



феномен» – у 14 дітей. Теплова проба, навпаки, сприяла зменшенню локальної спазмованості та «сладжування» в капілярах у 10 дітей.

У дітей 2-ої групи при проведенні оклюзійної та холодової проб спостерігалися такі зміни: локальна спазмованість капілярів в 8 дітей, уповільнення кровотоку у венулах – в 5 дітей, феномен «сладжування» – в 7 дітей. Після теплової проби локальна спазмованість капілярів виявлялась в 2 дітей.

При оцінці ендотеліальної функції у дітей із хронічною гастродуоденальною патологією вірогідно частіше виявляються ознаки ендотеліальної дисфункції, ніж у здорових дітей, що можна пояснити наслідком вегетативної дизрегуляції, яка у свою чергу, супроводжується розладом мікроциркуляції на всіх рівнях, у тому числі і на капілярному.

Міхесва Т.М., Фоміна Т.П.

ОЦІНКА ПРОБИ РУФ'Є У ШКОЛЯРІВ ІЗ УРАЖЕННЯМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

Серед захворювань органів травлення у дітей переважають ураження гастродуоденальної ділянки, тобто гастродуоденіти. Патогенез хронічних захворювань гастродуоденальної зони складний та багатогранний. Одним з провідних механізмів розвитку гастродуоденальної патології є порушення у вегетативній сфері, які спричиняють певні зміни і з боку інших систем організму, зокрема серцево-судинної.

Нажаль, патологія серцево-судинної системи на сьогодні є також дуже актуальною проблемою охорони здоров'я України. Для раннього виявлення дітей групи ризику по розвитку у подальшому серцево-судинних захворювань є необхідним комплекс обстежень серцево-судинної системи у дітей, а саме – проведення проби Руф'є (з розрахунком індексу Руф'є), яка дозволяє визначити та оцінити фізичну працездатність та резервні можливості серцево-судинної системи.

Мета дослідження: оцінити пробу Руф'є у дітей шкільного віку із хронічними гастродуоденітами.

Обстежено 90 дітей шкільного віку, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці. Середній вік дітей 12,2 років. Співвідношення хлопців до дівчат 1:1. Дітей розділили на дві групи по 45 дітей: 1-шу групу – основну – склали діти з наявними хронічними гастродуоденітами зі збереженою чи підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунку у фазі загострення з хронічними гастродуоденітами, і 2-гу групу – контрольну (з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту). Були застосовані методи дослідження: антропометричні, клінічні, інструментальні, та статистичні.

При оцінці проби Руф'є використовували значення частоти серцевих скорочень у різні часові періоди відновлення після фізичних навантажень. Оцінивши індекс Руф'є у дітей із основної групи отримані нами результати були такі: у 9 дітей спостерігався поганий результат фізичної працездатності, у 21 дитини був задовільний рівень, у 13 дітей – добрий рівень та лише у 3 дітей – відмінний.

У дітей із контрольної групи ми отримали наступне: у 1 дитини спостерігався поганий результат фізичної працездатності, у 12 дітей був задовільний рівень, у 23 дітей – добрий рівень та у 7 дітей – відмінний.

При оцінці індексу Руф'є у дітей із основної групи у порівнянні з дітьми із контрольної групи було виявлено більшу кількість дітей поганого та задовільного результатів рівня фізичної працездатності, що пов'язано з наявністю в них органічної патології травного тракту та з особливостями вегетативної дизрегуляції.

Нечитайло Д.Ю.

ДОБОВІ КОЛИВАННЯ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ШКОЛЯРІВ ІЗ ПЕРЕДГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

За даними академіка В.Г. Майданника кількість дітей з передгіпертензією та гіпертензією з кожним роком невпинно зростає. При несвоєчасному виявленні артеріальної гіпертенії у дітей даний процес затягується і призводить до хронізації хвороби у старшому віці. Тому дуже важливим є виявлення артеріальної гіпертенії на стадії передгіпертензії для того, щоб провести своєчасну корекцію і недопустити розвитку гіпертонічної хвороби. Нажаль не всі діти, які мають подібну проблему потрапляють у поле зору дільничних педіатрів.

Однією з можливостей виявлення артеріальної гіпертенії у дітей є проведення добового моніторингу артеріального тиску. Кратність вимірювань артеріального тиску становила кожні 30 хвилин в денний час та кожні 2 години в нічний час. Ця методика дає можливість спостерігати за добовими коливаннями артеріального тиску, виявити співвідношення артеріального тиску у денний та нічний час, а також набагато достовірніше виявити передгіпертензію чи гіпертензію. Окрім того, великою перевагою цієї методики є те, що вона фактично усуває псевдопозитивний результат, тобто коли у дитини спостерігаються підвищені показники артеріального тиску при одноразовому вимірюванні, як наслідок на стресову ситуацію під час першого візиту в лікаря. При аналізі даних добового моніторингу АТ найбільш інформативними є наступні параметри: середні значення АТ (систоличного, діастолічного, пульсового та середнього гемодинамічного) впродовж доби, та окремо вдень і



вночі; мінімальні та максимальні значення АТ у різні періоди доби; варіабельність АТ; добовий індекс, індекс часу гіпертензії та площі гіпертензії («навантаження тиском»).

