



новонародженості були зумовлені асфіксією, неонатальною енцефалопатією, проявами респіраторного дистрес синдрому, недоношеністю.

Згідно даних анамнезу, в періоді новонародженості відмічалась клінічна симптоматика перинатальної патології, яка супроводжувалася синдромом вегетовісцеральних дисфункцій, у складі якого були порушення функціонального стану ШКТ, зокрема відмічалися зниження або відсутність рефлексу смоктання, порушення апетиту, знижена толерантність до ентерального харчування, зригування, явища парезу кишечника із затримкою відходження меконію та перехідного стільця, метеоризм, кишкові кольки. На момент огляду у всіх дітей спостерігались клінічні симптоми порушень функціонального стану кишечника, а саме: порушення апетиту (55,9 %), неспокій при годуванні (52,9%), зригування (64,7%), закрепи (41,2%), кишкові кольки (57,4%), явища метеоризму (60,3%), слиз в калі (26,5%), дефіцит маси тіла (23,5%). Дітям поряд із загальноприйнятими методами проводилось додаткове обстеження копрофільтрату з визначенням маркерів запалення: рівень альбуміну, рівень альфа-1-антитрипсину, рівень секреторного імуноглобуліну А, рівень фекальної еластази-1, рівень PMN-еластази, рівень кальпротектину, вмісту жирів, крохмалю та неперетравлених залишків їжі.

Отже, розробка напрямків своєчасного прогнозування, діагностики, профілактики та корекції функціональних розладів шлунково-кишкового тракту в дітей, удосконалення схем катамнестичного спостереження та реабілітації дітей, які перенесли перинатальну патологію, починаючи від народження, надасть змогу до певної міри попередити розвиток хронічної гастроентерологічної патології у подальші роки життя.

**Іванова Л.А.**

## **СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ БРОНХІОЛІТУ У ДІТЕЙ**

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

Бронхіоліт посідає значне місце у структурі захворюваності. Близько 70% усіх новонароджених інфікуються респіраторно-синцитіальним вірусом (РСВ), що є найбільш частою причиною бронхіоліту у дітей, протягом першого року життя, а у 22% будуть спостерігатись симптоми захворювання. Оскільки з РСВ пов'язано лише 75% випадків бронхіоліту, можна вважати, що близько третини всіх немовлят перехворіє на бронхіоліт (спричинений усіма вірусами) протягом першого року життя.

Метою нашої роботи було проаналізувати діагностично-лікувальні аспекти ведення дітей з бронхіолітом для оптимізації терапевтичної тактики. Нами було проведено ретроспективний аналіз карт стаціонарного хворого 20 дітей з бронхіолітом, які лікувалися упродовж грудня 2019-лютого 2020 року у відділеннях патології новонароджених та дітей молодшого віку Чернівецької обласної дитячої клінічної лікарні.

Оскільки визначальна роль у діагностиці бронхіоліту належить клініці, ми звернули увагу на констеляційні клінічні таблиці, що можуть уніфікувати та оптимізувати діагностичний процес, зокрема, шкала Ogerro, яка включає 7 наведених різнооцінених критеріїв, при досягненні 6 балів та більше у дитини вірогідний бронхіоліт. Водночас з диференційно-діагностичною метою бронхіоліту відносно пневмонії зазначена шкала характеризувалася недостатніми показниками діагностичної цінності. Тобто, діагностика бронхіоліту здебільше заснована на типових клінічних ознаках, дані лабораторних і інструментальних досліджень не є основними, тому у класичних випадках можуть і не застосовуватися (як, до прикладу, у нас рентгенографія ОГК – лише у 15%), у 80% випадків на I добу госпіталізації досягнули 6 балів та більше. Водночас з диференційно-діагностичною метою бронхіоліту відносно пневмонії зазначена шкала характеризувалася недостатніми показниками діагностичної цінності. Звертає на себе увагу відсутність змін, за виключенням регенеративного зсуву формули, показників загального аналізу крові, у більшості випадків, що контрастує з даними нашої клініки 2013 року, де у більшій частині



