



астму (середній вік - $11,6 \pm 0,4$ року, частка хлопчиків - 70,0%), II група - 45 дітей хворих на бронхіальну астму з супутнім алергічним ринітом (середній вік - $12,4 \pm 0,8$ року, частка хлопчиків - 80,0%), з них – у 16 дітей (35,6%) реєстрували інтермітуючий алергічний риніт (АР), а в 29 пацієнтів (64,4%) – персистувальний перебіг алергічного риніту. За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставимі.

Аналіз отриманих даних показав, що у представників II клінічної групи вдвічі частіше відзначався пізній старт захворювання (після 6 років) (42,3% випадків) порівняно із пацієнтами I клінічної групи (20,0%, $p < 0,05$). Наявність вказівок на прояви atopічних хвороб в родині з майже однаковою частотою відмічали пацієнти обох груп спостереження, зокрема 50,0% хворих I групи та 41,4% ($p > 0,05$) дітей II групи.

Аналіз тяжкості перебігу бронхіальної астми в дітей клінічних груп спостереження показав, що персистувальний легкий, середньотяжкий і тяжкий перебіг астми у представників I групи реєстрували у 20,0%, 70,0%, 10,0% випадків відповідно, а у пацієнтів II групи – у 12,0% ($p > 0,05$), 52,0% ($p > 0,05$), 36,0% ($p < 0,05$) відповідно. Детальна оцінка контролю перебігу БА за даними АСТ-опитувальника (Asthma Control Test) дозволила встановити, що середній показник АСТ-тесту у I групі дорівнював $18,2 \pm 1,2$ бали, а у пацієнтів II групи - $16,8 \pm 0,9$ бали, що свідчить про переважання частково контрольованого або неконтрольованого перебігу хвороби у пацієнтів II групи. Так, показники ризику втрати контролю (АСТ-тест < 19 балів) у дітей II групи порівняно до пацієнтів I групи дорівнювали: відносний ризик -1,2 [95% ДІ: 0,8-2,6] при співвідношенні шансів - 4,1 [95% ДІ: 2,0-9,6].

Оцінка цитологічного складу носового слизу показала переважання виразного еозинофіл-опосередованого запалення слизової оболонки носа в дітей за наявності коморбідності БА та персистувального АР порівняно до пацієнтів з інтермітуючим перебігом АР: відносний ризик зростав у 2,1 рази (95%ДІ: 1,1 – 4,3), а співвідношенні шансів – у 3,4 раза (95%ДІ: 1,8- 5,4).

Таким чином, за наявності супутніх коморбідних станів (алергічного риніту) шанси неконтрольованого перебігу захворювання зростають у 4,1 рази, захворювання має тенденцію до переважання фенотипу пізнього початку, а тяжкий перебіг трапляється у кожного третього хворого.

Фоміна Т.П.

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШКІВНИКА

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Суттєве місце серед гастроентерологічних захворювань у дітей займає патологія кишківника, зокрема хронічні запальні захворювання. Однією із специфічних особливостей патології дітей є значна поширеність і функціональних захворювань, зумовлених фізіологічною та метаболічною незрілістю організму дитини, зокрема дітям раннього віку властива низька активність травних ферментів, підвищена проникність епітеліоцитів, знижена моторна функція кишківника, незрілість і дискоординація роботи сфінктерів. Слизова оболонка кишківника є важливим компонентом імунної системи, яка відіграє значну роль у розвитку харчової толерантності та захисті проти патогенних організмів.

Мета дослідження – оцінити фізичний розвиток у дітей із захворюваннями кишківника.

