

ВИВЧЕННЯ ЧИННИКІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ РИЗИКОМ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

О.Б. Олексюк (Київ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Резюме. Наведено результати соціологічного опитування батьків дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні у міській дитячій лікарні з діагнозом «Бронхіальна астма» (БА). Встановлено поширеність ендо- та екзогенних чинників розвитку хвороби у дітей. Вивчено шляхи скерування пацієнтів на госпіталізацію, перебування дітей під диспансерним спостереженням у різних лікарів-спеціалістів, особливості лікувально-профілактичної допомоги на первинному рівні, які мають безпосередній вплив на госпіталізацію дітей.

Ключові слова: запобіжна госпіталізація, бронхіальна астма, організація лікувально-профілактичної допомоги на первинному рівні, діти.

Одним із основних завдань довготривалого лікування хворих на БА є уникнення їх госпіталізації. В Україні витрати на госпіталізацію осіб, які страждають на БА, становлять при легкому перебігу хвороби 24,6%, середньотяжкому – 11,0%, тяжкому перебігу – 12,6% загальних прямих витрат на лікування хвороби [4].

За даними МОЗ, у 2009 р. рівень поширеності БА в Україні склав 5,78, а захворюваності – 0,54 на 1000 дітей віком 0–17 років [6]. Протягом останніх років ці показники не мали тенденції до зниження. Частота госпіталізації українських дітей з приводу БА майже вдвічі вища порівняно з показниками США, при тому, що рівень поширеності цієї патології серед дітей України у 15,6 разу нижчий, ніж у США [2; 21; 22]. При БА стаціонарне лікування американської дитини триває в середньому 4,6 дня [23], а української – 11,2 дня [2].

Бронхіальна астма входить до переліку причин запобіжної госпіталізації (госпіталізації з приводу станів, лікування яких є можливим в амбулаторних умовах), тобто таких діагнозів, при яких госпіталізації можна було б уникнути, якби пацієнт своєчасно отримав ефективну медичну допомогу на первинному рівні [3].

Частота госпіталізації дітей у зв'язку з БА входить до показників якості меддопомоги, запропонованих Американською агенцією досліджень у галузі охорони здоров'я та якості (AHRQ) [17] і Організацією економічного співробітництва та розвитку (OECD) [12].

Мета роботи – вивчити поширеність екзо- та ендогенних чинників розвитку БА у дітей (0–17 років) і фактори, пов'язані з ризиком госпіталізації з приводу цієї хвороби.

Матеріали та методи

Анкетування батьків дітей, які протягом 2009–2010 рр. перебували на стаціонарному лікуванні у міській дитячій клінічній лікарні м. Львова (МДКЛ) з клінічним діагнозом «Бронхіальна астма» (МКХ-10 – J45).

Результати дослідження та їх обговорення

Опитано батьків 200 дітей, госпіталізованих до МДКЛ з приводу БА без інших захворювань легень або супутніх важких хвороб. Усі батьки у перші три дні з моменту надходження дитини до стаціонару опитані з використанням розробленого нами опитувальника.

Серед дітей переважали хлопці – 63,0±3,4% (p<0,001). Середнє арифметичне віку дітей (M±m) – 10,6±0,3 року (2–17 років). Розподіл дітей за статтю та їх середній вік не різнилися з відповідними показниками усього контингенту госпіталізованих до стаціонару МДКЛ з приводу БА протягом року.

Статистично вірогідної різниці між середнім віком хлопчиків (10,9±0,4 року) та дівчаток (10,0±0,5 років) не зафіксовано. Розподіл дітей за віковими групами, згідно з класифікацією В. Г. Майданника [1], наведено на рис. 1.

Кількість дітей, охоплених обстеженням, статистично вірогідно зростала зі збільшенням їхнього віку (r=0,63; p<0,01).

Переважна більшість дітей (83,0±2,7%) проживала у м. Львові, 9,0±2,0% – в інших містах Львівської області та 8,0±1,9% – у сільській місцевості. Статистично