спостерігався лейкоцитоз та несприятливе анемічне тло, що, певне, позначилося на практичних аспектах ведення випадків у вигляді етіопатогенетичного підходу до проведення терапії, яка, здебільшого, включала, можливість використання антибактеріальних, протизапальних, бронходилататорних засобів на тлі респіраторної підтримки та протекції гідробалансу. Дискретний аналіз антибіотикотерапії нашої когорти дітей засвідчив те, що у більшості випадків це була монотерапія цефалоспорином III покоління тривалістю більше 7 днів із стартом на I добу госпіталізації.

Таким чином, можна сформулювати висновки, що, в першу чергу, бронхіоліт – клінічний діагноз у періоді новонародженості та немовлячому віці з типовими клінічними ознаками, які можуть відобразитися в клінічній констеляційній шкалі. Клінічна діагностична шкала володіє достатньою інформативністю щодо виявлення бронхіоліту та водночас недостатньою діагностичною цінністю при проведенні диференційного діагнозу. Етіопатогенетичне лікування характеризується дискутабельністю стосовно ситуативного ефекту та прогностичною ефективністю з різним рівнем доказовості.

**Калуцький І.В.**

## **ВИКОРИСТАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУЇТ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Буковинський державний медичний університет*

Метою роботи було визначення ефективності використання пробіотиків у комплексному лікуванні хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит (ХГВС).

Під спостереженням був 81 хворий на ХГВС в стадії загострення віком – від 15 до 68 років без супутньої патології. Клінічно загострення ХГВС проявлялось типовими місцевими та загальними симптомами у всіх хворих. В постановці діагнозу враховували дані рентгенологічного обстеження, а основним критерієм для встановлення діагнозу була діагностично-лікувальна пункція верхньощелепної пазухи, яка проведена 81 хворому. При цьому оцінювали об'єм пазухи, який був зменшений у всіх обстежуваних та характер патологічного вмісту у промивній рідині. При поступленні в стаціонар у хворих на ХГВС в стадії загострення проводився забір гнійного ексудату із верхньощелепних пазух, який піддавався мікробіологічному обстеженню, здійснювалося виділення та ідентифікація мікроорганізмів, що персистували в ексудаті.

При дослідженні видового складу мікрофлори ексудату з верхньощелепних пазух виявлено, що провідними мікроорганізмами, що виділяються із ексудату у хворих на ХГВС є *str. pneumoniae*, гемофільна паличка, *moraxella catarrhalis*, золотистий стафілокок, псевдомонади та піогенний стрептокок, а також встановлено, що у частини хворих захворювання викликають асоціації умовнопатогенних мікроорганізмів.

Враховуючи той факт, що значна кількість запальних процесів протікає на фоні зниженої резистентності організму і дизбіотичних змін кишківника всім хворим з загостренням ХГВС проводили мікробіологічне дослідження порожнинного вмісту товстої кишки (ТК).

Результати мікробіологічного дослідження демонструють характерні зміни у видовому складі анаеробної та аеробної автохтонної, факультативної й алохтонної мікрофлори вмісту порожнини ТК, значно відрізняючись від показників видового складу мікрофлори порожнини ТК у межах норми.

У хворих на ХГВС основну частину мікрофлори порожнини ТК представляють бактероїди, лактобактерії, непатогенні кишкові палички, протеї. Однак, частота зустрічання та індекс постійності таких облігатних мікроорганізмів, як біфідобактерії та ентерококи, є значно нижчими, ніж у практично здорових осіб. На цьому тлі збільшується відсоток хворих, у яких висівалися факультативні умовно-патогенні анаеробні (пептокок, клостридії) та аеробні (стафілококи) бактерії. Цей факт обумовив необхідність визначення популяційного