



досить раннім маркером ступеня ураження органів-мішеней. Стан мікроциркуляторного русла шлунково-кишкового тракту має високий корелятивний зв'язок із станом мікроциркуляції слизових оболонок бульбарної кон'юнктиви та нігтьового ложа. При оцінці МЦ у цих ділянках спостерігаються патологічні зміни в капілярах, ідентичні змінам у слизових оболонках шлунка та ДПК.

Мета дослідження - вивчити стан мікроциркуляції у дітей шкільного віку з хронічною гастродуоденальною патологією.

Обстежено 60 дітей шкільного віку. Умовно всіх школярів розділили на 2 групи: 1-шу групу склали діти з наявною хронічною гастродуоденальною патологією, які лікувались у гастроентерологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці (30 дітей); 2-гу групу – здорові діти (30 дітей). Всім дітям проведено біомікроскопію капілярів нігтьового ложа за допомогою цифрового USB мікроскопу із максимальним збільшенням  $\times 400$ . Оцінено: периваскулярні зміни, судинні та внутрішньосудинні зміни (звивистість, спазмованість, зміна калібру, сладжування) у венулах, артеріолах і капілярах, кількість функціонуючих капілярів в полі зору, кількість анастомозів, наявність аномальних капілярів.

При обстеженні 1-ї групи дітей у більшості дітей капіляри нігтьового ложа мала стандартну U-подібну форму з паралельним розташуванням капілярів. В семи дітей спостерігали зміну форми капілярів (роздвоєні, гігантські, мікропетлі, клубочки); у дванадцяти дітей - патологічну звивистість капілярів; спазмованість капілярів – у дев'яти дітей, уповільнення кровотоку – у шести дітей, феномен «сладжування» - у восьми дітей. У більшості дітей із другої групи капіляри нігтьового ложа також мали стандартну U-подібну форму з паралельним розташуванням капілярів; патологічна звивистість капілярів спостерігалась у шести дітей, спазмованість капілярів – у чотирьох дітей, уповільнення кровотоку - в одній дитини, феномен «сладжування» - у одній дитини. Різницю між дітьми з першої та другої груп спостерігали за наступними показниками: це патологічна звивистість капілярів, уповільнення кровотоку (що пояснюється наявністю локальної спазмованості у дітей, хворих на хронічні гастродуоденіти у зв'язку з погіршеною оксигенацією тканин та розладами мікроциркуляції слизової оболонки шлунка і ДПК), зміну форми капілярів та наявність феномену «сладжування».

У дітей із хронічною гастродуоденальною патологією частіше виявляються розлади мікроциркуляції, 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.

**Нечитайло Д.Ю.**

#### **ДОБОВИЙ МОНІТОРИНГ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, ЯК ДРУГИЙ ЕТАП СКРИНІНГУ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*

*Вищий навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Гіпертонічна хвороба у дітей – це клініко-патогенетична форма первинної артеріальної гіпертензії, що характеризується періодичним або стійким підвищенням артеріального тиску, виникає на тлі надмірної активності симпатoadреналової і/або ренін-ангіотензин-альдостеронової систем, ендотеліальної дисфункції та призводить до гіпертензивного ураження органів мішеней (серця, нирок, судин головного мозку та сітківки).

Дуже важливим є вчасне діагностування артеріальної гіпертензії у дітей, та у школярів зокрема, бо саме діти шкільного віку складають найбільшу групу ризику по розвитку цього захворювання.

Єдиним методом ранньої діагностики підвищеного артеріального тиску у дитячій популяції є проведення наскрізного скринінгового дослідження основних показників серцево-судинної системи. Проведення будь-якого скринінгу передбачає двох-етапне обстеження. На першому етапі відбувається ідентифікація дітей з підвищеними показниками артеріального тиску та іншими змінами в діяльності серцево-судинної системи. На другому етапі проводиться прицільне дообстеження виявлених порушень, з метою конкретизації наявної проблеми, постановки клінічного діагнозу та розробки методів лікування чи профілактики.