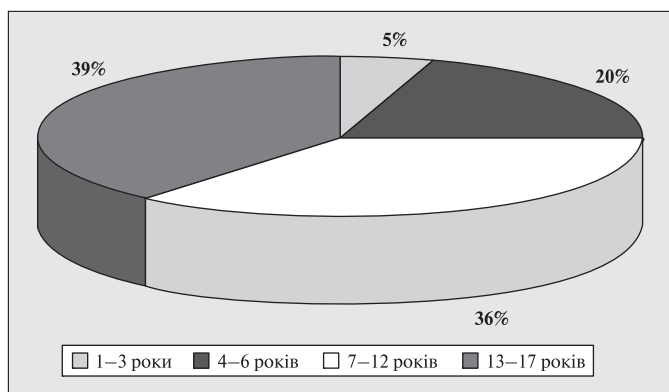


Рис. 1. Розподіл дітей, охоплених анкетуванням, за віковими групами

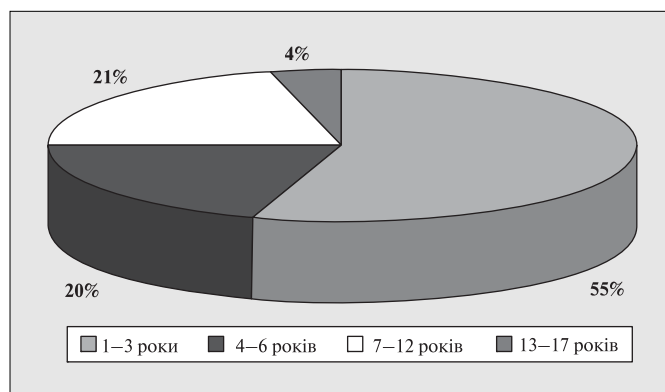


Рис. 2. Розподіл опитаних дітей залежно від віку, коли поставлено діагноз «Бронхіальна астма»

вірогідних різниць між середнім віком дітей залежно від місця проживання не встановлено.

Серед опитаних $65,0 \pm 3,4\%$ дітей за місцем проживання зазнавали впливу шкідливих факторів довкілля ($14,0 \pm 2,5\%$ проживали в умовах загазованості, $10,0 \pm 2,1\%$ – шуму, а $41,0 \pm 3,5\%$ – і загазованості, і шуму).

Разом із матір'ю та батьком проживали $84,0 \pm 2,6\%$ дітей, тільки з матір'ю – $14,0 \pm 2,5\%$, без батьків, з іншими родичами – $2,0 \pm 3,5\%$. У середньому у сім'ях опитаних, разом із госпіталізованими, було $1,6 \pm 1,1$ неповнолітніх дітей. Окрему кімнату мали $45,0 \pm 3,5\%$ дітей, проживали разом з іншими членами сім'ї – $55,0 \pm 3,5\%$. Середня кількість осіб у кімнаті, де проживали госпіталізовані діти, – $2,7 \pm 0,1$ (від двох до п'яти осіб у кімнаті, враховуючи опитану дитину).

Вплив несприятливих чинників житла відчували $12,0 \pm 2,2\%$ дітей: у $7,0 \pm 1,8\%$ квартир опитаних був грибок на стінах, у $1,0 \pm 1,8\%$ затікали стіни, у $1,0 \pm 1,8\%$ був грибок і затікали стіни, у $3,0 \pm 1,2\%$ була сирість.

Парове опалення мали $67,0 \pm 3,3\%$ квартир респондентів, газове пічне – $22,0 \pm 2,9\%$, автономне газове – $11,0 \pm 2,2\%$.

Контактували з домашніми тваринами, птахами або рибами $21,0 \pm 2,9\%$ дітей.

Більшість ($88,0 \pm 2,3\%$) дітей часто контактували з іншими дітьми, які мали гострі респіраторні інфекції. Не наражались на інфікування тільки діти дошкільного віку, які не відвідують дитячі садки.

Усі опитані батьки стверджували, що їхні діти не курять. Встановлено, що 28 ($14,0 \pm 2,5\%$) дітей зазнавали впливу пасивного куріння, а саме у присутності 20 ($10,0 \pm 2,1\%$) дітей курив батько, 4 ($2,0 \pm 1,0\%$) – батько і мама, 4 ($2,0 \pm 1,0\%$) – члени сімей опікунів дітей. Слід зазначити, що батьки, які курили у присутності дітей, мали вищу та середню освіту. Так, серед татів, які наражали дітей на пасивне вживання тютюну, 6 мали вищу, а 14 – середню освіту. У сім'ях, де курять і тато, і мама, 2 мами мали вищу освіту, а 2 мами і 4 тати – середню освіту.

У таблиці 1 наведено інформацію щодо поширеності ендогенних чинників ризику БА серед дітей. Більшість ($53,7 \pm 3,6\%$) опитаних дітей мали обтяжену спадковість по алергії, у т.ч. алергічні захворювання тільки по лінії матері спостерігалась у кожній четвертій дитині ($25,3 \pm 3,2\%$), у $23,7 \pm 3,1\%$ дітей алергічні захворювання мали родичі тільки по лінії батька, а у $5,2 \pm 2,6\%$ – по лінії матері і батька.

В умовах професійних шкідливостей працюють (працювали) $5,2 \pm 1,6\%$ матерів, $6,9 \pm 1,9\%$ татів і $2,3 \pm 1,1\%$ обох батьків опитаних дітей (табл. 1).

