



Запропонувати можливі шляхи корекції та профілактики десинхронозів з боку серцево-судинної системи в дітей шкільного віку, в залежності від провідних механізмів та факторів ризику.

Богданова Л.О.

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ЕХОКАРДІОГРАФІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ У ДІТЕЙ З БРОНХІТАМИ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Буковинський державний медичний університет*

За останні роки в Україні та світі спостерігається неухильне зростання захворюваності дихальної та серцево-судинної систем у дітей. В педіатрії широко застосовується термін кардіореспіраторна система, який відображає чисельні взаємозв'язки між ними. Гострі бронхіти та пневмонії часто супроводжуються серцево-судинними симптомами, що погіршує перебіг хвороби і сприяє виникненню ускладнень, знижує ефективність легеневого газообміну та веде до гіпоксії тканин організму. Все це робить нагальною потребу у дослідженнях показників стану кардіореспіраторної системи та у оптимізації лікувальних заходів при запальних бронхолегеневих захворюваннях у дітей. ЕхоКГ дозволяє отримати великий об'єм інформації про морфологічну структуру серця, динамічні зміни кровотоку, функціональні показники. Такі дослідження є цінними для збереження здоров'я, ранньої діагностики його порушень, покращання функціонального стану кардіореспіраторної системи, розробки заходів первинної профілактики та методів корекції порушень.

Метою роботи було визначити показники стану серцево-судинної системи, насичення крові киснем у поєднанні з функціональними пробами у дітей із запальними бронхолегеневими захворюваннями. Було обстежено 14 дітей у віці 8-11 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні з гострими бронхітами з обструктивним синдромом та дихальною недостатністю (ДН) I-II ступеня. Проводилося клінічне обстеження, визначення антропометричних показників, ЕКГ, пульсоксиметрія, ехокардіографія (ЕхоКГ). У дослідженні аналізувалися морфологічні та гемодинамічні показники ЕхоКГ функціонального характеру, пов'язані із системним кровообігом.

В цілому дані ЕхоКГ обстежених дітей потрапляли в межі нормативних коливань, за винятком показника кінцевого систолічного об'єму лівого шлуночку, який був дещо нижчим стандартних показників та показника фракції викиду. Жоден з обраних показників ЕхоКГ не мав вірогідних кореляцій зі статтю, зростом, масою чи індексом маси тіла дитини. Частота серцевих скорочень в середньому склала $85,3 \pm 7,7$ ударів за 1 хвилину, систолічний артеріальний тиск - $112,2 \pm 6,6$ мм Hg, діастолічний $74,3 \pm 4,5$ мм Hg. При аналізі гемодинамічних індексів ЕхоКГ були отримані наступні дані: фракція викиду склала в середньому $69,6 \pm 1,3\%$, градієнт тиску на мітральному клапані $4,04 \pm 0,32$ мм Hg, на аортальному клапані - $3,28 \pm 0,25$ мм Hg, на двостулковому - $1,82 \pm 0,14$ мм Hg, на пульмональному - $4,18 \pm 0,48$ мм Hg. В залежності від ступеня дихальної недостатності відмічено нижчий рівень показників у дітей з II ступенем. Так, фракція викиду у цих дітей склала 68,7% проти 70,7% у дітей з I ступенем ДН, градієнт тиску на мітральному клапані 3,92 мм Hg проти 4,2 мм Hg (що нижче на 6,5%), на аортальному клапані - 3,22 проти 3,37 мм Hg (на 4,2%), на двостулковому - 1,62 проти 2,1 мм Hg (на 22,6%), на пульмональному - 3,87 проти 4,6 мм Hg (на 15,8%). Таким чином, зниження гемодинамічних показників у дітей з залежності від важкості обструктивного синдрому в більшому ступені пов'язані з діяльністю правих відділів серця. При пульсоксиметрії у дітей з I ступенем ДН показник сатурації крові склав $97,1 \pm 0,9\%$, у дітей з II ступенем - $95,4 \pm 1,6\%$, коефіцієнт кореляції між ступенем ДН та рівнем сатурації мав середню силу ($R=0,45$, $p<0,05$).

Отже, при гострих бронхітах з обструктивним синдромом спостерігаються певні зміни з боку системи кровообігу в залежності від важкості обструктивного синдрому, які корелюють із зниженням рівня сатурації крові.