



поглиблене обстеження. Після фізичного навантаження, при опитуванні дітей, часто відмічаються такі скарги як головокружіння, біль в ділянці серця та правому підребір'ї.

Нашою метою було оцінити стан роботи серця та його після навантаження при проведенні "проби Руф'є", причини збільшення цього показника, та наведеними скаргами.

Проведено обстеження 150 дітей віком від 7 до 17 років з високим індексом. В групу входили 89 дівчат та 61 хлопчик. Усі пацієнти пройшли повне загально клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження. За даними ЕКГ проведено оцінку джерела серцевого ритму, частоти серцевих скорочень, регулярності ритму та наявності порушень провідності серця, реоенцефалограми – стан забезпечення мозку кровотоком, ЕХО-кардіографії структурні зміни, функцію скорочення та фракцію серцевого викиду, УЗД черевної порожнини – стан гепато-біліарної системи.

Проаналізувавши результати обстеження, було відмічено, що у 123 дітей (82%) серцевий ритм був синусовий, у 27 дітей (18 %) – ектопічний передсердний. Тахікардія була у 35 дітей (23,3 %), брадикардія – у 39 дітей (26 %), нормальний серцевий ритм був у 76 дітей (50,6 %) $p < 0,05$. Загальна картина ЕКГ у дітей була у межах вікової норми. При оцінці ЕХО-кардіографії найбільш часто, у 96 (64%) дітей відмічено малі аномалії серця: додаткові хорди в камері лівого шлуночка у 58 дітей (38,6%) та гемодинамічно не значимі пролапси мітрального клапана у 62 дітей (41,3%). Суттєвої патології яка би впливала на роботу серця (гіпертрофії стінок камер серця, зниження скоротливої здатності міокарду, зниження фракції викиду міокарду) не відмічено. У 4 дітей виявлено незначні комунікації в міжпередсердній перегородці у вигляді неповного незрощення овального отвору. Зміни тонусу та моторики жовчовидільних шляхів у 70 обстежених що складає (47%) частіше зустрічались у дітей з порушенням ритму. У 30 дітей відмічено надмірну масу тіла, у 22 дітей збільшення щитоподібної залози без порушення функції, у 12 дітей анемія I ступеня. Найбільшу, домінуючу долю, 89 дітей (59,3%), складала діти з проявами ортопедичної патології у вигляді різного ступеню сколіотичної постави, зменшенні шийного лордозу, збільшенні грудного кіфозу та функціональний шийний блок 27 дітей (18%). З анамнестичних даних у значної кількості дітей відмічено патологію при вагітності та пологах (43,3%), 25 дітей (16,6%) проявах алергічних реакцій в анамнезі, зокрема обструкції дихальних шляхів ранньому віці.

Враховуючи чисельні літературні дані про вплив патології хребта на розвиток і прояви вегетативних розладів за рахунок дисбалансу симпатичної і парасимпатичної нервової систем, на серцево-судинну систему ми звернули особливу увагу на елементи шкільної гігієни дозвілля школярів. Переважна більшість батьків відмітили відсутність в школах та вдома при приготуванні уроків ортопедичних парт, особливо в молодших класах, відсутність фізичних розвантажень на уроках, та перервах, тривале сидіння дітей із зігнутою головою за телефонами чи іншими гаджетами, недотримання рекомендованих режимів сну та активності, контролю за дотриманням вимог правильного і раціонального харчування.

Наведені дані підтверджують зв'язок між порушенням ритму серця, зміни тонусу та моторики жовчовидільних шляхів та патології хребта. Здоров'я наших дітей це не тільки медичний аспект, а в більшій мірі медико-соціальний. Необхідно ширше залучати працівників освіти до боротьби за здоров'я підростаючого покоління.

Юрків О.І.

**ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ
ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

У НОВОНАРОДЖЕНИХ ГРУП ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ

Кафедра догляду за хворими та вищої мед сестринської освіти

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Клінічні прояви порушень функціонального стану кишечника у новонароджених на фоні перинатальної патології неспецифічні, їх вираженість залежить від тривалості й



тяжкості порушень, наявності чи відсутності фонових станів і характеризуються здуттям кишечника, затримкою відходження меконію внаслідок порушення моторно-евакуаторної функції, парезом кишечника, зниженням толерантності до їжі при недостатності процесів перетравлення та всмоктування на фоні ознак ендогенної інтоксикації. Діагностика порушень з боку кишечника проводиться шляхом детального вивчення даних анамнезу з метою виявлення можливих причин і патогенезу розвитку патологічного процесу.

I групу дослідження склали 30 новонароджених з перинатальною патологією різного ступеня важкості; II групу – 30 новонароджених з фізіологічним перебігом раннього неонатального періоду. Діагностичний комплекс включав визначення у випорожненнях секреторного імуноглобуліну А, альфа-1-антитрипсину та альбуміну за допомогою ензим-зв'язаного імуносорбентного методу.

Внаслідок гострої гіпоксії плода у новонароджених виникає комплекс вегето-вісцеральних порушень, складовою яких є зміни функціонального стану. На 6-7 день у новонароджених I групи було відмічено суттєве збільшення рівня альфа-1-антитрипсину $1125,7 \pm 56,25$ мг/г проти II групи $96,5 \pm 1,83$ мг/г, $p > 0,05$ який є маркером інтерстиційної втрати білка та свідчить про підвищення проникливості слизової оболонки кишечника. При запаленнях рівень α -1-антитрипсину може зростати втричі, внаслідок чого його відносять до маркерів гострофазового запалення. Підвищення рівня альбуміну у дітей I групи $55,1 \pm 2,76$ мг/г відносно II групи $3,0 \pm 0,15$ мг/г, $p > 0,05$ свідчить про порушення процесів пристінкового всмоктування, а також про проходження плазми в просвіт кишечника. Рівень sIgA у випорожненнях новонароджених, які мали ознаки порушень функціонального стану кишечника, був дещо вищим, порівняно зі здоровими новонародженими – відповідно $534,3 \pm 26,72$ мг/г та $373,8 \pm 18,69$ мг/г, $p > 0,05$. На нашу думку, підвищення рівня sIgA у новонароджених з перинатальною патологією може бути пов'язано з порушеннями становлення біоплівки, характерної для даного етапу формування мікробіоценозу, з переважанням умовно-патогенної мікрофлори.

Таким чином, рання діагностика порушень функціонального стану кишечника у новонароджених надасть змогу підвищити ефективність лікування та попередити розвиток захворювань у грудному віці.

СЕКЦІЯ 14 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Akentieva S.O.

CHANGE OF THE INDICATOR ENZYME LEVELS IN DETOXICATION PROCESS INCLUDING PLASMA SORPTION IN THE STAGE OF INTENSIVE TREATMENT

*Department of Anesthesiology and Reanimatology
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

Comprehensive treatment of severe diseases, accompanied by liver (acute and chronic), renal (acute and chronic) and hepatic-renal failure syndromes, requires intensification in therapeutic measures involving the introduction of efferent therapy (plasmapheresis, hemosorption, plasma sorption, etc.). Direct damage of the liver parenchyma, its functional load under the conditions of these syndromes is due to the depth of cytolytic processes, characterized by an increase in the level of indicator enzymes: alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), alkaline phosphatase (ALP), and others.

The purpose was to study the dynamics of levels of indicator enzymes of ALT, AST, ALP, and others in the process of extracorporeal detoxification. The studies were conducted in three groups of patients with hepatic failure syndromes (9 patients), kidney failure (20 patients) and liver failure (26 patients). All patients underwent plasma sorption (PS) for detoxification. PS was carried out through routine intermittent (fractional) way. The blood was separated into the globular and cellular components by gravity forces. 11 sessions of the PS were carried out in the group of patients with liver failure syndrome (on average, one session per patient). During a session, 1200 ml