Більшість ($52,2 \pm 3,7\%$) дітей страждала на діатез після виписки з полового будинку. На момент опитування $66,5 \pm 3,3\%$ дітей мали алергію: $19,0\%$ – на медикаменти, $24,5 \pm 3,0\%$ – на харчові продукти, $45,0 \pm 3,5\%$ – на інші алергени (найчастіше, пил, побутові алергени, запахи, грибки).

Часто (три і більше разів на рік) хворіли на гострі респіраторні захворювання $84,0 \pm 2,6\%$ дітей, а $51,0 \pm 3,5\%$ мали супутні хронічні захворювання, серед яких найбільш поширеними були хронічні хвороби мигдаликів ($40,0 \pm 3,5\%$ дітей), карієс зубів ($13,0 \pm 2,4\%$) та гельмінтози ($6,0 \pm 1,7\%$). Слід зазначити, що $37,5 \pm 3,4\%$ дітей страждали на одне хронічне захворювання (крім БА), $11,5 \pm 2,4\%$ – на два, $1,0 \pm 0,7\%$ – на три і $1,0 \pm 0,7\%$ – на чотири.

На рис. 2 наведено розподіл дітей залежно від віку, коли їм було поставлено діагноз «БА».

Як випливає із наведених даних, серед опитаних не було дітей, які захворіли у віці до 1 року, а $55,0 \pm 3,5\%$ опитаних захворіли на БА у віці 1–3 роки. Медіана віку, при якому діти захворіли на БА, становила 3,25 року (інтерквартильний розмах – 4,75 року). Середнє арифметичне тривалості БА у дітей – $5,8 \pm 0,3$ року.

Знизити ризик госпіталізації дітей хворих на БА можна шляхом забезпечення доступності та якості медичної допомоги, що надається пацієнтам на первинному рівні [9; 10; 13; 14; 18; 21; 24]. Систематичне проведення базисної терапії дає змогу контролювати пе-

Таблиця 1

Поширеність ендогенних чинників ризику серед дітей, госпіталізованих з приводу бронхіальної астми (відсоток дітей, які мають даний чинник, від числа осіб, які відповіли на запитання про наявність даного чинника)

№ пор.	Ендогенні чинники	%
1	Алергічні захворювання родичів тільки по лінії матері:	25,3±3,2
1.1	– у т. ч. алергічні захворювання у матері	20,0±2,9
2	Алергічні захворювання родичів тільки по лінії батька:	23,7±3,1
2.1	– у т. ч. алергічні захворювання у батька	17,2±2,8
3	Алергічні захворювання родичів по лінії матері і батька:	5,2±2,6
3.1	– у т. ч. алергічні захворювання у матері та батька	4,3±1,5
4	Тільки мати дитини працює в умовах професійних шкідливостей	5,2±1,6
5	Тільки батько дитини працює в умовах професійних шкідливостей	6,9±1,9
6	І мати, і батько дитини працюють в умовах професійних шкідливостей	2,3±1,1
7	Наявність у дитини діатезу після виписки із пологового будинку	52,2±3,7
8	Наявність у дитини алергії:	66,5±3,3
8.1	– у т. ч. алергії на медикаменти	19,0±2,8
8.2	– у т. ч. алергії на харчові продукти	24,5±3,0
8.3	– у т. ч. алергії на інші чинники	45,0±3,5
9	Часто (3 і більше разів протягом останнього року) хворіли на гострі хвороби органів дихання	84,0±2,6
10	Страждають на супутні хронічні захворювання:	51,0±3,5
10.1	– у т. ч. хронічні хвороби мигдаликів	40,0±3,5
10.2	– у т. ч. карієс зубів	13,0±2,4
10.3	– у т. ч. гельмінтози	6,0±1,7
10.4	– у т. ч. хронічні інфекції носоглотки	4,0±1,4
10.5	– у т. ч. гастрити	2,0±1,0
10.6	– у т. ч. atopічний дерматит	1,0±0,7
10.7	– у т. ч. дискінезії жовчного міхура	1,0±0,7

ребіг БА та запобігає загостренню [5; 8; 10; 11; 19]. Регулярні огляди хворих пацієнтів лікарями первинного рівня [8], розробка індивідуальних планів лікування дітей при нападі астми та їх виконання батьками [16; 18; 24], раціональна фармакотерапія при нападі та своєчасне звернення до лікаря первинного рівня [7; 10; 18; 19] зменшують ризик госпіталізації. Дослідження G. Flores et al [15] показало, що частота запобіжної гос-

