



Виходячи з вищезазначеного, у 94 дітей з повторними епізодами обструкції бронхів була вивчена діагностична цінність позитивних результатів ПЛБ > 20% в виявленні бронхіальної астми. При цьому було відмічено, що ПЛБ > 20% був виявлений у 25 дітей з бронхіальною астмою і у 5 хворих без цього діагнозу. Показники лабільності бронхів менше 20 % спостерігались у 24 хворих на бронхіальну астму і у 40 дітей, у яких повторні епізоди бронхообструктивного синдрому (БОС) були обумовлені іншою нозологією. При такій точці розподілу отриманих результатів ПЛБ у обстежених дітей істиннопозитивні результати були відмічені в 26,6 % випадків, хибнопозитивні - в 25,5 обстежених.

З метою оцінки можливого використання ПЛБ для виявлення бронхіальної астми у дітей з повторними випадками бронхіальної обструкції, у 56 хворих був проаналізований варіант, коли за позитивний тест приймали ПЛБ > 20%, а за негативний – ПЛБ < 5 %. При такому підході, позитивний тест був зареєстрований у 24 хворих на бронхіальну астму і в 4 дітей без цієї нозології. Негативний тест був відмічений у 8 хворих на бронхіальну астму і в 20 дітей без цієї хвороби. При цьому істиннопозитивні результати були в 42,8 % випадків, хибнопозитивні – в 7,1 %, істиннонегативні - в 35,7 %, а хибнонегативні – в 14,3 % спостережень.

Виходячи з отриманих результатів, були розраховані діагностичні критерії вказаних величин ПЛБ по відношенню до виявлення бронхіальної астми у дітей з повторними епізодами обструкції бронхів в анамнезі (табл.).

Таблиця

Діагностичні критерії ПЛБ у виявленні бронхіальної астми

Варіанти	ПЛБ %	К-сть дітей	Діагностичні критерії, %									
			Se*	Sp*	PV (+)*	PV (-)*	Prev*	Точність	Валідність	Відтворюваність	Сила тесту	Ціна тесту
1	20 і >	94	51,0	99,9	83,3	62,5	52,1	69,1	39,9	46,3	49,0	11,1
2	20 і > 5 і <	56	75,0	83,3	85,7	71,4	57,1	78,6	58,3	66,7	25,0	16,7

*Se – чутливість; Sp – специфічність; PV(±) – позитивна передбачувана цінність; PV(-) – негативна передбачувана цінність; Prev. – розповсюдженість.

Виходячи з отриманих результатів можливо зробити висновок, що варіант використання ПЛБ для виявлення бронхіальної астми найбільше підходить для спірографічного скринінгу дітей, тому, що: (1) достатньо специфічний і чутливий; (2) застосовується для популяції «дітей-мішеней» – старше 7 років; (3) асоціює з мінімальним ризиком обстеження; (4) знижує психо-емоційне напруження обстежених за рахунок малої кількості хибнопозитивних результатів.

Голованець О.С., Дроник Т.А., Курик О.В.

АКУАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ КАТАМНЕСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З НАСЛІДКАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ: АСПЕКТИ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

Успіхи в акушерстві та неонатології за останні 3 десятиліття привели до того, що смертність недоношених дітей з надзвичайно низькою масою тіла при народженні <1000 г або з крайньою незрілістю до 28 тижнів вагітності (ТВ) неухильно знижується. У той час як ще наприкінці 70-х років відсоткові показники виживання становили менше 30%, у 90-х роках вони зросли до більше ніж 70% і сьогодні перебувають на рівні майже 80% [Wilson-Costello D., 2007; Stoll B.J., 2010]. Зі зниженням смертності зростає й занепокоєність тим, що одночасно може зрости довгострокова захворюваність, зокрема пов'язана з неврологічним розвитком. Зокрема для дітей, які народилися в гестаційному віці до 26 ТВ, і ще більше – для недоношених дітей на межі життєздатності (<24 ТВ) існує високий ризик виникнення серйозної інвалідності. Діагнози «дитячий церебральний параліч» і «олігофренія», як дві найчастіші форми інвалідності, виникають з частотою 8-15% і, відповідно, 10-25% у дітей гестаційного віку <28 ТВ. Серйозних порушень зору і слуху при цьому ступені зрілості слід очікувати у 1-3% випадків. Зі зростанням ступеня незрілості зростає й ризик виникнення соматичних, когнітивних і психосоціальних порушень [Voss W., 2012; Serenius F., 2013].

Аналіз аспектів психофізичного розвитку екстремально недоношених дітей необхідні для того, щоб якомога раніше і повніше розпізнати як моторні та сенсорні, так і когнітивні, психічні та соматичні відхилення від норми та своєчасно вжити відповідних стимулюючих заходів. При контрольному профілактичному обстеженні також слід брати до уваги й когнітивні часткові порушення та більш рідкісні ускладнення, які внаслідок формування специфічних форм довготривалої адаптації, призводять до формування соматичної патології. Тому особливу увагу слід приділяти порушенням функціонального стану систем органів від народження, зокрема відхиленням з боку гастроентерологічної системи. Проблеми травної системи, проявом яких є порушення толерантності до ентерального харчування, мають у патогенезі зміни мікробіоценозу кишечника, місцевого та загального імунітету, місцеве запалення зі збільшенням проникливості слизової оболонки з ризиком проникнення умовно-патогенної мікрофлори у кровотік, розвитком неспецифічного ентероколіту та септичного процесу.



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.

Дролик Т.А.

КЛІНІЧНІ МАРКЕРИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ ЗА УМОВ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра досліджу 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 ларезу 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 закрепів (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%, закрепи 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.), закрепи (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 позалікарняних 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 необгрунтовано 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 стрептококовим тонзилофарингітом. За основними клінічними характеристиками пацієнти обох груп були зрівноважені. Крім загальноклінічного обстеження всім пацієнтам проведено