



з синдромом подразненого кишківника без діареї, 4 дітей з синдромом подразненого кишківника із діарезою, 10 дітей з функціональним закрепом, 3 дітей із проявами харчової алергії, 2 дітей із вродженими аномаліями розвитку кишківника. Співвідношення хлопчиків до дівчаток 1:1. Методи дослідження: антропометричний, клінічний, соціометричний, інструментальний та статистичний. Фізичний розвиток дітей оцінювався, використовуючи антропометричний метод із застосуванням перцентильних таблиць.

Оцінивши фізичний розвиток у дітей із 1-ї групи, отримані результати були такими: у 2-х дітей (6 %) з хворобою Крона та 2-х (6 %) з неспецифічним виразковим колітом фізичний розвиток за перцентильними таблицями відповідав вкрай низькому коридору, у 2-х дітей (6 %) із вродженими аномаліями розвитку кишківника – низькому, у 3-х дітей (8 %) із проявами харчової алергії – був нижче середнього, у 26 (74 %) дітей із синдромом подразненого кишківника і функціональним закрепом – середній. У дітей із 2-ї групи отримано такі результати: у 30 (86 %) дітей фізичний розвиток був середній, у 3 (8 %) - вище середнього та у 2 (6 %) - нижче середнього.

Отже, при оцінці фізичного розвитку у дітей із основної групи у порівнянні з дітьми із контрольної групи було виявлено більшу кількість дітей із відхиленнями фізичного розвитку, що пов'язано з наявністю у них хронічного ураження кишківника.

Фрунза А.В.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Проблема гострого пошкодження нирок (ГПН) у пацієнтів, що знаходяться у ВІТН, особливо актуальна. Вплив лікарських засобів, що застосовуються для виходжування новонароджених, анатомо-фізіологічна незрілість ниркових структур та наявність супутньої патології створюють передумови для розвитку ГПН. «Класичні» параметри, які використовуються, не є ні чутливими, ні специфічними для верифікації діагнозу, а відсутність можливостей ранньої діагностики призводить до хронізації патологічного процесу та має вагомое соціальне значення.

Мета дослідження – вивчити етіологічні чинники та особливості клінічних проявів ренальної дисфункції у передчасно народжених дітей (ПНД) (25-36 тижнів гестації) з важкою перинатальною патологією.

Проведено ретроспективний аналіз історій розвитку новонародженого (Ф 097/о) у 46 недоношених новонароджених дітей в гестаційному терміні 25 -36 тижнів, що отримували лікування у ВІТН впродовж раннього неонатального періоду. В ході дослідження I групу склали 23 новонароджених з проявами ГПН (I група) та 23 новонароджених без ГПН (II група). Діагностика ГПН проведена згідно критеріїв KDIGO (2012). Для визначення зв'язку між імовірними етіологічними чинниками проведено логістичний регресійний аналіз з визначенням довірчого інтервалу (ДІ), коефіцієнту співвідношення шансів (КСШ). Статистична обробка отриманих результатів виконувалася за допомогою програмного забезпечення Statistica v.10, Medcalc.

Вивчення особливостей перебігу гестаційного періоду дозволило встановити наступні статистично значущі фактори: загрозу самовільного аборту (КСШ 4,37; 95 % ДІ 1,34-14,24; $p=0,0142$), внутрішньоутробне інфікування плода (КСШ 4,17; 95 % ДІ 1,19- 14,57; $p=0,0249$), синдром затримки розвитку плода III ст. (КСШ 13,04; 95% ДІ 1.51 – 30,86; $p=0,0120$). Аналіз інтранатальних факторів дозволив встановити, що статистично значимими чинниками є дистрес плоду та ургентний кесарів розтин (КСШ 7,90; 95 % ДІ 2,64-23,7; $p=0,0002$). Вивчення структури основної перинатальної патології груп дослідження встановило, що формування ГПН пов'язано зі статистично значимо вищою частотою раннього неонатального сепсису (КСШ 9,16; 95 % ДІ 2,96-28,33; $p= 0,0001$), синдромом



поліорганної невідповідності, зокрема анемічним (КСШ 6,30; 95 % ДІ 1,77-22,41; $p=0,0045$) та геморагічним синдромами (КСШ 6,85; 95 % ДІ 1,49-31,37; $p=0,0132$).