піталізації з приводу БА зростає серед дітей, яких перед госпіталізацією не оглядав лікар первинного рівня, або батьки яких не консультувались з лікарем щодо необхідності госпіталізації дитини. Показник запобіжної госпіталізації можна було б знизити за рахунок підвищення санітарно-освітнього рівня батьків та дітей, який стосується особливостей перебігу та лікування БА, необхідності постійного спостереження за станом

Таблиця 2

Розподіл і середній вік дітей за шляхами їх скерування до стаціонару

Скерування	Абс.	%	Середній вік дітей (M±m) років
Самозвернення	36	18,0±2,7	9,2±0,9
Швидка допомога	14	7,0±1,9	7,3±0,9
ЛПЗ (усі)	144	72,0±3,2	11,0±0,3
у т. ч. консультативна поліклініка МДКЛ	46	23,0±3,0	10,4±0,6
у т. ч. інші ЛПЗ	98	49,0±3,5	11,2±0,4
Військкомат	6	3,0±1,2	16,3±0,3
Усього	100	100,0	10,6±0,3

здоров'я та уникнення дії тригерних чинників [15; 19], серед яких суттєву роль відіграє куріння батьків [9; 19], простудні [20] та супутні захворювання [7].

Найчастіше (72,0±3,2% усіх опитаних) діти госпіталізувались за скеруванням лікарів лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), серед них 23,0±3,0% направлені на стаціонарне лікування лікарями консультативної поліклініки МДКЛ, а 49,0±3,5% – лікарями первинного рівня за місцем проживання дітей. На прохання батьків госпіталізовано 18,0±2,7% дітей, а 7,0±1,9% пацієнтів доставлено каретою швидкої допомоги (табл. 2). На прохання батьків та лікарями швидкої допомоги скеровувались до стаціонару діти, які були молодшими (відповідно 7,3±0,9 та 9,2±0,9 року) за тих, які скеровувались лікарями первинного рівня, (11,2±0,4 року; $p < 0,05$).

Статистично вірогідної різниці між віком дітей, госпіталізованих на прохання батьків (9,2±0,9 року) та скерованих лікарями швидкої допомоги (7,3±0,9 року), не виявлено ($p > 0,05$).

Серед 98 скерувань, виданих лікарями ЛПЗ первинного рівня, 46,9±5,0% виписані алергологами поліклінік, 26,5±4,5% – дільничними педіатрами, 12,2±3,3% – дільничними сімейними лікарями, 10,2±3,1% – педіатрами поліклінік, 4,1±2,0% – сімейними лікарями поліклінік.

За даними опитування, середня кількість загострень БА у дітей становила 1,8±0,1 разу, а час від останньої госпіталізації у зв'язку із БА – 8,9±0,9 місяця.

Шести опитаним дітям (3,0±1,2%) діагноз БА вперше поставлено при даній госпіталізації. Решта опитаних (194 особи) у зв'язку з БА перебувала під диспансерним спостереженням у лікарів-спеціалістів

різних ЛПЗ. Як видно із даних рис. 3, більшість (81,4±2,8%) дітей перебували під диспансерним спостереженням лікарів ЛПЗ за місцем проживання (34,0±11,6% – дільничного педіатра, 17,5±2,7% – сімейного лікаря, 29,9±3,3% – алерголога поліклініки), а 18,6±2,8% – під спостереженням алерголога консультативної поліклініки МДКЛ. Із 36 дітей, які спостерігались алергологом консультативної поліклініки МДКЛ, 32 (88,9±5,2%) особи проживали у м. Львові, а 4 (11,1±5,2%) особи – у селах Львівської області.

Розподіл дітей, які перебували під диспансерним наглядом лікарів різних спеціальностей, за шляхами їх скерування на стаціонарне лікування наведено у табл. 3.

При порівнянні показників табл. 3 статистично вірогідних різниць між частотою скерувань різними шляхами дітей на госпіталізацію дільничними педіатрами та сімейними лікарями не виявлено ($p > 0,05$). Статистично вірогідних різниць у частоті доправлення

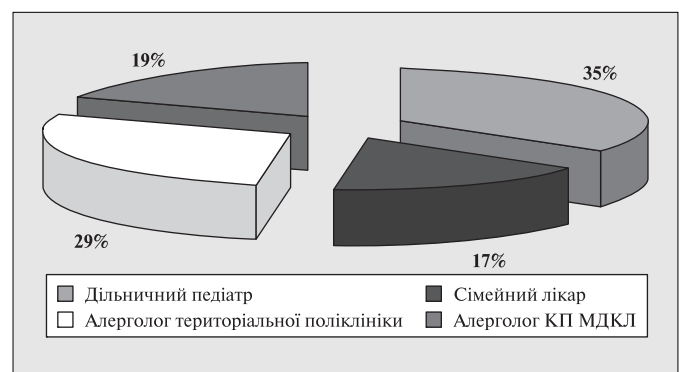


Рис. 3. Розподіл дітей за спеціальностями лікарів-спеціалістів, у яких вони перебували під диспансерним спостереженням