Мета дослідження - оцінити добові коливання пульсового артеріального тиску у школярів із передгіпертензією.

Обстежено 35 дітей шкільного віку. Умовно всіх школярів було розділено на 2 групи: 1-шу групу (15 дітей) склали діти з діагностованою передгіпертензією, які лікувались у педіатричному відділенні КМУ МДКЛ м. Чернівці, 2-гу групу (20 дітей) – здорові діти. Середній вік дітей 14,6 років. Співвідношення хлопців до дівчат 1:1. При обстеженні дітей 2-ї групи з нормальним артеріальним тиском спостерігалось зниження пульсового артеріального тиску вночі, та два денних підйоми із піком в 10.00 та 15.00-17.00. У дітей 1-ї групи пульсовий артеріальний тиск вночі був вірогідно вищим, ніж у дітей з 2-ї групи а також, у дітей з цієї групи не виявлялось другого піку підйому в післяобідній час. Таким чином, при проведенні добового моніторингу артеріального тиску дітей із передгіпертензією спостерігалися певні відхилення, що в подальшому можна використовувати як додаткові маркери при скринінговій діагностиці артеріальної гіпертензії.

Ортеменка Є.П.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА У ДІТЕЙ, ШО НАРОДИЛИСЯ З НИЗЬКОЮ ДО ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ МАСОЮ ТІЛА: КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою роботи було вивчити клінічно-анамнестичні особливості перебігу бронхіальної астми у дітей, що народилися з низькою відносно термінів гестації масою тіла.

Для досягнення мети роботи методом простої випадкової вибірки сформована когорта хворих на персистувальну бронхіальну астму дітей шкільного віку (61 пацієнт), які одержували стаціонарне лікування в Обласній дитячій клінічній лікарні м. Чернівці. Залежно від маси тіла пацієнтів при народженні сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу клінічну групу (I) склали 35 дітей із низькою при народженні масою тіла (≤ 2500 г), а другу (II) контрольну групу спостереження сформували 26 хворих із масою при народженні > 2500 г. За основними клінічними характеристиками (термін гестації при народженні, вік, місце проживання, ступень тяжкості бронхіальної астми) групи порівняння були зіставленими. Одержані результати дослідження аналізувалися за допомогою комп'ютерних програм «Statistica 5 StatSoft Inc.» та «Excel XP» для Windows на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення.

Аналіз отриманих даних показав, що бронхіальна астма у дітей, народжених з низькою до терміну гестації масою тіла, характеризується: переважанням пацієнтів жіночої статі (60% хворих; $P < 0,05$), дебютом захворювання в дошкільному (в 3-6 років) віці (37,1% спостережень; $P < 0,03$), дефіцитом маси тіла пацієнтів при актуальному обстеженні (50% дітей; $P > 0,05$), що асоціювала з соціальним статусом даної когорти хворих (31,6% дітей були сиротами або напівсиротами) та лютонопаїлініям матері (36,4% випадків; $P > 0,05$); проживанням пацієнтів в зонах підвищеного алергенного забруднення навколишнього середовища (100% спостережень); обтяженістю сімейного атопічного анамнезу за материнським родоводом (34,3%; обстежених; $P < 0,05$); переважанням тригерної ролі специфічних провокуючих чинників в розвитку загострення хвороби (53,3% пацієнтів; $P > 0,05$); недостатньою контрольованістю клінічних симптомів БА (персистування денних та нічних симптомів захворювання, що потребують додаткового використання швидкодіючих β_2 -агоністів) на тлі стандартної базисної терапії, що асоціює зі зниженням вентиляційної здатності легень (40% хворих; $P > 0,05$).

Встановлено, що бронхіальній астмі у дітей, народжених з низькою до терміну гестації масою тіла, притаманні окремі клініко-анамнестичні особливості. При цьому основною рисою перебігу астми у даної когорти дітей є недостатній контроль симптомів захворювання та зниження вентиляційної здатності легень на тлі застосування стандартної базисної протизапальної терапії, яка, вочевидь, потребує корекції за принципом «сходинка нагору».

Остапчук В.Г.

ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІОКСИДОНІУ В ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ

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

Виразкова хвороба (ВХ) є складним багатофакторним захворюванням. Доведено, що в ульцерогенезі поряд із інфекційним та ацилолептичним факторами зберігають своє значення порушення нейрогуморальної регуляції, трофіки та функціональної активності слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) тощо. Якщо терапія усуває одну із патогенетичних ланок, не впливаючи на інші, у цьому випадку можна очікувати новий рецидив захворювання, виникнення ускладнень та резистентності до здійснюваної терапії. Нашу увагу привернув сучасний імуноактивний лікарський засіб - поліоксидоній, який володіє чітко вираженими імунокорегуючими властивостями, має антиоксидантний, мембраностабілізуючий та детоксикуючий ефект. Він активно впливає на продукцію цитокінів, переважно з прозапальною дією, тим самим забезпечує відновлення нормального співвідношення між прозапальними та протизапальними інтерлейкінами, сприяючи зниженню запалення та більш швидкому загоєнню виразки.