



Таким чином, актуальність проблеми функціональних гастроінтестинальних порушень у дітей раннього віку полягає у запобіганні поліпрагмазії та вчасній діагностиці, а також попередженні виникнення органічних порушень шлунково-кишкового тракту у дітей.

Хільчевська В.С.
КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІОЛІТУ НА
СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет

З метою вивчення чинників, що впливають на тяжкість перебігу бронхіолітів на сучасному етапі, проведено ретроспективний аналіз 20 історій хвороб малюків, госпіталізованих до відділення патології новонароджених та інфекційного відділення для дітей молодшого віку ОДКЛ у віці від двох тижнів до 7-ми місяців. У всіх дітей виключена бактеріальна природа захворювання шляхом вірусологічного, бактеріологічного дослідження мазків з носоглотки та рентгенологічного обстеження органів грудної клітки, а також наявність хронічної бронхолегеневої патології.

Серед дітей із бронхіолітом частка хлопчиків склала 55,0%, а дівчаток - 45,0%. Середній вік хворих становив 2,7 місяця. Діти надходили у стаціонар у середньому на 3-й день від початку захворювання, а середня тривалість лікування у відділенні була 9,5 днів. Стан тяжкості при поступленні у 75,0% випадків був середньотяжким, у 20,0% – тяжким, в однієї дитини – вкрай тяжким. Тяжкість стану була обумовлена бронхообструктивним синдромом та дихальною недостатністю, яка у 65% дітей відповідала I ступеню, у 35,0% пацієнтів – II ступеню. Явища інтоксикації відмічалися трохи більше, ніж у половини хворих дітей, підвищена температура тіла – у 40 % пацієнтів, причому температура не перевищувала 38,0°. Діти більше ніж у половині випадків надходили з направленням лікаря поліклінічної ланки, у 35,0% - з відділень ЦРЛ, двоє дітей надійшли з відділення реанімації та інтенсивної терапії ОДКЛ. Із супутньої патології у дітей виявлявся анемічний синдром I ступеня (25%), алергічний дерматит (15,0%), вроджена вада серця (10%). Явищ рахіту, білково-енергетичної недостатності відмічено не було. Кореляційний аналіз між анамнестичними показниками показав чіткий вірогідний зв'язок вказівки на алергічний дерматит зі штучним вигодовуванням та меншою тривалістю грудного вигодовування. Із сімейного анамнезу відомо, що у 70,0% малюків з бронхіолітом у сім'ї від двох до чотирьох дітей, тобто є старші діти. За останні 3 тижня з інфекційними хворими контактувало 60,0% досліджуваних дітей. Перинатальний анамнез хворих дітей виявився без особливостей. Всі діти з бронхіолітом були доношеними при народженні. На грудному вигодовуванні перебувало 75,0% хворих дітей, на штучному – 15,0% дітей. Щеплення за календарем згідно записам в історіях хвороб відмічено у 90,0% дітей, які всі щеплені БЦЖ у пологовому будинку та 45% щеплені АКДС та проти гемофільної інфекції. Наявність чи відсутність щеплень в цілому корелювало з віком дітей.

Отже, у клінічній картині бронхіоліту домінували бронхообструктивний синдром та дихальна недостатність I-II ступеню, не виразний інтоксикаційний синдром. Серед обстежених дітей переважали пацієнти з середньотяжким перебігом (75,0%), що асоціювало з грудним вигодовуванням дитини, необтяженим алергологічним анамнезом, меншою кількістю старших дітей в сім'ї, вищими показниками щеплень за календарем.

Черней Н.Я.
ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ
ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Кафедра педіатрії та медичної генетики
Буковинський державний медичний університет

Ураження органів травлення займають провідне місце у структурі хронічної дитячої соматичної захворюваності в усьому світі, у тому числі й у високорозвинених країнах, мають



велике соціальне значення та представляють вагомую проблему сучасної педіатрії. Серед захворювань органів травлення у дітей 70 – 75 % припадає на патологію шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК).

Незважаючи на те, що, останнім часом не рідко мають місце стерті, малосимптомні форми виразково-деструктивних захворювань гастроудоденальної ділянки (ГДД), а типові для цих станів больовий, диспепсичний та астено-вегетативний синдроми не завжди маніфестують, провідним синдромом у клініці виразкової хвороби (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), все ще, залишається больовий синдром.

Метою було дослідити больовий синдром в дітей, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки. На базі гастроентерологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м.Чернівці) обстежено 53 дітей віком від 9 до 18 років. З них 25 дітей, хворих на ВХ шлунка та ДПК (перша (I) група) та 28 дітей із ерозивними захворюваннями ГДД (друга (II) група). Усім дітям було проведено ретельне клінічне дослідження. За віком, статтю та місцем проживання групи вірогідно не відрізнялись.

У нашому випадку 17 дітей (68,0%) із діагнозом ВХ шлунка та ДПК скаржились на біль, із них 13 дітей (86,7%) в гостру стадію хвороби та 4 дітей (40,0%) в стадії ремісії, у решти спостерігався безбольовий варіант перебігу ВХ шлунка та ДПК. Щодо дітей із ерозивними захворюваннями ГДД, то відсоток дітей із больовим синдромом був значимо більшим і спостерігався у 92,9% випадків (26 дітей). Частіше больовий синдром виникав у старшій віковій підгрупі, як у хворих з ВХ (76,9%), так і у дітей із ерозивними захворюваннями (60,0%). У 56,0% дітей I групи та у 42,9% дітей II групи біль локалізувався в епігастральній та пілородуоденальній ділянках. Меншою мірою була вираженість больового синдрому в пілородуоденальній та навколопупкової ділянці, відповідно 20,0% у дітей, хворих на ВХ шлунка та ДПК та 21,4% у групі дітей із ерозивними захворюваннями ГДД. Майже з однаковою частотою у двох групах відзначалась поєднана локалізація в епігастрії та навколо пупка (12,0% та 14,3%). Ізольована локалізація в епігастрії теж відзначалась із подібною частотою, зокрема в першій групі у 12,0% випадків та у 21,4% у групі дітей із ерозивними захворюваннями ГДД. У дітей із виразковою хворобою шлунка та ДПК вірогідно частіше біль носив ниючий характер (68,0%). Рідше виникав біль переймоподібного характеру у 32,0% всіх випадків. Подібні цифри спостерігалися і у дітей із ерозивними захворюваннями ГДД. У групі дітей із ВХ шлунка та ДПК частіше виникав біль натще та через 1-1,5 год після їжі (48,0%), а у групі з ерозивними захворюваннями ГДД частішим він був тільки натще (42,9%).

Отже, виявлено, що в дітей, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки біль носить ниючий характер, локалізується в епігастрії та пілородуоденальній ділянці, виникає натще і через 1-1,5 год після їжі.

Шахова О.О.

ДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

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

Легший та інтермітуючий перебіг бронхіальної астми (БА) у підлітків є передумовою для зменшення активності базисної терапії або її повної відміни, що сприяє погіршенню ефективності лікування в даному віці та зменшенню досягнення не лише клінічної, але й спірографічної стійкої ремісії у подальшому. Гіперсприйнятливості дихальних шляхів можна розглядати як провідний механізм клінічних проявів бронхіальної астми, що корелює з важкістю захворювання, хоча може перебігати асимптоматично, проте її значення як предиктора астми у підлітків залишається досі недостатньо вивченим.

Метою дослідження було оцінити показники неспецифічної гіперсприйнятливості та реактивності бронхів у дітей підліткового віку, з урахуванням результатів багаторічного динамічного спостереження у позанападному періоді бронхіальної астми.