Таблиця 3

Розподіл дітей, які перебували під диспансерним наглядом лікарів різних спеціальностей, за шляхами їх скерування на стаціонарне лікування (без дітей, скерованих військкоматом)

Скерування	Диспансерне спостереження проводив							
	дільничний педіатр		сімейний лікар		алерголог територіальної поліклініки		алерголог консулат. поліклініки МДКЛ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самозвернення	18	27,3±5,4	8	25,0±7,7	8	14,8±4,8	2	5,6±3,8
Швидка допомога	6	9,1±3,5	4	12,5±5,8	4	7,4±3,6	0	2,6±2,5
Лікувально-профілактичні заклади (усі)	42	63,6±5,9	20	62,5±8,6	42	77,8±5,7	34	94,4±3,8
у т.ч. консультативна поліклініка МДКЛ	8	12,1±4,0	6	18,8±6,9	0	1,8±1,8	30	83,3±6,2
у т.ч. інші ЛПЗ	34	51,6±6,2	14	43,8±8,8	42	77,8±5,7	4	11,1±5,2
у т.ч. скеровані спеціалістом, який проводив диспансерне спостереження	14	21,2±5,0	6	18,8±6,9	26	48,1±6,8	30	83,3±6,2
Усього	66	100,0	32	100,0	54	100,0	36	100,0

дітей, які знаходяться під диспансерним наглядом у різних лікарів-спеціалістів, швидкою допомогою не встановлено ($p > 0,05$).

Як дільничні педіатри, так і сімейні лікарі своїх диспансерних хворих статистично вірогідно рідше самі скеровували до стаціонару порівняно з алергологами поліклінік ($p < 0,05$) та консультативної поліклініки МДКЛ ($p < 0,01$). Найчастіше (83,3±6,2%) серед усіх лікарів алергологи консультативної поліклініки МДКЛ самі скеровували своїх диспансерних хворих на госпіталізацію ($p < 0,01$).

Батьки дітей, які знаходились під диспансерним спостереженням дільничних педіатрів або дільничних сімейних лікарів, частіше самі звертались до МДКЛ з проханням госпіталізувати їхніх дітей, порівняно з батьками дітей, диспансерний нагляд за якими проводили алергологи поліклінік та консультативної поліклініки МДКЛ ($p < 0,05$). Диспансерні хворі дільничних педіатрів та сімейних лікарів також частіше госпіталізувались за скеруванням алергологів консультативної поліклініки МДКЛ, ніж діти, які спостерігались алергологами поліклінік ($p < 0,05$).

Усі діти отримували лікарські засоби з профілактичною метою, та їхні батьки намагались усунути вплив алергенів на них. Відвідували лікаря з профілактичною метою 93,8±1,7% пацієнтів. За даними опитування, переважна більшість (92,8±0,2%) дітей протягом життя отримувала гормональні препарати, а також лікарські засоби безпосередньо перед госпіталізацією до стаціонару (84,0±2,7%).

Більшість (82,0±2,7%) батьків задоволені медичною допомогою, яку їхні діти отримують на первинному рівні, 3,0±1,2% – дуже задоволені, а тільки 15,0% опитаних – незадоволені. Найвищий відсоток задоволених і дуже задоволених медичною допомогою батьків зафіксовано серед жителів м. Львова (88,0±2,3%), найнижчий – серед сільських жителів (62,5±12,5%). Різниця між ними була статистично вірогідною ($p = 0,006$). Відсоток задоволених і дуже задоволених серед жителів інших міст (77,8±10,1%) статистично вірогідно не різнився від показників як серед жителів м. Львова, так і сільських жителів.

Відсоток незадоволених був статистично вірогідно вищим серед пацієнтів, які перебували під диспансер-

ним спостереженням дільничних педіатрів і сімейних лікарів (23,1±4,1%), порівняно з тими батьками, діти яких спостерігались алергологами поліклінік (6,7±4,1%) та алергологами консультативної поліклініки МДКЛ (5,6±3,8%) ($p < 0,05$).