Обстежено 70 пацієнтів віком від 3 до 17 років. Дітей розділено на 2 групи: 1-ша (35 дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці в яких було діагностовано захворювання кишківника) і 2-га група (35 дітей) – клінічно здорові діти. Серед обстежених I-ї групи 2 дітей було із хворобою Крона, 2 дітей із діагнозом неспецифічний виразковий коліт, 12 дітей



з синдромом подразненого кишківника без діареї, 4 дітей з синдромом подразненого кишківника із діарезою, 10 дітей з функціональним закрепом, 3 дітей із проявами харчової алергії, 2 дітей із вродженими аномаліями розвитку кишківника. Співвідношення хлопчиків до дівчаток 1:1. Методи дослідження: антропометричний, клінічний, соціометричний, інструментальний та статистичний. Фізичний розвиток дітей оцінювався, використовуючи антропометричний метод із застосуванням перцентильних таблиць.

Оцінивши фізичний розвиток у дітей із 1-ї групи, отримані результати були такими: у 2-х дітей (6 %) з хворобою Крона та 2-х (6 %) з неспецифічним виразковим колітом фізичний розвиток за перцентильними таблицями відповідав вкрай низькому коридору, у 2-х дітей (6 %) із вродженими аномаліями розвитку кишківника – низькому, у 3-х дітей (8 %) із проявами харчової алергії – був нижче середнього, у 26 (74 %) дітей із синдромом подразненого кишківника і функціональним закрепом – середній. У дітей із 2-ї групи отримано такі результати: у 30 (86 %) дітей фізичний розвиток був середній, у 3 (8 %) - вище середнього та у 2 (6 %) - нижче середнього.

Отже, при оцінці фізичного розвитку у дітей із основної групи у порівнянні з дітьми із контрольної групи було виявлено більшу кількість дітей із відхиленнями фізичного розвитку, що пов'язано з наявністю у них хронічного ураження кишківника.

Фрунза А.В.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Проблема гострого пошкодження нирок (ГПН) у пацієнтів, що знаходяться у ВІТН, особливо актуальна. Вплив лікарських засобів, що застосовуються для виходжування новонароджених, анатомо-фізіологічна незрілість ниркових структур та наявність супутньої патології створюють передумови для розвитку ГПН. «Класичні» параметри, які використовуються, не є ні чутливими, ні специфічними для верифікації діагнозу, а відсутність можливостей ранньої діагностики призводить до хронізації патологічного процесу та має вагомe соціальне значення.

Мета дослідження – вивчити етіологічні чинники та особливості клінічних проявів ренальної дисфункції у передчасно народжених дітей (ПНД) (25-36 тижнів гестації) з важкою перинатальною патологією.

Проведено ретроспективний аналіз історій розвитку новонародженого (Ф 097/о) у 46 недоношених новонароджених дітей в гестаційному терміні 25 -36 тижнів, що отримували лікування у ВІТН впродовж раннього неонатального періоду. В ході дослідження I групу склали 23 новонароджених з проявами ГПН (I група) та 23 новонароджених без ГПН (II група). Діагностика ГПН проведена згідно критеріїв KDIGO (2012). Для визначення зв'язку між імовірними етіологічними чинниками проведено логістичний регресійний аналіз з визначенням довірчого інтервалу (ДІ), коефіцієнту співвідношення шансів (КСШ). Статистична обробка отриманих результатів виконувалася за допомогою програмного забезпечення Statistica v.10, Medcalc.

Вивчення особливостей перебігу гестаційного періоду дозволило встановити наступні статистично значущі фактори: загрозу самовільного аборту (КСШ 4,37; 95 % ДІ 1,34-14,24; $p=0,0142$), внутрішньоутробне інфікування плода (КСШ 4,17; 95 % ДІ 1,19- 14,57; $p=0,0249$), синдром затримки розвитку плода III ст. (КСШ 13,04; 95% ДІ 1.51 – 30,86; $p=0,0120$). Аналіз інтранатальних факторів дозволив встановити, що статистично значимими чинниками є дистрес плоду та ургентний кесарів розтин (КСШ 7,90; 95 % ДІ 2,64-23,7; $p=0,0002$). Вивчення структури основної перинатальної патології груп дослідження встановило, що формування ГПН пов'язано зі статистично значимо вищою частотою раннього неонатального сепсису (КСШ 9,16; 95 % ДІ 2,96-28,33; $p= 0,0001$), синдромом