

порушень у крові, таких як збільшення АлАт, АсАт, тимолової проби.

Висновки. Виходячи з отриманих даних, можна вважати, що застосування сучасного кремнезьомного ентеросорбенту «Біле вугілля» в комплексній терапії хворих на ВГА є патогенетично обґрунтованим та клінічно перспективним.

Токарчук Надія Іванівна, Одарчук Ірина Володимирівна

**СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ
ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти,
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Tokarchuk Nadiya Ivanivna, Odarchuk Iryna Volodymyrivna

**MODERN CONCEPTS DIAGNOSIS OF PYELONEPHRITIS IN
INFANTS**

*Department of Pediatrics Faculty of Postgraduate Studies,
Vinnitsa National Medical University named after N. I. Pirogov,
Vinnitsa, Ukraine*

E-mail: ira-vlad@ukr.net; Odarchuk I. V.

Актуальність. У повсякденній практиці педіатри досить часто зустрічаються з мікробно-запальними захворюваннями сечової системи - однією з найчастіших патологій дитячого віку [Lerouets. 2013; Борисова, 2012]. Дана нозологічна група в структурі захворювань органів сечової системи у дітей займає провідне місце (50–75,6 %) [Добрик, 2013].

Запальні захворювання органів сечової системи впродовж останніх років складають 77-89 % всіх випадків госпіталізації дітей до нефрологічних стаціонарів [Дашченко і ін, 2009]. Дослідження вказують, що у клінічному плані найбільш значущим є пієлонефрит, оскільки його поширення, як в

країнах Європи, так і в Україні також збільшується [Мигаль і ін, 2007, Кривоносова, 2010]. Актуальність проблеми ПН обумовлена як його високою поширеністю серед дітей раннього віку, так і значною варіабельністю клінічної картини захворювання, що обґрунтовує необхідність ранньої діагностики патології. У дітей раннього віку діагностика ПН утруднена [Мигаль, 2010].

Мета. Вивчення особливостей та діагностики пієлонефриту у дітей раннього віку на основі показників активності запального процесу, рівня прокальцитоніну.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 120 дітей раннього віку з гострим пієлонефритом. Контрольну групу склали 50 дітей раннього віку. Дослідження виконано на базі обласних дитячих лікарень м. Вінниці та м. Хмельницький. Всі діти перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні дітей раннього віку та нефрологічному відділенні.

Основна група дітей раннього віку, хворих на гострий пієлонефрит була розподілена на 2 підгрупи. Так, першу підгрупу склали 56 дітей, хворих на первинний гострий пієлонефрит (ГППН), та другу підгрупу – 64 дитини хворих на вторинний гострий пієлонефрит (ВГППН). Всі діти, які були залучені до дослідження, пройшли ретельне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. Діагноз пієлонефриту встановлювався на основі клінічних даних, результатів біохімічного, бактеріологічного, ультразвукового, рентгенологічного досліджень. Також були враховані фонові хвороби.

Результати дослідження. Під час проведення роботи ми визначали основні показники активності запального процесу у обстежених діток. Так, рівень лейкоцитозу був практично однаковим у дітей обох підгруп (при ГППН – $12,9 \pm 1,99 \times 10^9/\text{л}$ та при ВГППН – $13,35 \pm 0,92 \times 10^9/\text{л}$). Швидкість осідання еритроцитів у діток із ГППН була ($18,2 \pm 0,98$) мм/год, та із ВГППН ($20,03 \pm 1,21$) мм/год. Показники С-реактивного протеїну також

мали практично однаковий рівень і в середньому становили $(12,1 \pm 2,04)$ мг/л у першій підгрупі обстежуваних та $(14,7 \pm 2,01)$ мг/л у другій підгрупі. Також у ході дослідження нами проведено аналіз рівня ПКТ тесту в залежності від групи обстеження. Показник ПКТ тесту був підвищеним у обстежених дітей обох підгруп. Проте слід відмітити, що у малюків із ВПН рівень ПКТ $((2,26 \pm 0,37)$ нг/мл) був достовірно вищим, ніж при ППН $((0,97 \pm 0,19)$ нг/мл) ($p \leq 0,05$).

У ході роботи ми також проводили мікробіологічне дослідження сечі на мікрофлору. Так, встановлено, що у більшості дітей, як при ГППН (92,85 %) так і при ГВПН (87,5 %) висівались патогенні мікроорганізми. Найчастіше збудниками запального процесу у діток із ГППН були *Esherichia coli* (35,7 %), *Proteus mirabilis* (19,63 %) та *Klebsiella pneumoniae* (12,5 %). *Enterobacter cloacae* та *Streptococcus aureus* висівались у однакової кількості малюків (по 7,13 % відповідно). У незначної частки діток етіологічним чинником були встановлені *Staphylococcus epidermidis* (5,34 %), *Enterococcus faecium* (3,56 %) та *Morganella morganii* (1,78 %).

Аналізуючи етіологічну структуру ГВПН, ми виявили, що найчастішою причиною захворювання у діток даної підгрупи є *Proteus mirabilis* (31,24 %), *Esherichia coli* (15,62 %), *Staphylococcus epidermidis* (10,92 %) та *Klebsiella pneumoniae* (9,36 %). Рідше у обстежених діток висівали *Streptococcus aureus* (7,8 %), *Enterobacter cloacae* (6,24 %), *Enterococcus faecium* та *Morganella morganii* (по 3,12 %).

Висновки. У 72,5 % обстежених дітей відмічалось достовірне підвищення рівня прокальцитоніну в сироватці крові. Медіана рівня ПКТ (2,26 нг/мл) була вищою у дітей з вторинним гострим пієлонефритом, що доводить необхідність визначення рівня ПКТ в якості достовірного маркера активності запального процесу при гострому пієлонефриті.

Найчастішими збудниками запального процесу в нирковій паренхімі у дітей раннього віку є *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumonia* та *Staphylococcus epidermidis*.

Токарчук Надія Іванівна, Чигір Ірина Вікторівна
**АГВАНТАР У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БІЛКОВО-
ЕНЕРГЕТИЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО
РОКУ ЖИТТЯ ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ
УШКОДЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**
Кафедра педіатрії №1,
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Tokarchuk Nadiya Ivanivna, Chygir Iryna Victorivna
**AGVANTAR IN COMPLEX TREATMENT PROTEIN-ENERGY
DEFICIENCY IN TODDLERS WITH HYPOXIC-ISCHEMIC
DAMAGE OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM**
Department of Pediatrics №1
Vinnitsa National Medical University named after N. I. Pirogov,
Vinnitsa, Ukraine
E-mail: nadia_tokarchuk@mail.ru; Tokarchuk N. I.

Актуальність Білково-енергетична недостатність (БЕН) є складним багатофакторним захворюванням. Незважаючи на постійне зростання кількості та палітри метаболічних засобів, проблема удосконалення терапії БЕН залишається актуальною. Обов'язковою умовою терапії БЕН є метаболічна корекція, що дозволяє попередити прогресування захворювання.

Мета: оцінка ефективності метаболічної корекції білково-енергетичної недостатності у дітей першого року життя, яка виникла на тлі гіпоксично-ішемічного ушкодження центральної нервової системи.