



У цілому, навіть неускладнені діагнози в неонатальний період у дітей, народжених недоношеними потребують ретельного катamnестичного спостереження за дитиною, якомога більш раннього, виявлення ймовірних ризиків порушень здоров'я з формуванням соматичної патології та зниження якості життя у подальші роки.

Дроник Т.А.
**КЛІНІЧНІ МАРКЕРИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ
ГРУДНОГО ВІКУ ЗА УМОВ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

За даними літератури гастроінтестинальні захворювання складають 148,95 на 1000 дитячого населення в Україні [Знаменська Т.К., 2014]. З віком поширеність патології травної системи має тенденцію до зростання, що призводить до негативних наслідків стану здоров'я майбутнього працездатного населення України [Марушко Ю.В., Тодика Ю.І., 2012].

Мета дослідження – визначення клінічних проявів гастроентерологічних порушень при динамічному катamnестичному спостереженні дітей грудного віку з перинатальною патологією в анамнезі.

Проведено катamnестичне спостереження 46 дітей грудного віку з функціональними гастроінтестинальними порушеннями, які перенесли перинатальну патологію. I групу склали діти у віці до 3 міс. (6 дітей), II групу склали діти віком 3 - 6 міс. (14 дітей), III група – діти віком 7-9 міс. (13 дітей), IV групу – діти віком 10-12 міс. (13 дітей).

Згідно даних анамнезу, в періоді новонародженості відмічалась клінічна симптоматика перинатальної патології, яка супроводжувалася синдромом вегето-вісцеральних 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: серед дітей I групи неспокій при годуванні (50% вип.), погане смоктання (25% вип.), зригування (50% вип.), схильність до розріджених випорожнень (25% вип.), кишкові кольки (25% вип.). У дітей II групи: неспокій при годуванні (8,3% вип.), погане смоктання (8,3% вип.), дефіцит маси тіла (25% вип.), порушення апетиту (41,6% вип.), зригування (50% вип.), схильність до розріджених випорожнень (8,3% вип.), схильність до закріпів (16,6% вип.), кишкові кольки (41,6% вип.), слиз в калі (8,3% вип.). При катamnестичному огляді дітей III групи виявлено, що скарги з боку ШКТ зберігаються, зокрема, у дітей, у яких наявна неврологічна симптоматика: порушення апетиту – 30%, зригування у 50%, розріджені випорожнення – 10%, закріпи у 40%, кишкові кольки у 50%, дефіцит маси тіла у 30%, слиз в калі – 30%, тривалий плач у 10% дітей. IV група дітей мала наступні симптоми: знижений апетит (41,6% вип.), зригування (25% вип.), дефіцит маси тіла (41,6% вип.), відмова від їжі (8,33% вип.), закріпи (25% вип.), метеоризм (25% вип.), кишкові кольки (25% вип.), слиз в калі (8,3% вип.), неперетравлені домішки їжі в калі (8,3% вип.). Дітям, поряд із загальноприйнятими методами обстеження, додатково проводилося дослідження 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, у дітей, які перенесли перинатальну патологію, та у яких від народження наявні порушення функціонального стану ШКТ, за розвитку неврологічної симптоматики, зберігаються та прогресують скарги з боку травної системи, що може реалізуватись в органічну патологію. Розробка напрямків діагностики, профілактики та корекції функціональних розладів ШКТ у дітей, які перенесли перинатальну патологію, надасть змогу удосконалити надання допомоги дітям та попередити розвиток хронічної гастроентерологічної патології.

Іванова Л.А., Горбатюк І.Б.
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ НЕСТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ

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

Гострий тонзилофарингіт (ГТФ) належить до найбільш поширених позаликарняних інфекційних захворювань в світі. Практично єдиним показом до застосування протимікробної терапії являється стрептококова етіологія ГТФ, яка трапляється у 20-30% дітей. Незважаючи на наявність достатньої кількості рекомендацій та алгоритмів, антибактеріальну терапію продовжує необґрунтовано отримувати переважна більшість пацієнтів з синдромом ГТФ.

Метою нашого дослідження було: для оптимізації лікування гострих тонзилофарингітів у дітей вивчити діагностичне значення окремих клініко-параклінічних тестів у верифікації нестрептокової етіології захворювання. На базі відділення повітряно-краплинних інфекцій ОДКЛ м. Чернівці обстежено 66 пацієнтів із гострим тонзилофарингітом нестрептокової етіології (I, перша клінічна група), до другої (II) клінічної групи увійшло 33 дітей з гострим стрептоковим тонзилофарингітом. За основними клінічними характеристиками пацієнти обох груп були зрівноважені. Крім загальноклінічного обстеження всім пацієнтам проведено



визначення вмісту в сироватці крові інтерлейкіну-6 та інтерлейкіну -8 за допомогою імуноферментного аналізу з використанням стандартного набору реагентів. Нестрептококова етіологія захворювання підтверджена негативним результатом бактеріологічного дослідження змиву з мигдаликів та задньої стінки глотки.

