– підвищення температури тіла не асоціюється з ІСС, виявлення джерела інфекції, як причини лихоманки, знижує ймовірність ІСС у дітей;

– методи візуалізації при ІСС включають обов'язкове проведення УЗД нирок і сечового міхура, мікційної цистограми після першого епізоду інфекції хлопчикам і другого – дівчаткам; при рецидиві ІСС у дітей до 5 років з 3-го епізоду інфекції показано проведення мікційної цистограми навіть за відсутності патологічних змін за даними УЗД сечової системи, у хлопчиків до 1 року – з другого епізоду;

– призначення антибіотикотерапії дітям слід проводити з урахуванням даних регіонального моніторингу щодо антибіотикорезистентності основних груп уропатогенів; призначення обґрунтованої антибіотикотерапії дітям із ІСС, під час першої консультації, достовірно покращує клінічний стан у порівнянні з пацієнтами із ІСС, яким не призначили належних антибіотиків або взагалі їх не отримували;

– при неускладненій інфекції сечової системи у дітей доцільно уникати застосування антибіотиків широкого спектра дії й використовувати альтернативні підходи – призначати антибактеріальні препарати рослинного походження або урологічні вакцини.

Буряк О.Г.

ХРОНОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОКАЗНИКА НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ХРОНІЧНИМИ БРОНХІТАМИ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Буковинський державний медичний університет

Хронічний бронхіт – це дифузне ураження бронхів з прогресуючим розвитком запального процесу і порушенням функції бронхів. Розвиток хронічного запалення в бронхах, як правило, пов'язують з перенесеними в ранньому віці гострими респіраторними захворюваннями. На сьогодні від 20 до 65% дитячої популяції часто (3-5 разів і більше на рік) хворіє гострими респіраторними вірусними інфекціями. Частка таких дітей складає 25-50% від всіх випадків захворювань дітей. У більшості з них спостерігається легкий перебіг захворювання, однак у частини дітей може перебігати тяжко, і супроводжуватись дихальною недостатністю. Оцінка ступеня тяжкості, який залежить від вираження гіпоксії, базується переважно на клінічних симптомах. Серед об'єктивних методів оцінки гіпоксії і зумовлених нею метаболічних порушень використовують пульсоксиметрію.

Метою нашого дослідження було вивчити показники насиченості крові киснем у дітей шкільного віку із хронічними бронхітами. Дослідження проведено в двох групах порівняння. Основну групу склала 31 дитина шкільного віку із хронічними бронхітами. Контрольну групу порівняння склали 30 здорових дітей шкільного віку. З метою аналізу системи зовнішнього дихання застосовували проби Штанге і Генча. Визначення показника насиченості крові киснем (SpO_2) здійснювали пульсоксиметром Creative Medical PC66B.

Аналізуючи показник сатурації у досліджуваних дітей, виявлено, що в середньому він дорівнював 97,2±0,8% і коливався в межах від 89,0% до 100,0%. Порівнюючи середнє значення SpO_2 між дівчатами і хлопцями, встановлено, що у хлопців воно становило 97,8±1,0%, максимальне значення було 100,0%, мінімальне – 91,0%. Середнє значення сатурації у дівчат дорівнювало 97,1±0,9% і коливалось від 89,0%. Вірогідної різниці при цьому ми не виявили. Порівнюючи SpO_2 між показниками дітей досліджуваних груп, ми знову ж таки не спостерігали вірогідної різниці між ними, хоча у дітей із хронічними бронхітами він все ж таки був дещо нижчий ніж у здорових дітей. Вагомими виявились результати оцінки рівня SpO_2 у обстежених дітей в поєднанні з функціональними пробами Штанге та Генча. Так, у дітей з контрольної групи середнє значення SpO_2 одразу після проведення проби Генча дещо знижувалось і становило 96,2±1,2%. Загальне зниження сатурації становило 1,7%. У дітей з хронічними бронхітами середнє значення SpO_2 після проби Штанге так само знижувалось і дорівнювало 95,1±1,3%. При цьому зниження рівня сатурації сягало 1,9%. В цілому суттєвої різниці при цьому ми не спостерігали. Зовсім інша картина спостерігалась при оцінці SpO_2 після проведення проби Генча.

