spp. The above may indicate the influence of not only an etiological agent, but also a certain association of microorganisms on the severity of maxillary sinusitis combined with type 1 diabetes.

Associations of microorganisms consisting of 5 species were found in patients with chronic purulent maxillary sinusitis combined with severe type 1 diabetes mellitus. Their composition was different, but the pathogen S. pneumoniae in a high population level, opportunistic obligate anaerobic bacteria of the genus Bacteroides and Prevotella, Fusobacterium, streptococci and Staphylococcus aureus were isolated and identified.

Thus, according to the Berger-Parker index of constancy and dominance, the dominant pathogens of chronic inflammation in the maxillary sinuses are S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis. Other bacteria (S. pyogenes, S. aureus, E. coli Hly +, B. fragilis) are additional or accidental (E. coli Hly +, B. fragilis) pathogens. All major pathogens persist in the habitat in association. Microorganisms, depending on their role in the normobiocenosis, can inhibit the pathogenetic activity of the leading pathogen or, conversely, activate its pathogenetic role, which must be taken into account when choosing treatment tactics.

Безрук В.В.

МАРКЕРИ АЛГОРИТМУ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ У НАДАННІ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ІНФЕКЦІЯМИ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА ЕТАПІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Буковинський державний медичний університет

Захворювання органів сечовидільної системи залишаються актуальною проблемою в педіатрії у зв’язку з високим рівнем поширеності в дитячій популяції та суттєвими коливаннями частоти цієї патології в структурі загальної захворюваності, в різних регіонах України (Багдасарова І.В., 2015; Сайдакова Н.О., 2018). Своєчасна діагностика, прогностична цінність клінічних ознак та подальша тактика ведення пацієнтів раннього віку з інфекціями сечовидільної системи на амбулаторному етапі є важливою складовою у інтегрованому веденні пацієнта дитячого віку (Shaikh N, 2019; Hanne A. Boon, 2021).

З огляду на досвід і рекомендації вітчизняних науковців та результати закордонних досліджень акцентуємо Вашу увагу на наступних позиціях алгоритму діагностично-лікувальних заходів щодо надання допомоги дітям до 5 років з інфекціями сечовидільної системи на етапі надання первинної медичної допомоги:

– інфекції сечової системи (ІСС) – група захворювань органів сечовидільної системи без уточнення топічного рівня ураження мікробно-запального характеру, займає провідне місце серед інфекційної патології у дитячій популяції; ІСС вважається гострою за тривалості її перебігу до 3 міс.; загальні епідеміологічні особливості ІСС: кількість пацієнтів жіночої статі переважає у всіх вікових групах дітей у 1,6 – 2,7 рази; серед дітей раннього віку частота виділення уропатогенів із сечі вищий серед хлопчиків (до 44,9%), у інших вікових групах дітей – частіше виділяється від пацієнтів жіночої статі (20,0-27,7%); домінуючими уропатогенами є представники родини *Enterobacteriaceae – E. coli* (46,8-81,5%) залежно від статі;

– наявна підвищена надлобкова та поперекова чутливість при клінічному обстеженні дитини є корисною ознакою у алгоритмі діагностики ІСС; наявність дизуричних розладів та збільшення частоти сечовипускань, зміна кольору сечі помітно збільшують ймовірність наявності ІСС; каламутна сеча та сеча з неприємним запахом є «червоним прапорцям» у алгоритмі лабораторної діагностики ІСС; наявність біохімічних маркерів сечі дає змогу підтвердити діагноз ІСС: позитивна реакція на нітрити (окрім *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococci*) з чутливістю 45-60% і специфічністю 85-98%; діагностика ІСС у дітей раннього віку за допомогою *The Diagnosis of Urinary Tract infection in Young children (DUTY)* є корисною для виключення ІСС; оцінка пацієнта за *Gorelick Scale score* та оцінка за допомогою UTIcalc (https://uticalc.pitt.edu) є корисними інструментами для виключення ІСС у дітей віком до 5 років;

– підвищення температури тіла не асоціюється з ІСС, виявлення джерела інфекції, як причини лихоманки, знижує ймовірність ІСС у дітей;

