



Таким чином, в більшості з обстежених підлітків визначався фенотип бронхіальної астми «пізнього початку» з переважанням змішаної форми та легким і середньотяжким перебігом захворювання, який в процесі динамічного спостереження мав тенденцію до зменшення тяжкості, попри те, що супутня алергічна патологія з віком траплялася частіше.

Швигар Л.В., Гінгуляк М.Г.
ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ РУФ'Є У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

За даними численних епідеміологічних досліджень, в дитячій популяції вегетативні розлади, починаючи з пубертатного періоду, зустрічаються в 30-80% спостережень. Симптоми вегетативної дисфункції виявляють у 80% дітей, переважно серед міських жителів. Їх можна виявити в будь-якому віковому періоді, але частіше спостерігають у дівчаток 7 – 8-річного віку і підлітків. У зв'язку з цим «вегето-судинна дистонія» (ВСД) або її варіант «нейроциркуляторна дистонія» (НЦД) – привертають особливу увагу педіатрів.

Нами проведено аналіз амбулаторних карток 60 дітей шкільного віку з даною патологією та 25 дітей, у яких симптомів вегетативної дисфункції не відмічалось. По віку і статі групи співставимі. Всім дітям проведено як клінічне, так і параклінічне обстеження, згідно протоколу, та проба Руф'є. Оцінка працездатності серця при фізичному навантаженні проводилась згідно таблиці індексу Руф'є для дітей.

Таблиця

Індекс Руф'є для дітей

Оцінка результатів	15-18 років	13-14 років	11-12 років	9-10 років	7-8 років
Незадовільно	15 і більше	16,5 і більше	18 і більше	19,5 і більше	21 і більше
Слабо	11-15	12,5-16,5	14-18	15,5-19,5	17-21
Задовільно	6-10	7,5-11,4	9-13	10,5-14,5	12-16
Добре	0,5-5	2-6,5	3,5-8	5-9,5	6,5-11
Відмінно	до 0,5	до 1,5	до 3	до 4,5	до 6

В першій групі відмічено більше дітей з міської місцевості, в другій – більше хлопчиків. При збиранні анамнезу відмічено, що у дітей першої групи вдвічі більше народжених від матерів з обтяженою вагітністю та важкими пологами, враховуючи кесарев розтин і недоношеність. У дітей з симптомами вегетативної дисфункції відмічено частіше недотримання режиму сну, вживання «нездорової» їжі, більш тривале користування телефонами та комп'ютером. Діти другої групи ведуть більш активний спосіб життя, у них рідше виявляли сколіотичну осанку, у більшості дітей в школах є ортопедичні парт.

При проведенні обстеження дітей з вегетативною дисфункцією відмічено часте виявлення порушення кровообігу в басейні внутрішньої сонної та біляхребцевих артерій, порушення ритму серця за рахунок тахі- чи брадикардії, хворі скаржаться на частий головний біль, головокружіння, відчуття холоду в дистальних відділах кінцівок, підвищену пітливість при хвилюванні, частіше скаржаться на біль в животі, при ультразвуковому обстеженні відмічається дискінезія жовчовидільних шляхів.

Таким чином, проведений аналіз частоти проявів та симптоматики вегетативної дисфункції підтверджує, що для виховання здорового покоління необхідним є регулювання у дітей режиму дня, повернення до «старих» методів рухової активності, збалансованого екологічно чистого харчування та використання ортопедичних парт у дошкільних та шкільних навчальних закладах, особливо для дітей з обтяженим перинатальним анамнезом. При проведенні проби Руф'є, особливо у дітей з вегетативними дисфункціями слід враховувати особливості вікових показників.

Юрків О. І.
КОРЕКЦІЯ ДИСБІОЗІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

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

Характер первинної мікробної колонізації кишечника у немовлят критично змінився, що пов'язано із збільшенням контингенту жінок з перинатальними факторами ризику. До тригерних факторів можна віднести неповноцінність харчування, зростання стресових впливів, екологічне неблагополуччя та безконтрольне застосування антибіотиків.

При дизбактеріозі кишечника за участі амілолітичної (цукролітичної) кишкової мікрофлори може порушуватись абсорбція вуглеводів. В структурі бродильної мікрофлори переважають різні види *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Streptococcus faecalis*. За участі бактеріальних амілаз і дисахаридаз виникає гідроліз непереварюваних у тонкій кишці вуглеводів до органічних кислот та газів. Вуглеводи, що не всмоктались, піддаються кислому бродінню і метановому гниттю з перетворенням великої кількості дріжджових грибів у порожнині кишки, що сприяє бродильним процесам. Окрім цього, в результаті тривалого вживання молочних сумішей, які містять високий нефізіологічний вміст білка, виникає надлишковий ріст протеолітичної товстокишкової мікрофлори (*Bacteroides*, *Proteus*, *Clostridium*, *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Ristella*). Дані



мікроорганізми за участі протеаз та уреаз розщеплюють харчовий білок до токсичних амінів, фенолів, індолів, аміаку і інших продуктів, які всмоктуються та метаболізуються в печінці, перетворюючись в нетоксичні з'єднання (наприклад, сечовину). Клінічно бродильні і гнилісні ефекти проявляються метеоризмом, здуттям, вурчанням в животі і спастичними болями в дистальному відділі товстої кишки. Згідно «Концепції функціонального харчування» існує два чітких науково обґрунтованих напрямки у боротьбі з дисбіозами: спосіб оральної колонізації кишечника шляхом активного заселення живими (чи сухими ліофілізованими) корисними для людини бактеріями та використання пребіотиків.

