

Кавуля Г.Г., Захарчук С.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	404
Зубійчук А.О., Шматко А.М. ФУНКЦІОНАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ШКОЛЯРІВ	405
Кіріл А.О. СТАН ЙОДНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ПІВНІЧНОЇ БУКОВИНИ	405
Ким О.А., Баратова С.С. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ	406
Киричук В.В., Хаїрбекова Е.А. НАСЛІДКИ ХРОНІЧНОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ХВОРОБИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ІЗ ЕКСТРЕМАЛЬНО НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ	406
Климович К.М., Гарас М.Н., Міхюк Г.В., Кіріак В.Г., Гайдей Д.С. ПОКАЗНИКИ КОНТРОЛЮ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ У ШКОЛЯРІВ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА	407
Козак К.В. ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ПЕРЕГЛЯДУ ТЕЛЕПЕРЕДАЧ ТА РОБОТИ ЗА КОМП'ЮТЕРОМ НА ФОРМУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ	407
Шевченко Т.А., Корнійко Є.Ю., Герасимчук К.А. ОКИСНИЙ ГОМЕОСТАЗ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ	408
Которажук М.І. МОНІТОРИНГ УРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ СЕРЕД ПЛОДІВ ТА ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	408
Кошова А.О., Воробієнко Ю.І. ВІКОВІ АСПЕКТИ ЦИТОПРОТЕКТОРНОГО СТАНУ СЛИЗОВОГО БАР'ЄРУ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ ПРИ РІЗНИХ РІВНЯХ КИСЛОТОПРОДУКЦІЇ	409
Курлан Н.Ю. ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЇ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ПРИ ШИГЕЛЬОЗИ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ <i>H.PYLORI</i>	409
Кухта О.Я., Гарас М.Н., Васкул Н.Я., Мацей Т.Ю. ПОКАЗНИКИ ЦИТОЛОГІЧНОГО СКЛАДУ ІНДУКОВАНОГО МОКРОТИННЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА	410
Кучеренко О.О. МЕХАНИЗМИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	410
Левицький А.С., Маслій Н.К. ЧИННИКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ СИНДАКТИЛІЇ У ДІТЕЙ	411
Лесюк О.З. МУЛЬТИКІСТОЗ НИРОК У ДІТЕЙ: ЧАСТОТА ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ	411
Лобанова Т.О. ЧИ ВІДОБРАЖУЄ ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ КАТІОННИЙ ПРОТЕЇН ВИРАЗНІСТЬ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ?	412
Завгородня Н.Ю., Лук'яненко О.Ю., Ягмур В.Б., Петішко О.П. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ БІЛІАРНИМИ ТА ІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ	412
Люта О.Р. ЗМІНИ МІОКАРДУ ПІСЛЯ КОРЕКЦІЇ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ	413
Міхеева Т.М. ПРОВЕДЕННЯ ТА ОЦІНКА ПРОБИ РУФ'Є У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	413
Мамутова Э.С., Хайдарова С.Х. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСТИННОЙ И ЛОЖНОЙ КАРДИОМЕГАЛИИ У ДЕТЕЙ В НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ	414
Мартинюк Н.П. ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ У ДІТЕЙ ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА	414

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»



ХИСТ 2016

ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

ЧЕРНІВЦІ
2016

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"



ХИСТ

2016, випуск 18

Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор

д.мед.н., проф. Т.М.Бойчук

Заступник головного редактора

к.мед.н., доц. О.А.Тюленева

Відповідальні секретарі:

С.Л. Говорнян

д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,

д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,

д. мед. н., проф. В.К. Тащук,

д. мед. н., проф. О.І. Федів,

д. мед. н., проф. О.С. Федорук,

д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,

д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,

к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. E-mail: snt@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://bim.co.ua/>

Чернівці, 2016

Люта О.Р.

ЗМІНИ МІОКАРДУ ПІСЛЯ КОРЕКЦІЇ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та медичної генетики

(науковий керівник - к.мед.н. Швиґар Л.В.)

Актуальність. В Україні щорічно народжується 4,5 - 6 тис. дітей із патологією серця. Надзвичайно важливими є своєчасна діагностика цієї патології і проведення відповідної хірургічної корекції. Важливо дослідити динаміку змін серцево-судинної системи після проведення оперативних втручань.

Мета роботи: вивчити функціональний стан серцево-судинної системи після корекції уроджених вад серця (УВС), використовуючи інструментальні методи дослідження: реєстрація електрокардіографії (ЕКГ), ехокардіографії в М- та В-режимах, доплерівської ехокардіографії.

