



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 навколупупкової 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.



В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці, проведено визначення неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів у 42 дітей підліткового віку, що хворіють на БА. Обстеження проводили у міжпападному періоді, коли в дитини були повністю відсутні клінічні прояви обструкції бронхів, і відмінялися медикаменти, котрі могли вплинути на точність оцінки неспецифічної гіперсприйнятливості до прямих і непрямих стимулів. У більшості дітей обстеження проводилися багаторазово в динаміці спостереження.

Виявлено, що гіперчутливість бронхів була меншою за середньо тяжкого перебігу БА ніж за тяжкого її варіанту, і становила (ПК20Г) $1,58 \pm 0,5$ мг/мл, проти $1,04 \pm 0,4$ мг/мл. Реактивність бронхів за даними дозозалежної кривої становила відповідно $2,01 \pm 0,14$ ум.од. проти $2,19 \pm 0,12$ ум.од., що свідчило про вищий ступінь реактивності дихальних шляхів при тяжкому перебігу захворювання в підлітків. По мірі посилення тяжкості захворювання у підлітків зростає лабільність бронхів (ПЛБ). Так при легкому перебігу захворювання ПЛБ дорівнює $9,26 \pm 0,13\%$ (95% ДІ:0,12-1,45), при середньотяжкому $13,18 \pm 3,93\%$ (95% ДІ:12,9-25,3), а при тяжкому перебігу БА $27,7 \pm 4,2\%$ (95% ДІ:12,8-26,1), ($P < 0,05$). За середньотяжкого варіанту ПЛБ зростає переважно за рахунок індексу бронходиляції $10,37 \pm 3,18\%$ (95% ДІ:10,5-20,5), а за тяжкої – також і за рахунок виникнення бронхоспазму фізичної напруги $12,3 \pm 3,34\%$ (95% ДІ:9,5-20,4).

Отже, гіперсприйнятливість дихальних шляхів до прямих і непрямих стимулів у післяпападному періоді, мабуть, поєднує спільні механізми, до яких, перш за все, слід віднести запалення дихальних шляхів, а неспецифічну гіперреактивність бронхів у дітей підліткового віку, слід розглядати як мультифакторний феномен, а скоріше – епіфеномен, бронхіальної астми.

Яковець К.І.

РОЛЬ МІКРООРГАНІЗМІВ ТА ЇХ АСОЦІАЦІЙ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГНІЙНОМУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОМУ СИНУЇТІ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТИПУ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Буковинський державний медичний університет*

Метою роботи було визначення якісного і кількісного складу мікробіоти у хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синуїт (ХГВС) з цукровим діабетом 1 (ЦД 1) типу.

Бактеріологічними та мікрологічними методами проведено визначення якісного і кількісного складу асоціантів мікробіоти біотопу порожнини верхньощелепних пазух у 50 хворих на ХГВС з ЦД 1 та 37 хворим на ХГВС такого ж віку без супутньої патології. У вмісті порожнини верхньощелепних пазух хворих на ХГВС, поєднаний з ЦД 1 типу, виділено та ідентифіковано 175 штамів різних видів мікроорганізмів, що відносяться до 24 різних таксономічних груп, які у біотопі формують різні за якісним складом мікробні асоціації, що складаються із 3-х різних видів у 58% хворих, із 4-х видів у 34,0% та із п'яти різних таксонів – у 8,0% хворих.

ХГВС у пацієнтів з ЦД 1 типу порушує мікробні асоціації. У хворих на ХГВС зростає кількість асоціацій, що складаються з 3-х видів у 2,7 рази, але зменшується на 11,76% кількість асоціацій, що складаються із 4-х видів мікроорганізмів. Кількість асоціацій, що складаються з 5-ти видів у хворих зменшується у 3,5 рази. Серед найбільш численних асоціацій, що складаються із 3-х видів патогенних та умовно патогенних автохтонних 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.

У хворих на ХГВС, поєднаний з ЦД 1 типу з тяжким перебігом були наявними асоціації, що склалися із *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *Candida* spp. і *S. epidermitis*; *S.*