Корекцію дисбіозу кишечника у немовлят можливо проводити із застосуванням біологічно активних речовин: функціональне харчування, пробіотики, пребіотики, синбіотики, бактеріофаги. Симптоматично під час лікування для зняття клінічних проявів дисбіозу у дітей рекомендовано застосування рослинних препаратів, наприклад комбінованого рослинного препарату зі спиртових екстрактів на основі витяжки одної свіжої рослини (*iberis amara* - іберійка гірка) та восьми висушених лікарських рослин. Застосовується тричі на день перед чи під час їди з невеликою кількістю рідини (дозування залежить від віку). При використанні виражений позитивний ефект цього фіто-фармацевтичного препарату: специфічна місцева дія на моторику шлунку, позитивний вплив на тонус м'язів кишечника, модулююча дія на повільні хвилі здухвинної кишки, знижує гіперчутливість до подразників з верхнього відділу ШКТ, взаємодія з серотоніновими рецепторами ШКТ, захисна дія на слизову оболонку і вплив на вироблення кислоти в шлунку, дія на секрецію хлоридів в кишечнику, протизапальна та антиоксидантна дія, вітрогінна дія, антибактеріальна дія на *Helicobacter pylori*, швидка резорбція активних речовин.

Andriychuk D.R.

PECULIARITIES OF PERIOD AFTER USAGE KETAMIN ANESTHESIA IN CHILDREN

*Department of Pediatrics and Medical Genetics
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

General anesthesia – a time limited medical effects on the body, in which the patient is unconscious when is entering painkillers, followed by reduction of consciousness without pain in surgery. Anesthesia – unpleasant page in the life of some people. Adult patients wake up after anesthesia in different ways: some easy, some not. But adults are aware of their situation and can more or less adequately assess the situation, in which there are. In children, in addition to the severity of the medical condition, feeling pain, there is still not clear to them a sense of confusion.

Therefore, the aim of our study was to define the peculiarities of period after anesthesia in children after using ketamine and improve its course.

Under the supervision were 30 children aged 8 to 15 years who used intravenous anesthesia with 5% solution of ketamine for small surgeries (catheterization of the central vessels, lumbar, sternal and pleural punctures), treated in the infectious department of anesthesiology and intensive care of regional children's hospital in Chernivtsi. The average duration of anesthesia was 30 minutes. For sedation used 0.1% solution of atropine and 0.5% diazepam solution intravenously in doses of age. During anesthesia defined vital parameters: heart rate, blood oxygen saturation. Oxygen therapy was provided through the front moist oxygen mask.

Depending on transaction of period after usage ketamin anesthesia, children were divided into 2 groups: the first group (15 children) – used standard infusion solutions (0,9% sodium chloride solution, 5% glucose), the second group (15 children) – was used Latren as basic solution in infusion at a dose of 10 ml / kg.

The average duration of period after usage ketamin anesthesia in children of I group was $28,3 \pm 2,5$ minutes, and in the children of II group – $19,2 \pm 1,5$ minutes ($p < 0,05$). Also, in 27% of cases in children of II was observed less symptoms such as reduced oxygen saturation in the blood. The average oxygen saturation in children of I group was $84,4 \pm 4,1\%$, and in the second group of children – $93,3 \pm 2,2\%$, $p < 0,05$. Also in the second group of children were missing effects such as dizziness, bronchospasm, cardiac depression. In general, children of the second group noted the softer course of period after usage ketamin anesthesia and reduce postoperative pain. Patients in the first group had administered analgesics for pain purchase more often (54%).

Thus, the usage of Latren in period after usage ketamin anesthesia allows significantly reduce its duration (32%) and to prevent adverse effects of this period, contributing to a faster recovery and faster transfer in somatic hospitals.

Bilyk G.A.

EFFICACY OF DISOBSTRUCTIVE THERAPY IN CASE OF BRONCHIAL ASTHMA WITH A HIGH RISK OF BRONCHIAL REMODELING DEVELOPMENT

*Department of Pediatrics and Children Infectious Diseases
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

The objective of the study was to evaluate the efficacy of disobstructive therapy in children suffering from bronchial asthma depending on the risk of bronchial remodeling development.

16 schoolchildren suffering from bronchial asthma with bronchial instability index less than 13% were examined comprehensively at the Regional Pediatric Clinical Hospital in Chernivtsi. The first (I) clinical group included 7 children suffering from bronchial asthma with a high risk of bronchial remodeling ($VEGF \geq 80$ ng/ml, $MMP-9 \geq 5,2$ ng/ml). The