



доношених, так і в недоношених дітей клінічні прояви інфекційної патології неспецифічні та не мають чіткої клінічної симптоматики, подібні до симптомів дуже поширених та пов'язаних як з перинатальною гіпоксією, так і іншими станами (респіраторний дистрес-синдром, природжені вади серця, внутрішньочерепний крововилив), які характеризуються системними проявами у своєму клінічному перебігу та часто мімікують генералізовані системні інфекції.

Виходячи з цього метою роботи було вивчення діагностичної цінності клінічно-параклінічних показників у верифікації раннього сепсису у новонароджених за умови наявності в них чинників схильності до розвитку інфекційно-запального процесу.

В умовах пологового будинку проведено комплексне обстеження 100 новонароджених у перші дві доби життя. Критеріями входження виступали: вік перші 1-2 доби життя; безперервність набору пацієнтів; один пологодопоміжний заклад; наявність чинників схильності до ранньої неонатальної інфекції з боку вагітної, новонародженого, з урахуванням специфічних чинників схильності; наявність клінічних проявів органної дисфункції, які могли зумовлюватися як інфекційними, так і неінфекційними причинами. Критеріями виключення у дослідженні були: наявність факторів ризику ранньої неонатальної інфекції, крім недоношеності; здійснення внутрішньоутробної профілактики інфекції, викликаної стрептококом групи В; наявність природжених вад і аномалій розвитку, а також помилки обміну; наявність у сімейному анамнезі клінічно значущих спадкових захворювань, прояви яких можуть нагадувати інфекцію. Усім дітям проведено кількісне визначення вмісту в сироватці крові гостро фазових реактантів інфекційно-запального процесу: С-реактивного білка (СРБ) в сукупності з визначенням рівня протизапальних цитокінів – інтерлейкінів 6 та 8. Отримані результати аналізувалися методами біостатистики за принципами клінічної епідеміології.

Проведений комплекс клінічних досліджень не виявив специфічних і, тим більше, патогномонічних проявів інфекційно-запальної патології у першу-другу добу життя. Такі клінічні симптоми та ознаки, які зумовлюють інфекційно-запальний процес та/або стани, що його імітують: феномен «хворої дитини», респіраторні порушення, прояви порушення системи кровообігу, ЦНС та шлунково-кишкового тракту у новонароджених у період гострої адаптації (на першу-початку другої доби життя) спостерігалися майже у 82,0 % випадків.

Проведення параклінічних досліджень з визначенням рівнів прозапальних цитокінів 6 і 8 показало, що середній вміст ІЛ-6 в сироватці крові обстежених дітей становив  $(44,6 \pm 7,7)$  пг/мл, а ІЛ-8 –  $(87,5 \pm 15,3)$  пг/мл. Тобто, в обстежених новонароджених переважали низькі концентрації вказаних інтерлейкінів, які не володіють достатньою самостійною діагностичною цінністю щодо виявлення ранньої неонатальної інфекції. Проведена оцінка діагностичної цінності визначення вмісту С-реактивного білка за умови перевищення його рівня вище 10,0 мг/л у верифікації інфекційно-запальних процесів у новонароджених характеризувалася такими показниками: чутливість - 65 %, специфічність - 79 %, позитивна передбачувана цінність - 66 %, негативна передбачувана цінність - 78 %, позитивний індекс правдоподібності - 3,0 та негативний індекс правдоподібності - 2,3. Слід відмітити, що, за нашими даними, показники діагностичної цінності рівня С-реактивного білка у верифікації інфекційно-запальних процесів у новонароджених були дещо нижчими, ніж це відмічали інші дослідники. При визначенні діагностичної цінності вмісту С-реактивного білка у верифікації інфекційно-запальних процесів серед доношених новонароджених чутливість становила 80 %, специфічність - 96 %, позитивний індекс правдоподібності - 12,8 %, негативний індекс правдоподібності - 4,1. Натомість, у групі недоношених новонароджених ці показники, відповідно, становили: 43, 68, 1,4, 1,2 %. Доведено, що високі показники вмісту С-реактивного білка виявилися специфічними, проте не чутливими маркерами інфекційно-запального процесу та супроводжувалися хибнонегативними результатами в межах 59-79 %.

Проведена оцінка діагностичної цінності низьких результатів гострофазових показників запального процесу у спростуванні неонатальної інфекції супроводжувалася хибнопозитивними результатами у 42-68 % випадків. Жоден із вивчених клінічно-параклінічних показників є недостатньо інформативним та діагностично не значущим у верифікуванні системної бактеріальної інфекції у новонароджених перших двох діб життя.

### **Гінгуляк М.Г., Швигар Л.В. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПОКАЗНИКА ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ВИЯВЛЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Хронічне алергічне запалення дихальних шляхів у хворих на бронхіальну астму часто проявляється наявністю прихованого бронхоспазму і обструкції бронхів після фізичного навантаження.

Було проведено дослідження по оцінці величини показника лабільності бронхів (ПЛБ) у дітей двох груп порівняння, яке дозволило припустити, що цей показник можна використовувати для виявлення (або виключення) бронхіальної астми у дітей з повторними епізодами обструкції бронхів, що являють собою групу ризику по цьому захворюванню. При цьому було встановлено, що для хворих на бронхіальну астму характерні високі показники лабільності бронхів (20 % і більше). Низькі значення ПЛБ у хворих першої групи зустрічалися відносно рідко і вони були більш характерні для дітей, у яких повторні епізоди обструкції бронхів не пов'язані з бронхіальною астмою.



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.