Група порівняння	Показник	
	M±m, %	Зниження рівня SpO_2, %
Основна група (N=31)	94,2±1,1*	2,8*
Контрольна група (N=30)	96,1±1,2	1,8

Примітка.*- вірогідна різниця в порівнянні з контрольною групою (p<0,05)

Таким чином, у дітей з хронічними бронхітами після проведення проби Генча рівень SpO_2 суттєво знижується, при чому, він є вірогідно нижчим, ніж у дітей контрольної групи (p<0,05). Дану відмінність можна пояснити, як особливостями периферійної мікроциркуляції у дітей з хронічними бронхітами, так і меншою їх стійкістю до клітинної гіпоксії, адже проба Генча проводиться на видиху, тому, явища гіпоксії розвиваються швидше, а при відсутності достатніх компенсаторних резервів, вони призводять до падіння сатурації.

Ватаманеску Л.І.

ВПЛИВ ОЗОНОВАНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО РОЗЧИНУ НА МОРФОЛОГІЧНУ СТРУКТУРУ СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Буковинський державний медичний університет

Нашою метою було вивчити морфологічні зміни та стан APUD-системи тонкої кишки після перенесених гнійно-запальних захворювань органів черевної порожнини в експерименті.

Експериментальні дослідження виконані на 30 інфантильних щурах, масою тіла 100 ± 20 мг. Під час експерименту дотримувалися міжнародних принципів Хельсинської декларації про гуманне ставлення до тварин. Всі дослідження проводили використовуючи внутрішньоочеревинне введення кетаміну. Проводили моделювання перитоніту шляхом внутріочеревинного введення 10% суміші аутокалу. Через 48 годин проводили релапаротомію, промивання черевної порожнин розчинами антисептиків (основна група), промивання озонованим фізіологічним розчином (група порівняння). Пошарово зашивали операційну рану.

В контрольній групі щурів, гранули APUD - клітин у залозах слизової представлені у значній кількості. Гранули розміщені у клітинах як в базальній, так і в апікальній частині; вони різної форми і займають значну частину клітини, що свідчить про нормальну секреторну активність ендокринних клітин. Середня кількість апудоцитів в слизовій оболонці ілеоцекального кута в контрольній групі щурів склала 326+16,8.

В основній групі спостерігається потовщення серозної оболонки, вогнищевий її фіброз; помірна інфільтрація її лімфоцитами, макрофага. В слизовій оболонці помірно виражені дистрофічні зміни епітелія ворсин. В ділянці ілеоцекального кута відмічаються десквамація епітелія ворсин з дистрофічними змінами.

В одному з випадків в ділянці ілеоцекального кута була знайдена запальна інфільтрація в стінці з вогнищевим поверхневим виразкуванням слизової оболонки Це могло бути спричинене порушенням трофіки стінки кишки за рахунок часткового втягнення брижі з судинами у спайковий процес, внаслідок чого виникли некроз, запалення і виразкування в слизовій оболонці, а далі запалення поширилось на м’язову оболонку. В кількох випадках була знайдена масивна лімфоідно-клітинна інфільтрація підслизової оболонки з утворенням лімфоідних фолікулів. При дослідженні APUD-системи відмічене зменшення кількості клітин, наявність апудоцитів лише в окремих залозах, невелика кількість аргірофільних і аргентафінних гранул в клітинах, що свідчить про зниження функціональної активності апудоцитів. Середня кількість апудоцитів в слизовій оболонці кишки становила 96+18,3.

В групі порівняння в стінці тонкої кишки знайдений помірний фіброз підслизової оболонки, помірна вогнищева інфільтрація лімфоцитами, макрофагами серозної оболонки. Залози слизової гіперхромні, в них відмічаються переважно ентероцити; кількість