Як задоволені, так і незадоволені батьки періодично мали труднощі з отриманням медичної допомоги на первинному рівні. Так, при спостереженні дітей дільничними педіатрами та сімейними лікарями на труднощі скаржились 30,8±4,5% батьків, алергологами поліклінік – 20,0±5,2% батьків, алергологами консультативної поліклініки МДКЛ – 2,8±2,7% батьків. Відсоток батьків, які мали труднощі при отриманні меддопомоги в консультативної поліклініки МДКЛ, статистично вірогідно був нижчим ($p < 0,05$) за відповідні показники при отриманні меддопомоги в територіальних поліклініках, незалежно від того, який лікар-спеціаліст вів диспансерне спостереження. Статистично вірогідної різниці між відсотками батьків, які мали труднощі при отриманні первинної меддопомоги дітьми, що перебували під диспансерним спостереженням дільничних педіатрів/сімейних лікарів і алергологів поліклінік, не виявлено ($p = 0,13$).

При переліку труднощів, які зазнавали діти при отриманні допомоги на первинному рівні, батьки вказували на: неможливість провести в поліклініці необхідні функціональні (70,5±6,9%) та лабораторні (13,6±5,2%) обстеження; незбіг графіків роботи педіатрів і лікарів-спеціалістів поліклінік (54,5±7,5%); черги до лікарів (34,1±7,1%); роботу лабораторій поліклінік тільки в окремі дні тижня (29,5±6,9%); відсутність лікарів-спеціалістів у поліклініці (27,2±6,7%).

Серед опитаних батьків дітей, у яких діагноз захворювання поставлено не вперше при даній госпіталізації, 97,9±1,0% знали, що робити при нападі астми, і мали необхідні лікарські засоби. Тільки батьки 4 дітей такими знаннями не володіли. Слід зазначити, що середня тривалість БА у цих дітей становила 1,2±0,5 року, що було статистично вірогідно менше ($p = 0,02$), ніж такий же показник у дітей, батьки яких знали, що робити при нападі астми, (6,1±0,3 року). Переважна більшість (92,8±1,9%) батьків позитивно відповіли на запитання, чи їх діти мають спейсер, 3,1±1,2% відповіли негативно, а 4,1±1,4% зазначили, що спейсер їхнім дітям не потрібний.

За відповідями батьків, діти отримали ліки в середньому через 14,9±1,4 хв. (медіана дорівнювала 15,0 хв.), до лікаря звернулись через 17,9±1,4 год. (медіана дорівнювала 12,0 год.), а госпіталізовані до стаціонару МДКЛ через 35,6±2,9 год. (медіана дорівнювала 20,0 год.) від початку нападу БА. Діти, госпіталізовані на прохання батьків, статистично вірогідно швидше (через 13,3±0,5 хв.) отримали від батьків ліки, ніж доставлені каретою швидкої допомоги (через 16,7±0,8 хв.) або направлені лікарями ЛПЗ (через 14,9±0,4 хв.) ($p < 0,05$),

однак ці батьки статистично вірогідно пізніше звернулись з дітьми до лікаря (через 28,6±5,5 год.), ніж батьки дітей, скерованих до стаціонару лікарями ЛПЗ (через 14,7±0,7 год.), ($p < 0,001$).

При скеруванні на госпіталізацію лікарі ЛПЗ оглядали 95,8±1,7% дітей. Шестеро дітей (4,2±1,7%) отримали скерування лікарів госпіталізацію без огляду.

На думку опитаних батьків, тільки 6,2±1,7% дітей могли б обійтись без госпіталізації до стаціонару.

Висновки

Проведено соціологічне дослідження дітей, госпіталізованих з приводу БА, показало, що 65,0±3,4% з них за місцем проживання зазнавали впливу шкідливих факторів довкілля, 12,0±2,2% – несприятливих чинників житла. Кожна п'ята (21,0%) дитина контактувала з домашніми тваринами, птахами або рибами, 14,0±2,5% зазнавали впливу пасивного куріння.

Опитування виявило велику поширеність ендогенних чинників ризику БА серед дітей: 53,7±3,6% мали обтяжену спадковість по алергії, 52,2±3,7% страждали на діатез після виписки з полового будинку, а на момент обстеження 66,5±3,3% мали алергію.

В умовах професійних шкідливостей працюють/працювали 5,2±1,6% матерів, 6,9±1,9% татів і 2,3±1,1% обох батьків опитаних дітей.

Часто (три і більше разів на рік) хворіли на гострі респіраторні захворювання 84,0±2,6% дітей, а 51,0±3,5% мали супутні хронічні захворювання, серед яких найбільш поширеними були хронічні хвороби мигдаликів (40,0±3,5% дітей), карієс зубів (13,0±2,4%) та гельмінтози (6,0±1,7%).