Мета дослідження - добовий моніторинг артеріального тиску серед школярів, як другий етап скринінгового дослідження, для уточнення діагнозу артеріальної гіпертензії та формування групи ризику по розвитку цієї патології.

Обстежено 25 дітей шкільного віку, у яких на першому етапі скринінгового обстеження були виявлені підвищені показники артеріального тиску. Всім дітям було проведено клінічне обстеження, вимір основних антропометричних показників та добовий моніторинг артеріального тиску. Добове моніторування артеріального тиску проведено в умовах стаціонару за допомогою приладу Ambulatory Blood Pressure Monitor Holter ABPM50 ABPM Monitor з використанням манжети, розмір якої підбирався залежно від віку й окружності плеча дитини.

У обстежених школярів середньоденний рівень систолічного артеріального тиску (САТ) становив  $115,5 \pm 3,7$  мм рт. ст., середньонічний рівень САТ –  $105,9 \pm 4,3$  мм рт. ст. Середньоденний рівень диастолічного артеріального тиску (ДАТ) становив  $63,4 \pm 2,7$  мм рт. ст., середньонічний рівень ДАТ –  $54,8 \pm 2,7$  мм рт. ст. У підлітків, які мали індекс маси тіла (ІМТ)  $> 24,9$  кг/м<sup>2</sup> показники ДАТ перевищували відповідні показники у підлітків, які мали ІМТ  $< 24,9$  кг/м<sup>2</sup>. Кореляційним аналізом встановлені зв'язки між ІМТ та рівнями показників САТ (САТ середньодобовий –  $r=0,77$ ;  $p=0,006$ , САТ середньоденний –  $r=0,77$ ;  $p=0,006$ , САТ середньонічний –



$r=0,73$ ;  $p=0,01$ ), ДАТ середньонічний ( $r=0,75$ ;  $p=0,008$ ), АТ середньодобовий ( $r=0,64$ ;  $p=0,04$ ), АТ середньонічний ( $r=0,76$ ;  $p=0,006$ ).

Таким чином, застосування добового моніторингу на другому етапі скринінгового обстеження школярів дає можливість не тільки прицільно оцінити рівень артеріального тиску, але і з'ясувати його добові коливання та фактори ризику його підвищення.

**Ортеменка Є.П.**

#### **ПРЕДИКТОРИ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЩО НАРОДИЛИСЯ З НИЗЬКОЮ ДО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ МАСОЮ ТІЛА**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

В структурі дитячої інвалідності перинатальні ураження нервової системи становлять 35-40%, з яких провідне місце (47%) посідає гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГІЕ) новонароджених.

Метою роботи було вивчення ролі несприятливих внутрішньоутробних та позаутробних факторів у розвитку гіпоксично-ішемічної енцефалопатії в доношених новонароджених з малою до гестаційного віку масою тіла.

На базі відділення патології новонароджених ОДКЛІ м. Чернівці обстежено 41 доношеного новонародженого, хворого на ГІЕ. До першої (I) групи увійшло 28 пацієнтів із ГІЕ та відповідною до терміну гестації масою тіла, а другу (II) групу склали 13 новонароджених із низькою до гестаційного віку масою тіла.

За основними клінічними характеристиками групи порівняння не відрізнялися. Усі діти поступили в гострому періоді ГІЕ, а провідним неврологічним синдромом захворювання виявився синдром пригнічення ЦНС (92,9% пацієнтів I клінічної групи та 92,3% новонароджених II групи порівняння).

Отримані дані аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології з використанням параметричних (за критерієм Ст'юдента, P) і непараметричних (за критерієм кутового перетворення Фішера, P<sub>φ</sub>) методів обчислення з урахуванням співвідношення шансів (СШ) реалізації події та визначенням довірчих інтервалів (95% ДІ).

