



факультативних мікроорганізмів, частіше зустрічаються асоціації наступних представників: *M.catarrhalis*, *S.aureus* і *Bacteroides spp.*; *Prevotella spp.*, *S.viridans* і *S.salivarius*; *M.catarrhalis*, *Prevotella spp.* і *S.epidermitis*; *H.influenzae*, *Prevotella spp.* і *S.epidermitis*. Асоціації, що складаються із 4-х видів виявлені у 34% хворих і складаються з *S.pneumoniae*, *M.catarrhalis*, *S.pyogenes*, *Fusobacterium spp.*; *S.pneumoniae*, *E. coli*, *S.aureus* і *Candida spp.*; *S.pneumoniae*, *E.coli Hly⁺*, *S.viridans* і *Candida spp.* Домінуючими збудниками хронічного запального процесу у верхньощелепних пазухах є *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis*. Інші бактерії (*S.pyogenes*, *S.aureus*, *E.coli Hly⁺*, *B.fragilis*) являються додатковими або ж випадковими (*E.coli Hly⁺*, *B.fragilis*) збудниками. Всі провідні збудники персистують у біотопі в асоціації.

У хворих на ХГГ, поєднаний із ЦД 1-го типу середньої тяжкості перебігу у вмісті порожнини гайморових пазух формується дисбаланс автохтонних облигатних, факультативних та алохтонних мікроорганізмів за рахунок елімінації або формування вираженого дефіциту автохтонних облигатних (бактерій роду *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *S.salivarius*, *S.sanguis*, *S.mitis*, *S.mutans*, *L.lactis* та ін.) та суттєвого зростання кількості та домінуючої ролі патогенних та умовно патогенних *S.pneumoniae*, *Bacteroides spp.*, *S.epidermidis*, *M.catarrhalis*, *H.influenzae*, *Prevotella spp.*, *S.viridans*, *S.pyogenes*, *S.aureus* та ін.

Таким чином, тяжкість перебігу ЦД 1-го типу у хворих на ХГГ негативно впливає на видовий склад, популяційний рівень, на якісне і кількісне домінування автохтонних облигатних і факультативних, а також алохтонних для біотопу мікроорганізмів та їх асоціацій. Перераховане вище може свідчити про вплив не тільки етіологічного агента, а також і певної асоціації мікроорганізмів на важкість перебігу ХГГ із ЦД 1-го типу, що необхідно враховувати при виборі етіотропного лікування.

Прокопчук О.В.

АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ТА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕНТЕСТИНАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Хвороби органів травлення вийшли на друге місце по частоті серед патологій дитячого населення, з яких функціональні порушення (ФП) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є однією з найбільш поширених проблем у дітей, що є проявом перинатальних уражень ЦНС у структурі вегетативно-вісцерального синдрому у дітей грудного віку. Гастроінтестинальні порушення виникають у 30-50% пацієнтів, які потребують інтенсивної терапії в періоді новонародженості у комплексі поліорганної недостатності (ПОН) при важких формах перинатальної патології. Гастроентерологічна патологія у дітей в 70,0 – 90,0% випадків має поєднаний характер, що пояснюється анатомічними та функціональними особливостями органів травлення та єдністю гуморальної регуляції. Оскільки зовнішньо-секреторна функція ПЗ є одним з вагомих факторів харчової толерантності, то вивчення її ферментативної активності у дітей з перинатальною патологією (з урахуванням ступенів її тяжкості) є актуальним питанням в неонатології.

Велика частота гастроінтестинальних ускладнень внаслідок перинатального ураження, недостатність літературних даних обумовлюють актуальність теми з потребою її глибшого вивчення. Тому важливим для неонатології, педіатрії та дитячої гастроентерології є вивчення етіопатогенетичних механізмів, клінічних проявів, діагностики та корекції поєднаної дисфункції травної системи з урахуванням функціонального стану ПЗ та кишечника.

