



інтегральним та відображає сумарну відповідь бронхів на дозоване фізичне навантаження та інгаляцію сальбутамолу, виразнішими його значення виявилися в дітей із повільним ацетилаторним статусом. Зокрема, виразна лабільність бронхів (ПЛБ більше 25%) притаманна майже кожному другому пацієнту I групи з повільним ацетилаторним статусом (47,0%) та лише кожному п'ятому хворому (16,0%) з фенотипом швидких ацетилаторів ( $P > 0,05$ ).

Отже, дітям, хворим на бронхіальну астму пізнього початку з повільним ацетилаторним статусом, притаманна тенденція до виразнішої лабільності бронхів, різного калібру як за рахунок бронхоспастичної, так і дилатаційної компоненти, що можна використовувати для вирішення клінічного завдання щодо верифікації повної клінічно-інструментальної ремісії захворювання.

**Швигар Л.В.**

### **МАЛІ СЕРЦЕВІ АНОМАЛІЇ ТА СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буквинський державний медичний університет»*

За останні роки в структурі серцево-судинної патології значну роль відводять функціональним порушенням і станам, пов'язаних з дисплазією сполучної тканини серця.

Метою даного дослідження стало вивчення частоти і характеру кардіальної патології у дітей з клінічними проявами вегетативної дисфункції.

Було обстежено 87 дітей у віці від 6 до 15 років, госпіталізованих в неврологічне відділення обласної дитячої лікарні з приводу синдрому вегетативної дисфункції (СВД). Серед обстежених були 35 хлопчики і 54 дівчинки. Синдром вегетативної дисфункції за ваготонічним типом був діагностований у 38,4% дітей, по симпатикотонічному – у 22,3%, по змішаному – у 39,3%. Обстеження включало аналіз даних анамнезу і загально клінічні дослідження, у тому числі виміри артеріального тиску, кліноортостатичну пробу, електрокардіографію, ультразвукове дослідження серця.

В усіх обстежених дітей основним діагнозом був СВД, 86,5% дітей одночасно мали функціональні порушення ЦНС у вигляді церебрастенії, синдрому внутрішньочерепної гіпертензії (ВЧГ), у 13,5% дітей порушення ЦНС мали резидуально-органічний генез. Супутні патологічні стани з боку ЦНС з однаковою частотою зустрічалися ухлопчик і відвічаток. Діагноз функціональної кардіопатії мали 27,0% дітей. Інша супутня патологія була представлена хронічними захворюваннями ЛОР-органів (45,9%), нейроортопедичною патологією (40,5%), соматичними захворюваннями (16,2%) такими як хронічний гастродуоденіт, дискінезія жовчовивідних шляхів, дисметаболічні нефропатії, з приводу яких хворі отримували відповідне лікування.

При безпосередньому клінічному обстеженні зміни з боку серця виявлені у 83,8% дітей, серед них аускультативно вислуховувалися клацання відкриття мітрального клапану, 29,7% систолічний шум – у 21,6%, розщеплення тонів серця – у 13,5% порушення ритму – у 5,4% дітей. Аналіз ЕКГ у 56,7% обстежених дітей відмітив однакову частоту дітей з синусовою браді і тахікардією, що відповідає ваготонії і симпатотонії що зустрічаються майже з однаковою частотою. При цьому за даними кліноортостатичної проби нормальну вегетативну реактивність мали 42,2% дітей, гіперсимпатотонічну вегетативну реактивність - 30,9% дітей. При ультразвуковому дослідженні серця патологічні зміни у вигляді різних варіантів малих серцевих аномалій виявлені у 68,9% дітей, з них додаткові хорди шлуночків серця - у 53,3% пролапс мітрального - у 26,4%, трикуспідального клапана - у 10,2%, поєднання пролапсу мітрального клапана (ПМК) і аномальної хорди (АХ) – у 9,1%. Інші прояви ДСТ серця, такі як двостулковий клапан аорти, пролапс аортального клапана, аневризма міжшлуночкової перегородки, аневризми міжпередсердної перегородки, зустрічалися значно рідше і складали менше 6% у загальній структурі малих аномалій розвитку серця.

Таким чином, висока частота малих серцевих аномалій, що зустрічаються при СВД у дітей може свідчити про значення сполучнотканинних дисплазій в генезі розвитку цих станів. Пролабування стулок клапанів і додаткові хорди шлуночків, можливо, є результатом порушення вегетативної іннервації клапанного апарату на тлі загального вегетативного дисбалансу організму. Проведені дослідження показали, що в структурі малих аномалій розвитку серця у обстежених дітей максимальну питому вагу мають аномально розташовані хорди шлуночків і пролапс клапанів серця. Часте поєднання малих серцевих аномалій, що являються стигмами дизембріогенезу, з клінічними проявами нестабільності вегетативної нервової системи віддзеркалює конституційні особливості дитини і дозволяє припускати наявність єдиних механізмів їх розвитку.

