



патології. Проведено аналіз даних наукової літератури та електронних пошукових систем (БД Web of Science та Google Scholar) з питань діагностики та лікування порушень функціонального стану системи травлення у дітей при критичних станах періоду новонародженості та у грудному віці за 2015-2020 рр.

Зниження тягаря захворюваності має бути пріоритетним завданням біомедичних досліджень. У даний час для цієї вразливої категорії немовлят констатуються недостатні можливості постнатального лікування, яке обмежується лише контрольованою гіпотермією, яке не у всіх випадках є повністю ефективним. Немає ліцензованих на даний час додаткових фармакологічних методів лікування. Складна мережа взаємодіючих молекулярних каскадів, включаючи ексайтотоксичність, окислювальний стрес і запалення за умов пологового стресу/гіпоксії спричиняє поступовий патерн загибелі нейронів, що спостерігається у новонароджених після перенесеної асфіксії/гіпоксії, та, відповідно спричиняє розвиток функціональної патології систем органів, зокрема, травної системи, на першому році життя. Націлювання на загальні медіатори цих шляхів з конкретними мішенями, пов'язаними з далекосяжними ефектами, пропонує потенційний підхід до створення нових фармакологічних методів лікування з метою підвищення адаптації новонароджених до пологового стресу та гіпоксії. Вплив на загальні медіатори та регулюючі механізми запалення за умов пологового оксидативного стресу, з урахуванням можливих далекосяжних ефектів на організм дитини, передбачає потенційне використання нових підходів до лікування та реабілітації у таких новонароджених.

Таким чином, дослідження можливостей застосування біорегуляційної системної медицини як всеосяжного, інноваційного підходу, враховуючи поєднаність патофізіологічних механізмів формування захворювань, підтримує ідею щодо доцільності використання методу авторегуляції організму за умов гіпоксії у дітей від народження, що спрямовано на усунення порушень регуляції в біологічних мережах, які є основою формування патології.

**Дроник Т.А.**

## **РЕЗУЛЬТАТИ КАТАМНЕСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З НАСЛІДКАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини.*

*Буковинський державний медичний університет*

За даними літератури, поширеність патології органів травлення займає одне з провідних місць у структурі захворюваності серед дитячого населення, зокрема функціональні розлади шлунково-кишкового тракту (ШКТ) займають від 60% до 95% у загальній структурі гастроінтестинальної патології [Знаменська Т.К., 2014;Майданник В.Г., 2018; BenningaM.A., 2016]. Функціональні порушення ШКТ часто являються проявами перинатального пошкодження центральної нервової системи (ЦНС) як один з проявів синдрому вегето-вісцеральних порушень [Хасанова С.С., 2018].

Мета дослідження – оцінити результати катамнестичного спостереження дітей грудного віку з наслідками перинатальної патології, удосконалити схему катамнестичного спостереження дітей. Проведено катамнестичне спостереження 77 дітей грудного віку з функціональними гастроінтестинальними порушеннями, які перенесли перинатальну патологію. I групу склали діти у віці до 3 міс.(14 дітей), II групу склали діти віком 3 - 6 міс. (23 дитини), III група – діти віком 7-9 міс. (21 дитина), IV групу – діти віком 10-12 міс.(19 дітей).

На основі отриманих результатів даних соматичного здоров'я та акушерсько-гінекологічного анамнезу у матерів виявлено комплекс факторів ризику, реалізація яких зумовила народження дітей з перинатальною патологією. За нашими даними, такими факторами є: поєднана соматична та гінекологічна патологія матері, обтяжений акушерський анамнез, ускладнення перебігу вагітності та пологів. Порушення адаптації в періоді



новонародженості були зумовлені асфіксією, неонатальною енцефалопатією, проявами респіраторного дистрес синдрому, недоношеністю.

Згідно даних анамнезу, в періоді новонародженості відмічалась клінічна симптоматика перинатальної патології, яка супроводжувалася синдромом вегето-вісцеральних дисфункцій, у складі якого були порушення функціонального стану ШКТ, зокрема відмічалися зниження або відсутність рефлексу смоктання, порушення апетиту, знижена толерантність до ентерального харчування, зригування, явища парезу кишечника із затримкою відходження меконію та перехідного стільця, метеоризм, кишкові кольки. На момент огляду у всіх дітей спостерігались клінічні симптоми порушень функціонального стану кишечника, а саме: порушення апетиту (55,9 %), неспокій при годуванні (52,9%), зригування (64,7%), закрепи (41,2%), кишкові кольки (57,4%), явища метеоризму (60,3%), слиз в калі (26,5%), дефіцит маси тіла (23,5%). Дітям поряд із загальноприйнятими методами проводилось додаткове обстеження копрофільтрату з визначенням маркерів запалення: рівень альбуміну, рівень альфа-1-антитрипсину, рівень секреторного імуноглобуліну А, рівень фекальної еластази-1, рівень PMN-еластази, рівень кальпротектину, вмісту жирів, крохмалю та неперетравлених залишків їжі.

Отже, розробка напрямків своєчасного прогнозування, діагностики, профілактики та корекції функціональних розладів шлунково-кишкового тракту в дітей, удосконалення схем катamnестичного спостереження та реабілітації дітей, які перенесли перинатальну патологію, починаючи від народження, надасть змогу до певної міри попередити розвиток хронічної гастроентерологічної патології у подальші роки життя.

**Іванова Л.А.**

### **СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ БРОНХІОЛІТУ У ДІТЕЙ**

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

Бронхіоліт посідає значне місце у структурі захворюваності. Близько 70% усіх новонароджених інфікуються респіраторно-синцитіальним вірусом (РСВ), що є найбільш частою причиною бронхіоліту у дітей, протягом першого року життя, а у 22% будуть спостерігатись симптоми захворювання. Оскільки з РСВ пов'язано лише 75% випадків бронхіоліту, можна вважати, що близько третини всіх немовлят перехворіє на бронхіоліт (спричинений усіма вірусами) протягом першого року життя.

Метою нашої роботи було проаналізувати діагностично-лікувальні аспекти ведення дітей з бронхіолітом для оптимізації терапевтичної тактики. Нами було проведено ретроспективний аналіз карт стаціонарного хворого 20 дітей з бронхіолітом, які лікувалися упродовж грудня 2019-лютого 2020 року у відділеннях патології новонароджених та дітей молодшого віку Чернівецької обласної дитячої клінічної лікарні.

Оскільки визначальна роль у діагностиці бронхіоліту належить клініці, ми звернули увагу на констеляційні клінічні таблиці, що можуть уніфікувати та оптимізувати діагностичний процес, зокрема, шкала Ogerro, яка включає 7 наведених різнооцінених критеріїв, при досягненні 6 балів та більше у дитини вірогідний бронхіоліт. Водночас з диференційно-діагностичною метою бронхіоліту відносно пневмонії зазначена шкала характеризувалася недостатніми показниками діагностичної цінності. Тобто, діагностика бронхіоліту здебільше заснована на типових клінічних ознаках, дані лабораторних і інструментальних досліджень не є основними, тому у класичних випадках можуть і не застосовуватися (як, до прикладу, у нас рентгенографія ОГК – лише у 15%), у 80% випадків на I добу госпіталізації досягнули 6 балів та більше. Водночас з диференційно-діагностичною метою бронхіоліту відносно пневмонії зазначена шкала характеризувалася недостатніми показниками діагностичної цінності. Звертає на себе увагу відсутність змін, за виключенням регенеративного зсуву формули, показників загального аналізу крові, у більшості випадків, що контрастує з даними нашої клініки 2013 року, де у більшій частині