



супутньої патології діагностовано у 20 хворих (група порівняння). Всім пацієнтам було проведено стандартне отоларингологічне обстеження, ендовідеориноскопію, рентгенографію БНП, загальний аналіз крові та сечі, бактеріологічне дослідження, аналіз крові для імунологічних досліджень та спектрофотометричного визначення рівня молекул середньої маси (МСМ).

У хворих на ХГВС, що розвинувся на фоні ЦД 1-го типу середньої тяжкості поглиблюється товстокишковий дисбіоз, основним чином до II (78%)-III (22%) ступеню, за рахунок елімінації та вираженого дефіциту автохтонних облигатних біфідо- і лактобактерій та зростання популяційного рівня факультативних умовно патогенних анаеробних та аеробних мікроорганізмів ($7,83 \pm 0,39$ - $8,97 \pm 0,27$ IgKYO/мл). При ХГВС без супутньої патології у більшості (15 хворих (75%)) також формується товстокишковий дисбіоз I ступеню, у 1 (5%) - I-II ступеню, а в 4 хворих (20%) дисбіотичних змін не виявлено.

В основній та контрольній групах хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу рівень МСМ становив ($0,53 \pm 0,04$ ум.о.) і ($0,51 \pm 0,02$ ум.о.) відповідно та був вірогідно вищим порівняно з групою хворих на ХГВС без ЦД ($0,33 \pm 0,02$ ум.о.) ($p < 0,001$), що свідчить про виражену ендogenous інтоксикацію і пов'язано із зниженням загальної резистентності організму.

Проведене комплексне лікування ХГВС у хворих з ЦД 1-го типу із застосуванням пробіотика сприяє зростанню у складі товстокишкового мікробіоценозу популяційного рівня бактерій роду *Bifidobacterium* на 29,19%, *Lactobacillus* на 16,08%, а роль цих бактерій у формуванні мікробіоценозу біотопу зростає у 4,8 та у 3,5 рази відповідно. До проведення комплексної терапії у всіх 40 хворих основної групи був встановлений дисбіоз, основним чином II-III ступеня, після проведеної терапії із застосуванням пробіотика. Після проведеної комплексної терапії із включенням пробіотика - у 10 (25%) у хворих залишався дисбіоз у I-II ступеню. Таким чином, розроблена схема комплексного лікування з включенням мультипробіотичного препарату виявилась ефективною у відновленні мікробіоценозу порожнини товстої кишки у 50% хворих, в інших хворих рівень дисбіотичних порушень знизився: основним чином до рівня I ст. у 16 (40%) хворих і II ст. - у 4 (10%) хворих.

Одержані результати дають змогу обґрунтувати необхідність використання у комплексному лікуванні хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу мультипробіотик, який сприяє відновленню імунної резистентності та, відповідно, підвищує ефективність лікування хворих з даною поєднаною патологією.

Понюк В.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОБИ РУФ'Є У ШКОЛЯРІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Артеріальна гіпертензія вважається найважливішою соціально-економічною і медичною проблемою, оскільки посідає значне місце в структурі працевдатності, інвалідизації та смертності населення. В усьому світі АГ перебуває в центрі уваги не лише терапевтів, кардіологів, а й педіатрів, і належить до найбільш розповсюджених проблем сучасної кардіології дитячого віку. Нажаль, патологія серцево-судинної системи на сьогодні є 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. Однією із методик, яка дозволяє оцінити резервні можливості серцево-судинної системи в дітей є проба Руф'є.

Мета дослідження – оцінити функціональний стан серцево-судинної системи, розраховуючи індекс Руф'є у дітей шкільного віку.

Обстежено 90 дітей шкільного віку, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні №2 міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці. Середній вік дітей складав-12,2 років. Співвідношення хлопців до дівчат було 1:1. 1-шу групу (45 дітей) –



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 зберігати 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).