



вирішеною проблемою дитячої алергології. В цьому відношенні одним із важливих впливових чинників на неспецифічну гіперреактивність бронхів є особливості ацетиляторного фенотипу.

Метою дослідження було оцінити показники неспецифічної реактивності бронхів у дітей, хворих на астму фізичного зусилля, з урахуванням ацетиляторного статусу хворих.

Для досягнення мети роботи сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) – 27 дітей із фенотипом БА фізичного зусилля (індекс бронхоспазму (ІБС) >12%) за повільного характеру ацетилювання, друга (II) – 23 хворих зі швидким типом ацетилюванням. Лабільність бронхів визначали згідно рекомендацій шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію  $\beta_2$ -агоніста короткої дії. Дослідження гіперсприйнятливості бронхів проводили за допомогою стандартизованого інгаляційного спірометричного тесту з гістаміном з урахуванням рекомендацій щодо стандартизації дослідження.

Негативна бронхомоторна проба із сальбутамолом на рівні дрібних бронхів спостерігалася у 3,7% пацієнтів I групи та майже у кожного п'ятого хворого II клінічної групи (13%,  $P < 0,05$ ). На рівні дрібних бронхів ІБД не перевищував 15% у третини пацієнтів з швидким типом ацетилювання проти 37% хворих I групи порівняння ( $P < 0,05$ ). Виразна гіперсприйнятливості бронхів ( $ПК_{20}G < 0,7$  мг/мл) спостерігається у 73,3% представників I групи, та у 66,6% дітей групи порівняння. Показники ризику розвитку виразної гіперчутливості дихальних шляхів у дітей хворих на БАФЗ за повільного характеру ацетилювання порівняно до швидких ацетиляторів дорівнювали: відносний ризик – 1,1 (95% ДІ 0,5-2,4), при співвідношенні шансів 1,4 (95% ДІ 0,3-7,2).

Таким чином, у представлених популяціях дітей, збільшується ризик розвитку неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів за повільного характеру ацетилювання як за рахунок лабільності бронхів, так і гіперчутливості дихальних шляхів при проведенні бронхопровокаційної проби з гістаміном, що можна використовувати для вирішення клінічного завдання щодо верифікації повної клінічно-інструментальної ремісії захворювання.

**Швигар Л.В.**

## **КЛІНІЧНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ПРОЯВИ ФЕНОМЕНУ ТА СИНДРОМУ УКОРОЧЕНОГО ІНТЕРВАЛУ PQ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Феномен укороченого інтервалу PQ - це наявність на ЕКГ інтервалу PQ менше вікової норми у дітей при збереженні нормальної форми комплексу QRS. При синдромі укороченого PQ нерідко спостерігається поєднання змін на ЕКГ і суправентрикулярної тахікардії.

Актуальність теми обумовлена: 1) складністю діагностики короткого інтервалу PQ у дітей, так як розміри інтервалу залежать від віку та частоти серцевих скорочень, норми тривалості інтервалу PQ не уніфіковані; 2) відсутністю даних про природну течію феномену укорочено-короткого інтервалу PQ, вірогідність його переходу в синдром укороченого інтервалу PQ або нормалізації; 3) у пацієнтів з синдромом укороченого інтервалу PQ висока вірогідність виникнення загрозливих для життя порушень ритму

Завданням дослідження були аналіз та вивчення клініко-анамнестичних проявів провідності і оцінка результатів ехокардіографії серця у дітей з феноменом і синдромом укороченого інтервалу PQ.

Проведений аналіз історій хвороби 18 дітей стаціонарних хворих с укороченим інтервалом PQ, які знаходились на лікуванні в ОДКЛ и 32 амбулаторні картки дітей з укороченим інтервалом PQ, які обслуговуються в дитячій обласній поліклініці м. Чернівці.

