



склали діти з підвищеним рівнем артеріального тиску, 2-гу групу (45 дітей) – контрольну (клінічно здорові діти). Всім обстеженим проведена проба Руф'є.

У пробі використовувалися значення частоти серцевих скорочень у різні часові періоди відновлення після відносно невеликих навантажень. У дітей, які знаходилися в положенні сидячи після 5 хвилин відпочинку виміряли частоту серцевих скорочень (ЧСС) за 15 сек. (ЧСС₁), потім обстежуваний виконував 30 глибоких присідань, викидаючи руки вперед і рахуючи вголос (щоб зберегти правильне дихання), за 45 секунд і відразу ж сідав на стілець. Підраховували ЧСС за перші 15 сек. після навантаження (ЧСС₂), потім в останні 15 сек. першої хвилини після навантаження (ЧСС₃). Індекс Руф'є розраховували за формулою: $(4 \times (\text{ЧСС}_1 + \text{ЧСС}_2 + \text{ЧСС}_3) - 200) : 10$. Оцінювали індекс за такими результатами: <3 – висока фізична витривалість серця, 4-6 – хороша, 7-9 – середня, 10-14 – задовільна, ≥ 15 – погана.

При оцінці проби Руф'є використовували значення частоти серцевих скорочень у різні часові періоди відновлення після фізичних навантажень. Оцінивши індекс Руф'є у дітей з основної групи отримані нами результати були такі: у 8 дітей спостерігався поганий рівень витривалості серця до фізичного навантаження, у 21 дитини був задовільний рівень, у 14 дітей – добрий, у 2 дітей – відмінний.

У дітей з контрольної групи ми отримали наступні результати: у 1 дитини спостерігався поганий рівень витривалості серця до фізичного навантаження, у 13 дітей – задовільний, у 25 дітей – добрий рівень та у 6 дітей – відмінний.

Отже, при оцінці індексу Руф'є у дітей з основної групи було виявлено більшу кількість поганих та задовільних результатів рівня витривалості серця до фізичного навантаження, що пов'язано з особливостями вегетативної дизрегуляції на відміну від дітей з контрольної групи.

Прокопчук О.В.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПОЄДНАНИХ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА КИШЕЧНИКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Як аксіома сприймається думка, що витoki багатьох хвороб органів травлення у дорослих лежать в дитинстві [Запруднов А.М., 2015]. Функціональні порушення (ФП) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є однією з найбільш поширених проблем у дітей [Кривуша Е.Л., 2018; Бельмер С.В., 2016]. ФП ШКТ досить часто бувають проявом перинатальних уражень ЦНС у структурі вегетативно-вісцерального синдрому [Знаменська Т.К., 2010-2014; Хасанова С.С., 2018]. Тяжкі форми перинатальної патології у новонароджених супроводжуються клінічними ознаками поліорганної невідповідності, у тому числі, поєднаною дисфункцією системи травлення, складовою якої є екзо- та ендокринна недостатність підшлункової залози (ПЗ) та порушення функціонального стану кишечника.

Мета дослідження – визначення перинатальних факторів та клінічних особливостей перебігу функціональних порушень системи травлення у новонароджених в критичних станах.

Проведено обстеження 137 новонароджених, з яких: 87 осіб (I гр.) – з функціональним порушенням системи травлення в комплексі поліорганної недостатності при критичних станах, які мали перинатальну патологію, з вивченням анамнезу та особливостей перебігу вагітності й пологів у матерів та 50 осіб (II гр.) – група контролю (здорові новонароджені діти). Методи: проведено аналіз карт розвитку новонародженого ф. №097/о та історії пологів ф. №096/о; клінічне обстеження дітей. Статистична обробка математичних даних проведена з використанням програми Statistica 6.0 (StatSoft Ink., USA) з розрахунком середньої арифметичної величини (M) та похибки репрезентативності середньої величини (m).



Аналіз факторів ризику порушень адаптації новонароджених вказує на значний відсоток проблем вагітності, пологів та соматичних захворювань у матерів, спричиняючи після народження важкі форми поєднаної патології різних систем органів, у тому числі, шлунково-кишкового тракту з розвитком харчової інтолерантності, причиною чого є дисфункція підшлункової залози та кишечника. За нашими даними, передумовою хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода є: плацентарна недостатність (11,5 та 2%), гестози 5,7 та 4%, загрози переривання вагітності 31,0 та 34,%, викидні/аборти/позаматкові вагітності – 19,5 та 2%, дистрес плода – 20,7% у I-й групі, нейроциркуляторної дистонії 25,3 та 28,0%, ДЗ 18,4 та 24,0%, хронічна гастроентерологічна патологія 12,7 та 12,0% у I та II групах. Особливу увагу слід звернути на реалізацію внутрішньоутробного інфікування, найчастішими причинами яких є вагініт/кольпіт 19,5 та 14,0%, хронічний аднексит 1,2% – у I групі дослідження. Також важливим є протікання пологів: кесарський розтин – 27,6 та 8%, бузводний проміжок – 11,5 та 2%.

За даними обстеження новонароджених спостерігалась наступна патологія: синдром дихальних розладів - 75,9%, з яких потребували ШВЛ - 66,7%, неонатальна енцефалопатія/гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС відмічено у 75,9%, поліорганна недостатність виявлена у 54,0%, синдром аспірації меконію - 26,4%, судомний синдром - 16,1%, набряк мозку - 18,4%, геморагічний синдром - 5,7%, асфіксія важкого ступеню - 12,6% та помірного ступеню - 70,1%, пологова травма - 1,2%, гемолітична хвороба новонароджених з ОЗПК - 3,4%.

Клінічно поєднані порушення системи травлення у новонароджених за умов перинатальної патології характеризуються: зниженою толерантністю до їжі - 88,5%, зригуванням/стазом - 72,4%, парезом/в'ялою перистальтикою - 43,7%, втратою маси тіла у 13,8%, затримкою меконію - 29,9%, пригніченням/відсутністю смоктального рефлексу у 65,5%, також мінімальне трофічне хачування (МТХ) потребували 59,8% обстежених дітей.

Отже, визначення особливостей формування поєднаних порушень функціонального стану системи травлення в комплексі поліорганної недостатності у новонароджених за умов перинатальної патології в залежності від ступеня тяжкості дадуть змогу удосконалити методи прогнозування, діагностики, профілактики та лікування, запропонувати схеми катамнестичного спостереження та реабілітації, попередити розвиток у подальшому хронічних гастроентерологічних захворювань.

Сапунков О.Д.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОПАТОГЕНЕЗ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЇ ПРИГЛУХОВАТОСТІ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Сенсоневральна приглухуватість (СНП) - втрата слуху, викликана ураженням структур внутрішнього вуха, присінково-завиткового нерва або центральних відділів слухового аналізатора.

У виникненні набутої СНП доведена роль інфекційних захворювань, черепно-мозкової травми з переломом скроневої кістки, баротравми, акустичної травми, впливу ототоксичних препаратів, імунних захворювань, судинного фактора.

При закритих пошкодженнях черепа і головного мозку кінетична енергія формує гідродинамічний удар, який діє на структури головного мозку і внутрішнього вуха, що веде до «ланцюгової реакції», що складається з чотирьох ланок: дисфункції, дисциркуляції, дистрофії і атрофії.

Ототоксична дію антибіотиків аміноглікозидового ряду асоціюється з мутацією A1555G в гені 12S мітохондріальної рРНК.

Відповідно до імунологічної теорії, циркулюючі імунні комплекси перехресно реагують з антигенами внутрішнього вуха або відбувається активація пошкодження Т-