Матеріали та методи дослідження. Проведено спостереження за 54 дітьми, прооперованими з приводу УВС, які проходили обстеження та лікування на базі ОДКЛ м. Чернівці. Хворі були розподілені на групи: I гр. – діти, що мали УВС зі збагаченням малого кола кровообігу – 23, II гр. – зі збідненням малого кола кровообігу – 12, III гр. – з перешкодою кровотоку у велике коло кровообігу – 6, IV гр. – хворі з комбінованими УВС – 13 обстежених. Післяопераційний термін – від 1 до 13 років. Проведено і оцінено клінічні та інструментальні методи дослідження: ЕКГ, ехокардіографія, доплерівська ехокардіографія.

Результати досліджень: Після хірургічної корекції УВС відбувалися позитивні зміни, але у 41% дітей залишалися скарги на задишку після фізичного навантаження (20%), біль у ділянці серця (23%), підвищену стомлюваність, слабкість (20%), головний біль (17%), відчуття серцебиття після фізичного навантаження, перебоїв у роботі серця (7%), часті гострі респіраторні інфекції (5%). У 40% дітей після усунення коарктації аорти було зафіксовано підвищення артеріального тиску. При ЕКГ-дослідженні порушення серцевого ритму визначалися у 51% хворих, процесів збудження міокарда – у 5%, порушення провідності у 72%. Синдром подовження інтервалу QT мав місце у 26% хворих. У 51% дітей була зареєстрована гіпертрофія шлуночків та дилатація передсердь. Порушення процесів реполяризації міокарда шлуночків відмічено у 25% випадків. Морфофункціональні зміни у вигляді дилатації магістральних судин були наявні у 22,4% дітей; лівого шлуночка – у 39,5% пацієнтів, правого – у 59,2% хворих. У 32,3% обстежених виявлено пролабування мітрального клапана, у 26,2% – аномальні хорди лівого шлуночка. Також виявлено: порушення систолічної функції у 13,1% дітей, діастолічної – у 26,6% хворих, систоло-діастолічна дисфункція – у 14,5% обстежених. При діастолічній дисфункції частіше визначався рестриктивний тип - у 41,9% дітей, псевдонормалізація мітрального потоку – у 32,2%, змішана форма (рестриктивно-псевдонормалізована) – у 19,4% хворих та аномального розслаблення – у 6,5% пацієнтів. У дітей, прооперованих з приводу УВС зі збагаченням малого кола кровообігу та з перешкодою у велике коло кровообігу, частіше реєструвався рестриктивний тип діастолічної дисфункції; після корекції комбінованих вад – тип псевдонормалізації доплерівського спектру. Висновок: після хірургічної корекції УВС надалі виявляються певні особливості функціонування серцево-судинної системи.

Міхеєва Т.М.

ПРОВЕДЕННЯ ТА ОЦІНКА ПРОБИ РУФ'Є У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Нечитайло Ю.М.)

Актуальність. Гастроудоденальна патологія посідає провідне місце в структурі захворюваності дітей як і в Україні, так і в світі. Одним з провідних механізмів розвитку гастроудоденальної патології є порушення у вегетативній сфері, які спричиняють певні зміни і з боку інших систем організму, зокрема серцево-судинної. На жаль, патологія серцево-судинної системи (ССС) 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 обстеження та оцінки морфофункціонального стану ССС у дітей. Однією із методик комплексного обстеження дітей є проведення проби Руф'є, яка дозволяє визначити та оцінити фізичну працездатність та резервні можливості серцево-судинної системи.

Мета: оцінити пробу Руф'є у дітей шкільного віку з хронічною гастроудоденальною патологією.

Матеріали і методи. Нами було 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: основну (з хронічними гастроудоденітами) і контрольну (з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту). Були застосовані методи дослідження: антропометричні, клінічні, інструментальні, та статистичні.

Отримані результати та їх обговорення. При оцінці проби Руф'є використовували значення частоти серцевих скорочень у різні часові періоди відновлення після фізичних навантажень. У 8 дітей з основної групи спостерігався поганий результат фізичної працездатності, у 21 дитини був задовільний рівень, у 14 дітей – добрий рівень та лише у 2 дітей – відмінний. У 1 дитини з контрольної групи спостерігався поганий результат фізичної працездатності, у 13 дітей був задовільний рівень, у 25 дітей – добрий рівень та у 6 дітей – відмінний.

Висновок. При оцінці індексу Руф'є у дітей з основної групи у порівнянні з дітьми з контрольної групи було виявлено більшу кількість дітей з низькими та задовільними результатами рівня фізичної працездатності при виконанні проби Руф'є, що пов'язано з наявністю в них органічної патології травного тракту та з особливостями вегетативної дисрегуляції.