Переважна більшість (80,9±2,9%) опитаних пацієнтів у зв'язку з БА перебували під диспансерним спостереженням лікарів первинного рівня (31,5±3,5% – дільничних педіатрів, 17,0±2,7% – сімейних лікарів, 28,7±3,3% – алергологів територіальних поліклінік). Диспансеризацію 19,1±2,9% хворих фактично проводили алергологи консультативної поліклініки МДКЛ. Однак відсоток дітей, скерованих до стаціонару лікарями первинного рівня за їх місцем проживання, становив лише 49,0±3,5%, у т.ч. 30,3±3,5% – лікарями первинного рівня, які проводили їх диспансеризацію. Решта опитаних скеровані лікарями консультативної поліклініки МДКЛ (23,0±3,0%), госпіталізовані на прохання батьків (18,0±2,7%) та доставлені каретою швидкої допомоги (7,0±1,9%).

Як дільничні педіатри, так і сімейні лікарі статистично вірогідно рідше (відповідно 21,2±5,0% та 18,8±6,9%) самі скеровували до стаціонару своїх диспансерних хворих порівняно з алергологами поліклінік (48,1±6,8%) та консультативної поліклініки МДКЛ (83,3±6,2%), ($p < 0,05$).

Батьки дітей, які знаходились під диспансерним спостереженням дільничних педіатрів або дільничних

сімейних лікарів, частіше самі звертались до МДКЛ з проханням госпіталізувати їхніх дітей порівняно з батьками дітей, диспансерний нагляд за якими проводили алергологи поліклінік та консультативної поліклініки МДКЛ ($p < 0,05$). Диспансерні хворі дільничних педіатрів та сімейних лікарів також частіше госпіталізувались за скеруванням алергологів консультативної поліклініки МДКЛ, ніж діти, які спостерігались алергологами поліклінік ($p < 0,05$).

Більшість опитаних ($82,0 \pm 2,7\%$) батьків задоволені медичною допомогою, яку їхні діти отримують на первинному рівні.

Відсоток незадоволених наданням медичної допомоги був статистично вірогідно вищий серед батьків, діти яких перебували під диспансерним спостереженням дільничних педіатрів та сімейних лікарів ($23,1 \pm 4,1\%$), порівняно з батьками, діти яких спостерігались алерго-

логами поліклінік ($6,7 \pm 4,1\%$) та консультативної поліклініки МДКЛ ($5,6 \pm 3,8\%$) ($p < 0,05$).

Відсоток батьків, які мали труднощі при отриманні меддопомоги в консультативній поліклініці МДКЛ, статистично вірогідно був нижчим ($p < 0,05$) за відповідні показники при отриманні меддопомоги в територіальних поліклініках, незалежно від того, який лікар-спеціаліст вів диспансерне спостереження за дітьми.

Перспективи подальших досліджень

Вищенаведені результати опитування свідчать про необхідність поглибленого вивчення якості диспансерного спостереження за дітьми, які страждають БА, та оптимізації організації їх диспансерного нагляду.

Список літератури

1. Майданник В. Г. Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем дитячого організму / В. Г. Майданник // Медицина дитинства / за ред. П. С. Мошича. – 1994. – Т. 1. – С. 187.
2. Олексюк О. Б. Запобіжна госпіталізація дітей Львівської області / О. Б. Олексюк // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 44–51.
3. Олексюк О. Б. Застосування показників запобіжної госпіталізації в управлінні первинною медико-санітарною допомогою дітям (огляд літератури) / О. Б. Олексюк // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 3–4 (7–8). – С. 178–184.
4. Победьонна Г. П. Медико-економічні аспекти лікування бронхіальної астми / Г. П. Победьонна // Укр. пульмонол. журнал. – 2006. – № 1. – С. 44–48.
5. Протокол діагностики та лікування бронхіальної астми у дітей: наказ МОЗ України від 27.02.2005 р. № 767 [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
6. Стан здоров'я дітей 0–17 років, що перебувають під наглядом у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України за 2009 рік. – К.: МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України, 2010.
7. A prospective multicenter study of patient factors associated with hospital admission from the emergency department among children with acute asthma / C. V. Pollack, E. S. Pollack, J. M. Baren [et al.] / Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2002. – Vol. 156. – P. 934–427.
8. A randomized trial of primary care provider prompting to enhance preventive asthma therapy / J. S. Halterman, K. M. McConnochie, K. M. Conn [et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2005. – Vol. 159. – P. 422–427.
9. Benefits of a school-based asthma treatment program in the absence of secondhand smoke exposure / J. S. Halterman, P. G. Szilagyi, H. L. Yoos [et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2004. – Vol. 158. – P. 460–467.
10. Does quality of care affect rates of hospitalization for childhood asthma? / C. J. Homer, P. Szilagyi, L. Rodewald [et al.] // Pediatrics. – 1996. – Vol. 98. – P. 18–23.
11. Greenberger P. Preventing hospitalizations for asthma by improving ambulatory management / P. Greenberger // American Journal of Medicine. – 1996. – Vol. 100. – P. 381–382.
12. Health at a Glance 2007. OECD Indicators. – 2007 OECD. – P. 114.
13. Herrod H. G. Potentially avoidable pediatric hospitalizations as defined by the Agency for Healthcare Research and Quality: what do they tell us about disparities in child health? / H. G. Herrod, C. F. Chang // Clin. Pediatr. (Phila). – 2008. – Vol. 47, № 2. – P. 128–136.
14. Hospital admissions for asthma in East London: associations with characteristics of local general practices, prescribing, and population / C. Griffiths, P. Sturdy, J. Naish [et al.] // BMJ. – 1997. – Vol. 314. – P. 482–486.
15. Keeping children with asthma out of hospitals: parents' and physicians' perspectives on how pediatric asthma hospitalizations can be prevented / G. Flores, M. Abreu, S. Tomany-Korman, J. Meurer // Pediatrics. – 2005. – Oct., vol. 116 (4). – P. 957–965.

