються збільшенням об'ємом та гіперхромією еритроцитів, незначним анізоцитозом, що наближає РАН до макроцитарної, гіперхромної та норморегенераторної анемії. Надалі, з 35-40 дня по 2 місяць життя, нормальний середній об'єм еритроцитів, достатня насиченість еритроцитів гемоглобіном, неоднорідний клітинний склад крові з відсутністю молодих, великих за об'ємом форм з підвищеним вмістом гемоглобіну вказує на нормоцитарний, нормохромний та гіпорегенаторний характер РАН

## **АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ.**

Журавель В.Г.

Сумська міська дитяча клінічна лікарня, поліклінічне відділення

Обстеження проведено у 216 дітей 6-15 років, відчуваючих тривалий вплив малих доз радіонуклідів  $Cs^{137}$  та  $Cs^{134}$  (1,01-1,35 Ки км<sup>2</sup>) та техногенного забруднення (свинцю, хрому, цинку, нікелю). Контрольну групу склали 85 дітей того ж віку, які мешкали в вільному від радіаційного та техногенного забруднення районі.