Проведено обстеження 132 новонароджених, з яких: з яких: 82 осіб (І гр.) – з функціональним порушенням системи травлення в комплексі поліорганної недостатності при критичних станах, які мали перинатальну патологію, з вивченням анамнезу та особливостей перебігу вагітності й пологів у матерів та 50 осіб (ІІ гр.) – група контролю (здорові новонароджені діти). Методи: проведено аналіз карт розвитку новонародженого ф. №097/о та історії пологів ф. №096/о; клінічне обстеження дітей. Статистична обробка математичних



даних проведена з використанням програми Statistica 6.0 (StatSoftInk., USA) з розрахунком середньої арифметичної величини (M) та похибки репрезентативності середньої величини (m).

Аналіз факторів ризику порушень адаптації новонароджених вказує на значний відсоток проблем вагітності важких пологів, що спричиняє після народження важкі форми поєднаної патології різних систем органів, у тому числі, ШКТ з розвитком харчової інтолерантності, причиною чого є дисфункція ПЗ та кишечника. Переважна кількість матерів мали соматичну патологію, але не можна зробити висновок щодо впливу, оскільки не було вірогідної відмінності між групами. Серед ускладнень вагітності у матерів було виявлено, що переважна частина діагнозів/станів, які утруднювали вагітність була незначна, окрім, плацентарної дисфункції, яка склала 12 та 4%, багатоводдя відмічалось, майже, у 10 та 2% в основній та контрольній групах; і лише в основній групі було виявлено: дистрес плода, який склав 12% та маловоддя – 2%. Серед патологій перебігу пологів було виявлено, що ургентний кесарський розтин та ОАА мали вагоме значення серед досліджених основної групи та мали достовірні значення в обчисленнях. За даними обстеження у новонароджених найбільш важкі випадки перинатальної патології були зумовлені такими станами, як: синдром дихальних розладів - 95%, з яких, майже, 83% дітей потребували проведення ШВЛ, перинатальне ураження ЦНС було також у близько 83%, синдром аспірації меконію відмічався у 45%, поліорганна недостатність була зафіксована у 28% дітей дослідження, судомний синдром та набряк мозку у 19,5% дітей, асфіксія важкого ступеню зафіксована у 11% та помірного ступеню – у 21%, пологова травма мала місце у 8,5%, геморагічний синдром відмічався у 4% дітей, та важкий перебіг гемолітичної хвороби новонароджених з проведенням ОЗПК - у 1%. Клінічно поєднані порушення системи травлення у новонароджених основної групи, за умов перинатальної патології характеризувалися: зниженою толерантністю до їжі – у 87%, зригуванням/стазом – у 80%, парезом/в'ялою перистальтикою – у 57%, пригніченням смоктального рефлексу – у 96%. Мінімального трофічного харчування потребували 62% та часткового парентерального харчування – 96% з досліджених дітей.

Отже, соматична патологія, ускладнення вагітності та особливості перебігу пологів підтверджують літературні дані останніх років щодо значущості лише сентинетальних факторів ризику у матерів (плацентарна дисфункція, дистрес плода, ургентний кесарський розтин, ОАА) щодо розвитку мультиорганної дисфункції у новонароджених за умов важкої перинатальної патології. Вивчення особливостей формування поєднаних порушень травної системи при важких станах новонароджених потребує комплексного поглибленого аналізу з урахуванням клініко-анамнестичних даних та результатів додаткових параклінічних методів дослідження з урахуванням дольової участі та характеру дисфункції підшлункової залози та кишечника. Отримані дані дозволять удосконалити методи прогнозування, діагностики, профілактики та інтенсивної терапії новонароджених, зменшити ризик розвитку хронічних гастроентерологічних захворювань.

Романчук Л.І.

**ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У
ДИТИНИ НА ТЛІ БРОНХОЕКТАТИЧНОЇ ХВОРОБИ І ТУБІНФІКОВАНOSTІ -
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

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

Клінічне спостереження показує, що у дітей перебіг коронавірусної інфекції у 80% був легким або безсимптомним, у 15% - тяжким, що вимагало кисневої терапії, 5% - критичні випадки, що вимагають штучної вентиляції легень. Рівень летальності становить 3-4% (Чернишова Л.І., 2020). В окремих дітей після можливої інфекції Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) можуть розвинути важкі серцеві ускладнення.