Встановлено, що у більшості випадків матері обстежених дітей народжували вперше (53,6% випадків у I групі та 61,5% спостережень – у II групі), а кожна десята породілля відносилася до незрілих (вік до 20 років): 10,7% випадків у I групі та 15,4% спостережень у II групі (P<sub>φ</sub>>0,05). Водночас майже у половини (46,2%) дітей із малою до терміну гестації масою тіла матері мешкали у міських поселеннях, проте у I групі порівняння міськими мешканками були лише 17,9% матерів (P<sub>φ</sub><0,05).

Зареєстровано, що в групі новонароджених з малою до гестаційного віку масою тіла вагітність у матерів частіше перебігала на фоні анемії (38,5% випадків), патології щитоподібної залози (46,2% спостережень) та прееклампсії вагітних (7,7%) відносно I групи порівняння: 28,6% (P<sub>φ</sub>>0,05), 21,4% (P<sub>φ</sub>>0,05) та 3,6% (P<sub>φ</sub>>0,05) відповідно. Водночас, загроза викидня у третьому триместрі вагітності частіше реєструвалася серед маловагових при народженні дітей (15,4% випадків) відносно I групи (3,6% спостережень; P<sub>φ</sub>>0,05).

Незважаючи на те, що представники обох груп спостереження відносилися до доношених новонароджених, хворі II групи вирізнялися вірогідно меншими термінами гестації. Так, термін гестації дітей I клінічної групи становив у середньому  $39,5 \pm 0,3$  тижня, а II групи спостереження –  $38,5 \pm 0,4$  (P<0,05) тижня. При цьому, діти II групи народжувалися в терміні 37-39 тижнів удвічі частіше (84,6% випадків) відносно I групи (42,9% пацієнтів; P<0,03).

Слід відзначити, що у маловагових дітей на першій хвилині життя вдвічі частіше траплялися респіраторні порушення, що потребували проведення штучної вентиляції легень (у 61,5% дітей II-ї групи проти 35,7% новонароджених I-ї клінічної групи; P<sub>φ</sub><0,05). Попри те, що до 5-ї хвилини життя у новонароджених обох клінічних груп відбулася стабілізація дихальної функції, акроціаноз ще визначався у половини (50%) маловагових новонароджених, проте лише у третини (37,5%) дітей I клінічної групи (P<sub>φ</sub>>0,05).

Слід зазначити, що у маловагових до терміну гестації дітей значно частіше (61,5%) реєструвалися супутні патологічні стани та проблеми вигодовування новонароджених (в'яле смоктання, знижена толерантність до їжі, зригування) відносно новонароджених I групи порівняння: 7,2% хворих (P<0,01) та 32,1% пацієнтів (P<sub>φ</sub><0,05) відповідно.

Показано, що до основних предикторів розвитку гіпоксично-ішемічної енцефалопатії у маловагових до терміну гестації новонароджених відносяться: проживання матерів у міських поселеннях (СШ=3,9; 95%ДІ 0,9-16,9); наявність захворювань щитоподібної залози у матерів (СШ=3,1; 95%ДІ 0,7-13,0); загроза викидня в 3-му триместрі вагітності (СШ=6,0; 95%ДІ 0,5-74,3) та прееклампсія вагітних (СШ=2,3; 95%ДІ 0,5-74,3); народження в менші терміни гестації (в 37-39 тижнів) (СШ=7,3; 95%ДІ 1,4-39,4), що асоціює із юним (до 20 років) віком матерів (СШ=1,5; 95%ДІ 0,2-10,4); а також супутні патологічні стани новонароджених (СШ=20,8; 95%ДІ 3,4-128,5); розвиток респіраторних порушень при народженні, які потребують проведення штучної вентиляції легень (СШ=2,9; 95%ДІ 0,7-11,2); проблеми вигодовування новонароджених (СШ=3,4; 95%ДІ 0,9-13,3).