



мікроядра (0,5 клітин у мазку-відбитку), а індекс проліферації виявився у 2,7 раза вище (1,7 проти 0,75), хоча в цілому середня кількість патологічно змінених клітин у групах порівняння достовірно не відрізнялася. Разом із тим, статистично достовірні відмінності, які характеризувалися у 4 рази виразнішою бронходиляцією у відповідь на інгаляцію короткодійного В2-агоніста швидкої дії, підкреслювали вищу бронхіальну лабільність у дітей II групи. Так, індекс бронходиляції у цих хворих становив у середньому 14,1 % проти 3,5 % у представників I групи ($p < 0,05$), а середні показники індексу лабільності бронхів становили відповідно 22,1 % проти 17,9 % ($p > 0,05$).

Таким чином, у хворих на БА, в яких тригерами загострень можуть виступати ультрамалі частки PM_{20-100} , які забруднюють атмосферне повітря в кількостях, що перевищують значення $1200/m^3$, встановлено наявність окремих клінічно-параклінічних відмінностей в отриманих результатах комплексного обстеження, які можуть у частині випадків підкреслювати статистично значущий ризик наявності негативного впливу екостимулів на перебіг захворювання.

Колюбакіна Л.В.

НЕКРОТИЧНИЙ ЕНТЕРОКОЛІТ: КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ НЕМОВЛЯТ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Некротичний ентероколіт (НЕК) в неонатальній практиці залишається однією з вагомих причин захворюваності та смертності в передчасно народжених немовлят внаслідок комбінованого впливу різних патогенних чинників: інфекційних метаболічних, циркуляторних на відносно незрілий кишечник. Найчастіше початок захворювання припадає на гестаційний вік дитини 29-32 тижні у віці 2-3 тижні життя.

Метою роботи була оцінка анамнестичних, клінічно-параклінічних даних та перебігу НЕК у передчасно народжених дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в неонатальному блоці Обласна дитяча клінічна лікарня міста Чернівці. Ретроспективно проведений аналіз хвороб 28 передчасно народжених немовлят, які перебували на стаціонарному лікуванні відділення інтенсивної терапії новонароджених. Під час знаходження в стаціонарі всім дітям проведено загально-клінічні, біохімічні, інструментальні методи дослідження та визначення імунологічних показників інфекційно-запального процесу в сироватці крові, а саме рівень С-реактивного білку та пресепсину.

Серед обстежених частка глибоко недоношених немовлят (до 32 тижнів гестації) становила 50%, серед яких з надзвичайно низькою вагою 17,8%. Близько 80% немовлят народилися з ознаками асфіксії різного ступеня важкості. Показано, що розвиток НЕК у передчасно народжених дітей асоціює з обтяженим інфекційним анамнезом у матерів на фоні анемії ($r=+0,79$), малим терміном гестації ($r=+0,44$), низькою оцінкою за шкалою Апгар на п'ятій хвилині ($r=+0,45$), важкістю стану при поступленні до стаціонару ($r=+0,74$), необхідністю тривалого проведення ШВЛ ($r=+0,67$), гемодинамічної підтримки з веденням вазоактивних препаратів ($r=+0,39$), розвитком апное ($r=+0,83$), інтолерантністю до вигодовування ($r=+0,45$) та тромбоцитопенією ($r=+0,68$). Встановлено, що визначення вмісту пресепсину в сироватці крові дає можливість верифікувати генез розвитку НЕК.

Таким чином, формування НЕК у передчасно народжених немовлят асоціює з розвитком поліорганної недостатності в анамнезі внаслідок перенесеної асфіксії, а його шанси зростають у зв'язку з наявністю генералізовано-інфекційного запального процесу.