Отже, формування ГПН у критично хворих передчасно народжених дітей обумовлено комплексом несприятливих антенатальних та постнатальних факторів, тому важливим є подальший науковий пошук шляхів профілактики та розробка діагностичних критеріїв для своєчасної верифікації діагнозу з урахуванням гестаційного віку.

Хільчевська В.С.
ПЕРЕБІГ РЕКУРЕНТНИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ НА
СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

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

Проблема рекурентних респіраторних захворювань у дітей є однією з самих актуальних в практичній охороні здоров'я. Практика світової медицини свідчить, що рекурентні респіраторні захворювання є домінуючою патологією в структурі захворюваності дітей раннього віку. Актуальність вивчення особливостей перебігу даної патології пояснюється також тим, що під маскою рецидивуючих бронхітів та повторних пневмоній можуть ховатися вади розвитку, спадкові хвороби бронхолегеневої системи, сторонні тіла бронхів, синдром мікроаспірації, патологія серцево-судинної системи, що потребує розширеного діагностичного пошуку.

З метою аналізу перебігу рекурентних респіраторних захворювань проведено ретроспективний аналіз карт стаціонарного хворого 30 дітей пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці віком від 1,5 до 15 років за період 2011-2018 рр. Середній вік обстежених дітей становив 5,5 років. Серед діагнозів, з якими поступали пацієнти були повторні бронхіти – 10 (33,3%), повторні пневмонії – 11 (36,7%), серед яких у двох хворих діагностували муковісцидоз, бронхіальна астма у стадії загострення – 9 (30,0%). Середній ліжко/день становив 12,5, дещо меншим виявився при бронхітах, найбільшим для хворих на муковісцидоз. У когорті дітей була однакова кількість хлопчиків та дівчаток, переважали жителі сільської місцевості, що пояснюється профілем обласної лікарні. Початок рецидивування респіраторних симптомів виявився раннім: кожна третя дитина хворіє з народження, в третини симптоми проявилися до 1-го року, в інших – в період до 5 років.

Стан тяжкості при поступленні у половині випадків виявлявся середньо тяжким, майже в половині – тяжким, в одного пацієнта – вкрай тяжким. Тяжкість стану пацієнтів переважною мірою обумовлювали явища дихальної недостатності (в кожного третього – I ступеню, більше ніж в половині – другого), а також прояви бронхообструктивного, інтоксикаційного синдромів, вади розвитку бронхолегеневої, серцево-судинної системи, різноманітна супутня патологія. За рік до останньої госпіталізації обстежені діти часто потрапляли у стаціонар з приводу респіраторної патології: більше половини пацієнтів госпіталізувалися 3 рази та частіше. Щодо розходження діагнозів при направленні та клінічними: із дев'яти випадків рецидивного бронхіту та одного тонзиліту після клініко-параклінічного обстеження в ОДКЛ у п'яти дітей діагностовано пневмонію, також в п'яти дітей - бронхіальну астму.

Всім дітям досліджувалася концентрація хлоридів поту, що відповідає алгоритму диференційної діагностики з рецидивним респіраторним синдромом. В групі дітей з повторними пневмоніями він виявився дещо вищим, ніж в групі з рецидивуючим бронхообструктивним синдромом (27 ммоль/л порівняно з 18,8 ммоль/л). Позитивна проба підтвердила наявність муковісцидозу в одного пацієнта та сприяла діагнозу в другого.

Отже, перебіг рекурентної респіраторної патології у дітей в сучасних умовах вирізняється чисельною супутньою патологією, алергічного та неалергічного характеру, також поєднанням пневмонічного статусу з бронхообструктивним синдромом.