**Юрків О.І.**

### **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ГРУП ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ**

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

Порушення функціонального стану шлунково-кишкового тракту у дітей віком до 1-го року, які мали в анамнезі перинатальну патологію, є актуальним питанням сучасної неонатології та педіатрії. Одним із найбільш розповсюджених патологічних станів шлунково-кишкового тракту у новонароджених є порушення складу та функції мікрофлори товстої кишки, які виникають під впливом перинатальних факторів та є передумовою



розвитку запальних захворювань кишечника у майбутньому. 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.

У відповідь на гостру гіпоксію плода у новонароджених виникає комплекс вегето-вісцеральних порушень, складовою яких є зміни функціонального стану ШКТ. I групу дослідження склали 30 новонароджених з перинатальною патологією різного ступеня важкості; II групу – 30 новонароджених з фізіологічним перебігом раннього неонатального періоду. 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  $\alpha$ -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 12

### АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

**Akentieva S.O., Berezova M.S.\***

#### **PLASMA SORPTION IN HEPATONEPHRIC FAILURE**

*Department of Anesthesiology and Reanimatology*

*Department of Internal Medicine and Infectious Diseases\**

*Higher State Educational Institution of Ukraine*

*«Bukovinian State Medical University»*

The objective of the paper is to optimize the treatment of patients with severe hepatonephric insufficiency using the method of plasma sorption (PS). PS (55) was performed in 26 patients: 12 men and 14 women. By age: up to 30 years - 2; to 40 - 1; up to 50-3; to 60 - 11; over 60 – 9 individuals. This group included patients with leptospirosis, toxic hepatitis, mechanical jaundice, pancreatic necrosis, sepsis, peritonitis, acute cholecystopancreatitis. PS was performed on the first 1-2 days of admitting the patients in the intensive care unit against the background of oliguria or oligoanuria in a usual intermittent way. The "ГСГД" sorbent with a capacity of 100 ml known in its quality characteristics was used to purify plasma. During one session 1400-1600 ml of plasma was purified and returned to the patient in parallel with the return of the formed elements. Inclusion criteria: presence of mixed liver and kidney failure (total blood bilirubin - 240-260  $\mu$ mol / l; urea - 18-30 mmol / l; creatinine - 430-520 micromol / l; diuresis <1L / day). Exclusion criteria: independent hepatic and renal insufficiency syndromes, fulminant forms, critical states (shocks, terminal states). Comparison groups: a) 26 patients with similar nosologies, who underwent hemosorption (HS); b) 11 patients who underwent plasmapheresis (PP). Criteria for using repeated PS sessions: ineffectiveness of 1 session of the PS - preservation of the patient's previous state and of the level of metabolites in the blood. Criteria for termination of PS sessions: improvement of the general condition of the patient, a decrease in jaundice, itchy skin, weakness and tiredness, absence of a "drainage" effect on the level of blood metabolites, their gradual decrease in the blood, appetite improvement, increased diuresis, increased sensitivity of the body to drugs. Basic therapy: infusion therapy (glucose, albumin, Dextran, etc.), diuretics, antiagregants, antibiotics, vitamins, hepatoprotectors, antioxidants. As a result, 80% of patients experienced a significant improvement: they had a stabilized condition or there was a regression of endotoxemia, there was a positive dynamics of the level of metabolites (a gradual decrease in total bilirubin and its fractions starting with the 3-4<sup>th</sup> days, nitrogenous slags - from the 2-3<sup>rd</sup> days) and medium sized molecular oligopeptides. there was a stability of the content of protein in the blood, decreased jaundice, unbearable itching of the skin stopped and the appetite improved. An important and perhaps a turning point in the treatment was an increase in diurnal diuresis:  $874.0 \pm 52.0$  in the PS, and on the third day -  $1600.0 \pm 65.0$  ml, which correlated with the dynamics of metabolites and "middle molecules" in the blood. In 6 patients, progressive oliguria with the transition to anuria required an addition of more radical efferent methods of detoxification - hemodialysis with hemosorption and hemofiltration.

Thus, in the immediate postoperative period, the PS, unlike the HS and PP, does not reduce the total protein of the blood, which makes it possible to use the PS in conditions of hypoproteinemia. PS compared with HS and PP causes a greater diuretic effect, which makes it important to use it in case of oliguria and oligoanuria. In contrast to the PP in the PS, there is no need for the transfusion of large doses of donor plasma and other plasma-substituting solutions.