При оцінці результатів загального аналізу крові у пацієнтів груп спостереження вдалося встановити вірогідну різницю лише за кількістю еритроцитів та рівнем гемоглобіну в крові. Зниження вмісту еритроцитів та рівня гемоглобіну в крові хворих на стрептококовий тонзилофарингіт можна пояснити більш виразним інтоксикаційним синдромом з тенденцією до розвитку анемії. Виявлена чітка тенденція до відсутності лейкоцитозу в периферичній крові пацієнтів з нестрептоковою етіологією ГТФ. Так середній вміст лейкоцитів в крові менше $8,9 \times 10^9/\text{л}$ реєструвався у 57,6% пацієнтів I групи та у 48,8% представників другої ($P < 0,05$). Чутливість цього лабораторного тесту у виявленні нестрептокового тонзилофарингіту склала 57,6%, специфічність (СП) – 55,6%, передбачувана цінність позитивного результату (ПЦПР) – 54,1%, негативного (ПЦНР) – 59,1%. Водночас, встановлено, що відносний ризик нестрептокової етіології ГТФ при реєстрації у хворого менше $8,9 \times 10^9/\text{л}$ лейкоцитів периферичної крові склав 1,7 (95%ДІ 0,9-2,9), абсолютний ризик – 0,1 при співвідношенні шансів – 1,7 (95%ДІ 0,9-2,9).

Встановлено, що у 80,7% хворих з ГТФ нестрептокової етіології відмічалася зниження вмісту інтерлейкіну -8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл), тоді як у другій групі воно траплялося лише у 61,2% випадків ($P < 0,05$). Порівняльний аналіз вмісту інтерлейкіну – 6 у сироватці крові дітей із ГТФ різної етіології показав, що рівень даного цитокіну, що синтезує білки гострої фази запального процесу в організмі, суттєво не відрізнявся, однак, відмічено чітку тенденцію до його зниження у хворих з нестрептоковим ГТФ. Встановлено, що при реєстрації в сироватці крові хворих на тонзилофарингіт вмісту ІЛ-6 в межах вікової норми відносний ризик нестрептокової етіології захворювання становить 1,4 (95%ДІ 1,0-1,7) при співвідношенні шансів 1,8 (95%ДІ 1,0-3,2). Показники діагностичної цінності даного лабораторного тесту, щодо виявлення нестрептокового ГТФ відносно гострого тонзилофарингіту стрептокового генезу виявились наступними: ЧТ – 80,7%, СП – 38,8%, ПЦПР – 56,8%, ПЦНР – 66,7%. Водночас, встановлено, що нестрептококова етіологія гострого тонзилофарингіту в дітей асоціювала зі зниженням концентрації інтерлейкіну -8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл) відносно групи дітей із ГТФ зумовленого БГСА наступним чином: відносний ризик – 1,7 (95%ДІ 1,4-2,0), абсолютний ризик – 0,2, при співвідношенні шансів 2,7 (95%ДІ 1,3-5,0).

Враховуючи неоднорідність показників діагностичної цінності, наведені вище параклінічні тести можуть бути використані лише комплексно із іншими клінічно-параклінічними критеріями діагностики гострого нестрептокового тонзилофарингіту.

Таким чином, у хворих із гострим не стрептоковим тонзилофарингітом реєструвався вірогідно вищий рівень еритроцитів та гемоглобіну в сироватці крові порівняно з пацієнтами із стрептоковою етіологією захворювання. У 80,7% хворих з гострим нестрептоковим тонзилофарингітом відмічалася зниження вмісту інтерлейкіну -8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл), тоді як у групі пацієнтів із стрептоковою етіологією захворювання воно траплялося лише у 61,2% випадків ($P < 0,05$). Нестрептококова етіологія гострого тонзилофарингіту в дітей асоціювала зі зниженням концентрації інтерлейкіну -8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл) відносно групи дітей із ГТФ зумовленого БГСА наступним чином: відносний ризик – 1,7 (95%ДІ 1,4-2,0), абсолютний ризик – 0,2, при співвідношенні шансів 2,7 (95%ДІ 1,3-5,0). При реєстрації в сироватці крові хворих на тонзилофарингіт вмісту ІЛ-6 в межах вікової норми, відносний ризик нестрептокової етіології захворювання становить 1,4 (95%ДІ 1,0-1,7) при співвідношенні шансів 1,8 (95%ДІ 1,0-3,2).

Ковтюк Н.І., Міхєєва Т.М.

СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ТА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Якість життя є характеристикою фізичного, психічного, емоційного і соціального функціонування дитини, в основі якого лежить суб'єктивне сприйняття. Соціальні фактори формування здоров'я дітей та підлітків включають в себе як популяційні чинники, так і мікросоціальні. В значній мірі воно залежить від основних соціально-побутових компонентів життя родини. Сімейні особливості: соціальний статус, здоров'я і спосіб життя батьків, матеріальне становище, рівень освіти, психологічний клімат сім'ї. Усі вони безпосередньо впливають на здоров'я дітей. Окрім того сім'я прищеплює дітям поведінкові стереотипи, що визначають в подальшому житті дитини не тільки наявність або відсутність шкідливих звичок, але і ставлення до всіх інших складових здорового способу життя.

На сьогоднішній день має місце значне зростання поширеності серед дітей шкільного віку девіантних форм поведінки: близько 20% дітей у віці 10 - 11 років і більше 60% у віці 15 - 17 років курять; близько 35% дітей у віці 10 - 11 років і більше 70% у віці 15 - 17 років вживають алкогольні напої.

Метою роботи був аналіз взаємозв'язків між якістю життя дітей шкільного віку та соціальними чинниками, що впливають на їх здоров'я і спосіб життя.

До дослідження було залучено 100 сімей, вибірка сформована рандомізовано, анкетування анонімне. Вік дітей, що брали участь у дослідженні - 11–17 років. Використовували дескриптивний дизайн дослідження із одномоментним зрізом для формування вибірки, окремі показники аналізувалися у порівнянні між групами. Якість життя дітей оцінювали за адаптованими україномовними опитувальником CHQ-CF87. За іншою анкетой