16. *Outpatient* management practices associated with reduced risk of pediatric asthma hospitalization and emergency department visits / T. A. Lieu, C. P. Quesenberry, A. M. Capra [et al.] // *Pediatrics*. – 1997. – Vol. 100, № 3. – P. 334–341.
17. *Pediatric Quality Indicators Overview*. AHRQ Quality Indicators. February 2006. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [Electronic resource]. – Access mode: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/pdi_overview.htm. – Title from screen.
18. *Preventable* factors in hospital admissions for asthma / J. A. Ordonez, P. D. Phelan, A. Olinsky, C. F. Robertson // *Archives of Diseases in Childhood*. – 1998. – Vol. 78. – P. 143–147; doi: 10.1136/adc.78.2.143.
19. *Reindal L.* Hospital admissions for wheezing and asthma in childhood – are they avoidable? / L. Reindal, K. Oymar // *J. Asthma*. – 2006. – Vol. 43, № 10. – P. 801–806.
20. *Risk* factors for exacerbations and hospital admissions in asthma of early childhood / J. Wever-Hess, J. M. Kouwenberg, E. J. Duiverman [et al.] // *Pediatr. Pulmonol.* – 2000. – Vol. 29 (4). – P. 250–256.
21. *Socioeconomic* variation in asthma hospitalization: excess utilization or greater need? / K. M. McConnochie, M. J. Russo, J. T. McBride [et al.] // *Pediatrics*. – 1999. – Vol. 103. – P. e75.
22. *State* of childhood asthma in the United States, 1980–2007 / L. J. Akinbami, J. E. Moorman, P. L. Garbe, E. J. Sondik // *Pediatrics*. – 2009. – Vol. 123. – S131–S145 [Electronic resource]. – Access mode: http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/Supplement_3/S131. – Title from screen.
23. *The physician's DRG working guidebook* 1991. – USA: St. Anthony Publishing, Inc., 1990. – P. 50.
24. *Variations* in pediatric asthma hospitalization rates and costs between and within Nordic countries / V. S. Kocevar, H. Bisgaard, L. Jönsson [et al.] // *CHEST*. – 2004. – Vol. 125. – P. 1680–1684.

Изучение факторов, влияющих на риск госпитализации детей, страдающих бронхиальной астмой

О.Б. Олексюк (Киев)

Представлены результаты социологического опроса родителей детей, которые лечились в стационаре городской детской больницы с диагнозом «Бронхиальная астма». Установлена распространенность эндо- и экзогенных факторов развития болезни у детей. Изучены пути направления пациентов на госпитализацию, пребывание детей под диспансерным наблюдением различных врачей-специалистов, особенности лечебно-профилактической помощи на первичном уровне, которые непосредственно влияют на госпитализацию детей.

Ключевые слова: предотвратимая госпитализация, бронхиальная астма, организация лечебно-профилактической помощи на первичном уровне, дети.

Study of factors associated with risk of children hospitalization suffering from bronchial asthma

О.В. Oleksyuk (Kyiv)

The study presents the results of the survey of parents whose children have been hospitalized to an urban children's hospital with the diagnosis «Bronchial asthma». The prevalence of endogenous and exogenous factors in the development of disease in children has been established, the ways of the patients referral for hospitalization, presence of children under dispensary observation of various medical professionals, as well as features of medical and preventive care provided to children at primary level, which have a direct impact on their hospitalizations have been studied.

Key words: preventive hospitalization, bronchial asthma, preventive and medical organization of primary care, children.

Рецензент: д-р мед. наук О.М. Ковальова.