– методи візуалізації при ІСС включають обов'язкове проведення УЗД нирок і сечового міхура, мікційної цистограми після першого епізоду інфекції хлопчикам і другого – дівчаткам; при рецидиві ІСС у дітей до 5 років з 3-го епізоду інфекції показано проведення мікційної цистограми навіть за відсутності патологічних змін за даними УЗД сечової системи, у хлопчиків до 1 року – з другого епізоду;

– призначення антибіотикотерапії дітям слід проводити з урахуванням даних регіонального моніторингу щодо антибіотикорезистентності основних груп уропатогенів; призначення обґрунтованої антибіотикотерапії дітям із ІСС, під час першої консультації, достовірно покращує клінічний стан у порівнянні з пацієнтами із ІСС, яким не призначили належних антибіотиків або взагалі їх не отримували;

– при неускладненій інфекції сечової системи у дітей доцільно уникати застосування антибіотиків широкого спектра дії й використовувати альтернативні підходи – призначати антибактеріальні препарати рослинного походження або урологічні вакцини.

Буряк О.Г.

ХРОНОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОКАЗНИКА НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ХРОНІЧНИМИ БРОНХІТАМИ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Буковинський державний медичний університет

Хронічний бронхіт – це дифузне ураження бронхів з прогресуючим розвитком запального процесу і порушенням функції бронхів. Розвиток хронічного запалення в бронхах, як правило, пов'язують з перенесеними в ранньому віці гострими респіраторними захворюваннями. На сьогодні від 20 до 65% дитячої популяції часто (3-5 разів і більше на рік) хворіє гострими респіраторними вірусними інфекціями. Частка таких дітей складає 25-50% від всіх випадків захворювань дітей. У більшості з них спостерігається легкий перебіг захворювання, однак у частини дітей може перебігати тяжко, і супроводжуватись дихальною недостатністю. Оцінка ступеня тяжкості, який залежить від вираження гіпоксії, базується переважно на клінічних симптомах. Серед об'єктивних методів оцінки гіпоксії і зумовлених нею метаболічних порушень використовують пульсоксиметрію.

Метою нашого дослідження було вивчити показники насиченості крові киснем у дітей шкільного віку із хронічними бронхітами. Дослідження проведено в двох групах порівняння. Основну групу склала 31 дитина шкільного віку із хронічними бронхітами. Контрольну групу порівняння склали 30 здорових дітей шкільного віку. З метою аналізу системи зовнішнього дихання застосовували проби Штанге і Генча. Визначення показника насиченості крові киснем (SpO_2) здійснювали пульсоксиметром Creative Medical PC66B.

Аналізуючи показник сатурації у досліджуваних дітей, виявлено, що в середньому він дорівнював 97,2±0,8% і коливався в межах від 89,0% до 100,0%. Порівнюючи середнє значення SpO_2 між дівчатами і хлопцями, встановлено, що у хлопців воно становило 97,8±1,0%, максимальне значення було 100,0%, мінімальне – 91,0%. Середнє значення сатурації у дівчат дорівнювало 97,1±0,9% і коливалось від 89,0%. Вірогідної різниці при цьому ми не виявили. Порівнюючи SpO_2 між показниками дітей досліджуваних груп, ми знову ж таки не спостерігали вірогідної різниці між ними, хоча у дітей із хронічними бронхітами він все ж таки був дещо нижчий ніж у здорових дітей. Вагомими виявились результати оцінки рівня SpO_2 у обстежених дітей в поєднанні з функціональними пробами Штанге та Генча. Так, у дітей з контрольної групи середнє значення SpO_2 одразу після проведення проби Генча дещо знижувалось і становило 96,2±1,2%. Загальне зниження сатурації становило 1,7%. У дітей з хронічними бронхітами середнє значення SpO_2 після проби Штанге так само знижувалось і дорівнювало 95,1±1,3%. При цьому зниження рівня сатурації сягало 1,9%. В цілому суттєвої різниці при цьому ми не спостерігали. Зовсім інша картина спостерігалась при оцінці SpO_2 після проведення проби Генча.