

форми функціональних розладів. Верифікація діагнозів проводилася на підставі уніфікованого клінічного протоколу. Середній вік обстежених склав 11,9±0,4 років. Серед дітей незначно превалювали дівчатка (55,9%).

Результати: Аналізуючи нозологічні форми пацієнтів, можна зробити висновок, що у 68,4% відмічалось поєднання двох функціональних розладів, а у кожної третьої дитини – трьох нозологій. Найбільш часто у дітей відмічались розлади рухової функції травного тракту, які супроводжувались порушеннями моторної активності стравоходу та шлунку у вигляді перехресту симптоматики різних клінічних варіантів синдрому подразненого кишечника і функціональної диспепсії (67,5%), з домінуючою формою епігастрально-больового синдрому. Частота перехресту симптомів функціональної диспепсії (ФД) і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) складала 36% , що обумовлювало більш тяжкий і тривалий перебіг обох захворювань. Аналізуючи терміни стаціонарного лікування, можна зробити висновок, що у дітей з поєднанням трьох функціональних захворювань досягнення клінічної ремісії потребувало більш тривалого часу. Особливу зацікавленість викликають симптоми поєднання СПК і біліарних дисфункцій, які характеризувалися не тільки більш вираженою інтенсивністю абдомінального болю, но і високою частотою вегетативних дисфункцій, порушенням біохімічних показників, що суттєво впливало на якість життя хворих дітей. Згідно результатів аналізу, нами встановлено, що у пацієнтів з поєднаними симптомами ГЕРХ та ФД частіше відмічалась панкреатична дисфункція сфінктера Одді (23,9%).

Висновки: На підставі проаналізованих результатів можна зробити висновок про значну поширеність “оверлап-синдрому” в педіатричній практиці. Знання провідних симптомів цих розладів дозволить лікарю первинної ланки обмежити інвазивні методи діагностики та визначити оптимальну стратегію курації хворого. Коморбідність в педіатричній гастроентерології в більшості випадків призводить до більш тяжкого і тривалого перебігу захворювань і, безумовно, потребує не тільки розширення діагностичного протоколу, але і своєчасного призначення комплексної терапії.

ВІТРИАНА ВІСПА, УСКЛАДНЕНА ФЛЕГМОНОЮ ОБЛИЧЧЯ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

VARICELLA COMPLICATED BY FACE PHLEGMON (CLINICAL SURVEILLANCE)

Куряча Д. Ю., Коваль А. В.

*Наукові керівники: к. мед. н., доц. Котелевська Т. М., к. мед. н., доц. Приймєнко Н. О.
Kuriacha D. Y., Koval A. V.*

*Science advisors: doc. Kotelevska T. M., PhD, doc. Pryimenko N. O., PhD
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Актуальність. Вітряна віспа – розповсюджена інфекція у всьому світі, що має доброякісний перебіг та зустрічається переважно серед дітей молодше 10 років, у 90% дорослих визначаються антитіла до збудника цієї хвороби. Однак у осіб з ослабленим імунітетом і деяких імунокомпетентних дорослих можливий розвиток серйозних ускладнень, серед яких значну частку становлять бактеріальні суперінфекції: пневмонії (28,4%), інфекції шкіри (25,4%), сепсис (10,7%) та ін. На сьогодні доведена роль *S. pyogenes* як основного фактору ризику розвитку бактеріальних ускладнень при вітряній віспі, що й визначає актуальність даного дослідження.

Матеріали та методи. Наводимо власне клінічне спостереження ускладненого перебігу вітряної віспи, флегмоною обличчя, спричиненою *S. pyogenes*.

Результати. Пацієнт 17 років, житель містечка, захворів гостро 18. 02. 18. з підвищення температури тіла до 40°C та висипки, з 21. 02. 18. – приєднались біль та ущільнення на обличчі справа. Госпіталізований в ЦРЛ. Анамнез життя: ГРВІ, часті ангіни, пролапс мітрального клапана І ст., метаболічна кардіоміопатія. Епіданамнез: контактував з братом хворим на вітряну віспу.

Об'єктивно: стан хворого важкий, t 39°C, ЧСС 130 уд/хв. На шкірі рясна поліморфна висипка (папули, везикули, кірки). В області лівої щоки з переходом на підщелепну область болючий інфільтрат неправильної форми 8,0x11,0 см, а також інфільтрація шкіри в правій скроневій області. На слизовій ротоглотки ерозії.

При обстеженні виявлено лише зміни гемограми: лейкоцитоз ($9,2 \times 10^9/\text{л}$) із зсувом лейкоцитарної формули вліво (п/я - 32%). Оглянутий суміжними спеціалістами. Діагноз клінічний: Вітряна віспа, типова форма, важкий перебіг. Флегмона обличчя. Проводилось лікування противірусними (ацикловір), антибактеріальними (левофлоксацин, метрогіл, цефепім) та жарознижувачими засобами. 22. 02. 18. у зв'язку з погіршенням стану - наростання набряку обличчя, переведений в Полтавську обласну клінічну інфекційну лікарню. Об'єктивно: стан важкий, t 38,1 °С, ЧСС 110 уд/хв. На шкірі рясна поліморфна висипка, обличчя асиметричне. набряк повік правого ока. Справа в скроневій з переходом на навколочувшну ділянку щільна інфільтрація м'яких тканин, помірно болюча. Зліва - щільний набряк щоки, привушної області, нижньої щелепи, верхньої третини шиї, помірно болючий. Регіонарний лімфаденіт. Смердючий запах з порожнини рота. При обстеженні: лейкоцитоз ($9,9 \times 10^{10}/\text{л}$) із зсувом лейкоцитарної формули вліво (п/я – 52%), цитоліз (АЛТ - 44 МО/л, АСТ - 58 МО/л). Для проведення хірургічного лікування, хворий переведений в Полтавську обласну клінічну лікарню. При оперативному втручанні: у місця розрізів - з ран виділялася рідина серозно-геморагічного характеру, справа в привушній області виявлено вогнище нагноєння вкриті кіркою. При бактеріологічному дослідженні вмісту з ран виділено *Streptococcus pyogenes*.

Терапія доповнена внутрішньовенним імуноглобуліном та тігецикліном. Виписаний в задовільному стані.

Висновки. Наведене клінічне спостереження демонструє бактеріальне ускладнення вітряної віспи у пацієнта на фоні вторинного імунодефіциту.