У досліджуваній групі середній вік  $10 \pm 1,2$  років (від 1 до 16 років), з них дівчатка – 26, хлопчики - 24. У 50 відсотків відзначалася обтяжена спадковість, по патології серечно



судинної системи (ССС) – 40%. В анамнезі діти переносили часті гострі інфекційні захворювання, перше місце зайняли ГРЗ (42%). Укорочений інтервал PQ в 48% випадків реєструвався на тлі вегетативної дисфункції (СВД), малі аномалії розвитку серця (МАРС) 46%, прояви дисплазії сполучної тканини (ДСТ) спостерігалися у 40 дітей (80%) з них: сколіоз, плоскостопість, кили, порушення акомодатції зору

У більшості випадків укорочення інтервалу PQ було встановлене в молодшому шкільному віці (56%). Скарги у пацієнтів носили загальний характер (кардіалгії, почуття серцебиття, запаморочення, стомлюваність) і не могли бути віднесені до специфічних.

За даними ехокардіографії: МАРС зустрічалися в 52% випадків: пролапс мітрального клапана (ПМК) – 32, додаткова хорда лівого шлуночку (ДХЛШ) – 19, ПМК + ДХЛЖ – 8, гемо динамічно не значиме функціонує овальне вікно (ФОО).

При аналізі ЕКГ були виявлені наступні порушення ритму і провідності: аритмії обумовлені порушенням автоматизму синусового вузла (СУ) – 38%, ектопічних ритмів – 24%. Серед аритмій, (25 дітей), переважала синусова аритмія, синдром слабкості синусового вузла, який відноситься до загрозливого для життя порушення ритму. Серед порушень провідності переважала неповна блокада правої ніжки пучка Гіса (72%), 14 дітей (16%) виявлені ектопічні ритми: екстрасистоли (ЭС) – 48%.

Отже, найчастіше феномен і синдром укороченого інтервалу PQ виявлявся у пацієнтів з (СВД), МАРС та дисплазією сполучної тканини. У більшості випадків укорочений інтервал PQ визначався у вигляді ЕКГ-знахідки. Для попередження розвитку складних, значимих порушень ритму в дитячому та підлітковому віці у пацієнтів з укороченим інтервалом PQ необхідні ретельний лікарський нагляд і динамічний електрокардіографічний контроль за даною групою дітей.

**Юрків О. І.**

### **КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Наявність гіпоксичного впливу в перинатальному періоді має несприятливий вплив на адаптацію організму новонародженого. На фоні гіпоксії у плода вже внутрішньоутробно виникають значні дисметаболічні зміни, що є наслідком порушень функції печінки. Недостатність надходження кисню до організму плода на фоні плацентарної недостатності спричиняє активацію анаеробного гліколізу, порушення утилізації АТФ, гальмування ліполізу, розвиток гіпоглікемії, гіпоінсулінемії та гіперглюкагонемії. При реалізації факторів перинатального ризику в пологах відзначається посилена пошкоджуюча дія на організм наслідків оксидативного стресу (ОС).

Метою дослідження було визначити клінічні прояви та параклінічні критерії порушень функціонального стану гепатобіліарної системи у дітей на основі комплексного клініко-параклінічного обстеження для удосконалення напрямків діагностики та лікування новонароджених груп перинатального ризику. Було сформовано три групи дослідження: I група - 25 новонароджених, у яких були діагностовані нозологічні форми захворювань тяжкого ступеня, II група - 25 дітей, які в ранньому неонатальному періоді мали клінічні прояви перинатальної патології середнього ступеня тяжкості. III групу склали 30 здорових новонароджених дітей.

Порушення функціонального стану гепатобіліарної системи у новонароджених в ранньому неонатальному періоді є наслідком комплексної шкідливої дії факторів перинатального ризику. Значну роль при цьому відіграє плацентарна недостатність (ПН), яка викликає поєднане гіпоксичне пошкодження організму плода та спричиняє затримку внутрішньоутробного розвитку.