



В результаті проведених досліджень нами встановлено, що вища за норму кількість еозинофілів (>3%) в індукованому харкотинні реєстрували у представників I, II, III та IV клінічних груп в 52,4%, 65,9%, 66,7% та 75% випадків відповідно. Проте результати наших досліджень показали, що виразніша еозинофілія дихальних шляхів найбільш приматанна хворим із еозинофільним та гіпергранулоцитарним запальним патерном крові. Так, високий відносний вміст еозинофілів (понад 15%) у харкотинні відмічали у понад третини хворих IV групи (37,5%) та кожної четвертої дитини II клінічної групи (24,4%) та лише у кожній шостого пацієнта I (14,3%;  $p < 0,05$ ) та III (16,7%;  $p < 0,05$ ) груп відповідно. Показники ризику реєстрації понад 15% еозинофілів в індукованому харкотинні в дітей хворих на бронхіальну астму в асоціації з гіпергранулоцитарним запальним патерном крові порівняно до гіпогранулоцитарного патерну дорівнювали: відносний ризик – 1,7 [95%ДІ:0,9-2,9] при співвідношенні шансів – 3,6 [95%ДІ:1,8-7,2], а по відношенню до нейтрофільного запального патерну крові: відносний ризик – 1,6 [95%ДІ:0,9-2,7] при співвідношенні шансів – 2,9 [95%ДІ:1,5-5,8].

Таким чином, у дітей, хворих на бронхіальну астму наявність гіпергранулоцитарного запального патерну крові асоціювала із найвиразнішими показниками пошкодження дихальних шляхів із залученням еозинофільно запалення та ознаками підвищеного ризику ремоделювання бронхів внаслідок інтенсивнішого пошкодження слизової оболонки дихальних шляхів, що, у свою чергу, потребує «агресивної» тактики базисної протизапальної терапії.

**Фоміна Т.П.**

### **ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
Буковинський державний медичний університет*

Однією із специфічних особливостей патології дітей є значна поширеність функціональних захворювань, зокрема у дітей раннього віку. Це різноманітна комбінація гастроінтестинальних симптомів, що не пов'язані із структурними чи біохімічними порушеннями, тобто не пов'язані з органічними змінами, проте призводить до зниження якості життя дитини та її батьків, а також одною із найпоширеніших причин звернення батьків до лікаря-педіатра чи сімейного лікаря.

Як правило, гастроінтестинальні порушення відображають морфо-функціональну незрілість периферичної інервації кишківника, дисфункцію центральної регуляції, пізній старт розвитку ферментативної системи, зниження моторної функції кишківника, а також дискоординація роботи сфінктерів, порушення становлення біоценозу кишківника.

Мета дослідження: оцінити особливості та частоту проявів функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей першого року життя на грудному та штучному вигодовуванні. Було обстежено 76 дітей грудного віку, які умовно були поділені на дві групи. Першу групу склали діти, які знаходилися на природному вигодовуванні (38 осіб). Другу групу склали діти, які знаходилися на штучному вигодовуванні з раннього неонатального періоду (38 дітей). Оцінку загального стану дітей проводили за загальноприйнятими критеріями клінічного обстеження та з динамічним спостереженням, в тому числі при наявності симптомів тривоги проводилась диференційна діагностика між функціональними та органічними ураженнями шлунково-кишкового тракту.

У першій клінічній групі частота, тривалість та різноманітність проявів функціональних гастроінтестинальних порушень таких як регургітація, кишкові коліки, закрепи, відмічались значно рідше у порівнянні з другою клінічною групою. А також у другій клінічній групі виявлено певні особливості появи функціональних гастроінтестинальних розладів за сприянням таких факторів, як неправильна техніка вигодовування з пляшечки, перегодовування та аерофагія.



Таким чином, актуальність проблеми функціональних гастроінтестинальних порушень у дітей раннього віку полягає у запобіганні поліпрагмазії та вчасній діагностиці, а також попередженні виникнення органічних порушень шлунково-кишкового тракту у дітей.

**Хільчевська В.С.**  
**КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІОЛІТУ НА**  
**СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

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

З метою вивчення чинників, що впливають на тяжкість перебігу бронхіолітів на сучасному етапі, проведено ретроспективний аналіз 20 історій хвороб малюків, госпіталізованих до відділення патології новонароджених та інфекційного відділення для дітей молодшого віку ОДКЛ у віці від двох тижнів до 7-ми місяців. У всіх дітей виключена бактеріальна природа захворювання шляхом вірусологічного, бактеріологічного дослідження мазків з носоглотки та рентгенологічного обстеження органів грудної клітки, а також наявність хронічної бронхолегеневої патології.

Серед дітей із бронхіолітом частка хлопчиків склала 55,0%, а дівчаток - 45,0%. Середній вік хворих становив 2,7 місяця. Діти надходили у стаціонар у середньому на 3-й день від початку захворювання, а середня тривалість лікування у відділенні була 9,5 днів. Стан тяжкості при поступленні у 75,0% випадків був середньотяжким, у 20,0% – тяжким, в однієї дитини – вкрай тяжким. Тяжкість стану була обумовлена бронхообструктивним синдромом та дихальною недостатністю, яка у 65% дітей відповідала I ступеню, у 35,0% пацієнтів – II ступеню. Явища інтоксикації відмічалися трохи більше, ніж у половини хворих дітей, підвищена температура тіла – у 40 % пацієнтів, причому температура не перевищувала 38,0°. Діти більше ніж у половині випадків надходили з направленням лікаря поліклінічної ланки, у 35,0% - з відділень ЦРЛ, двоє дітей надійшли з відділення реанімації та інтенсивної терапії ОДКЛ. Із супутньої патології у дітей виявлявся анемічний синдром I ступеня (25%), алергічний дерматит (15,0%), вроджена вада серця (10%). Явищ рахіту, білково-енергетичної недостатності відмічено не було. Кореляційний аналіз між анамнестичними показниками показав чіткий вірогідний зв'язок вказівки на алергічний дерматит зі штучним вигодовуванням та меншою тривалістю грудного вигодовування. Із сімейного анамнезу відомо, що у 70,0% малюків з бронхіолітом у сім'ї від двох до чотирьох дітей, тобто є старші діти. За останні 3 тижня з інфекційними хворими контактувало 60,0% досліджуваних дітей. Перинатальний анамнез хворих дітей виявився без особливостей. Всі діти з бронхіолітом були доношеними при народженні. На грудному вигодовуванні перебувало 75,0% хворих дітей, на штучному – 15,0% дітей. Щеплення за календарем згідно записам в історіях хвороб відмічено у 90,0% дітей, які всі щеплені БЦЖ у пологовому будинку та 45% щеплені АКДС та проти гемофільної інфекції. Наявність чи відсутність щеплень в цілому корелювало з віком дітей.

Отже, у клінічній картині бронхіоліту домінували бронхообструктивний синдром та дихальна недостатність I-II ступеню, не виразний інтоксикаційний синдром. Серед обстежених дітей переважали пацієнти з середньотяжким перебігом (75,0%), що асоціювало з грудним вигодовуванням дитини, необтяженим алергологічним анамнезом, меншою кількістю старших дітей в сім'ї, вищими показниками щеплень за календарем.

**Черней Н.Я.**  
**ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ**  
**ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики*  
*Буковинський державний медичний університет*

Ураження органів травлення займають провідне місце у структурі хронічної дитячої соматичної захворюваності в усьому світі, у тому числі й у високорозвинених країнах, мають