



Таким чином, в більшості з обстежених підлітків визначався фенотип бронхіальної астми «пізнього початку» з переважанням змішаної форми та легким і середньотяжким перебігом захворювання, який в процесі динамічного спостереження мав тенденцію до зменшення тяжкості, попри те, що супутня алергічна патологія з віком траплялася частіше.

Швигар Л.В., Гінгуляк М.Г.
ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ РУФ'Є У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

За даними численних епідеміологічних досліджень, в дитячій популяції вегетативні розлади, починаючи з пубертатного періоду, зустрічаються в 30-80% спостережень. Симптоми вегетативної дисфункції виявляють у 80% дітей, переважно серед міських жителів. Їх можна виявити в будь-якому віковому періоді, але частіше спостерігають у дівчаток 7 – 8-річного віку і підлітків. У зв'язку з цим «вегето-судинна дистонія» (ВСД) або її варіант «нейроциркуляторна дистонія» (НЦД) – привертають особливу увагу педіатрів.

Нами проведено аналіз амбулаторних карток 60 дітей шкільного віку з даною патологією та 25 дітей, у яких симптомів вегетативної дисфункції не відмічалось. По віку і статі групи співставимі. Всім дітям проведено як клінічне, так і параклінічне обстеження, згідно протоколу, та проба Руф'є. Оцінка працездатності серця при фізичному навантаженні проводилась згідно таблиці індексу Руф'є для дітей.

Таблиця

Індекс Руф'є для дітей

Оцінка результатів	15-18 років	13-14 років	11-12 років	9-10 років	7-8 років
Незадовільно	15 і більше	16,5 і більше	18 і більше	19,5 і більше	21 і більше
Слабо	11-15	12,5-16,5	14-18	15,5-19,5	17-21
Задовільно	6-10	7,5-11,4	9-13	10,5-14,5	12-16
Добре	0,5-5	2-6,5	3,5-8	5-9,5	6,5-11
Відмінно	до 0,5	до 1,5	до 3	до 4,5	до 6

В першій групі відмічено більше дітей з міської місцевості, в другій – більше хлопчиків. При збиранні анамнезу відмічено, що у дітей першої групи вдвічі більше народжених від матерів з обтяженою вагітністю та важкими пологами, враховуючи кесарев розтин і недоношеність. У дітей з симптомами вегетативної дисфункції відмічено частіше недотримання режиму сну, вживання «нездорової» їжі, більш тривале користування телефонами та комп'ютером. Діти другої групи ведуть більш активний спосіб життя, у них рідше виявляли сколіотичну осанку, у більшості дітей в школах є ортопедичні парт.

При проведенні обстеження дітей з вегетативною дисфункцією відмічено часте виявлення порушення кровообігу в басейні внутрішньої сонної та біляхребцевих артерій, порушення ритму серця за рахунок тахі- чи брадикардії, хворі скаржаться на частий головний біль, головокружіння, відчуття холоду в дистальних відділах кінцівок, підвищену пітливість при хвилюванні, частіше скаржаться на біль в животі, при ультразвуковому обстеженні відмічається дискінезія жовчовидільних шляхів.

Таким чином, проведений аналіз частоти проявів та симптоматики вегетативної дисфункції підтверджує, що для виховання здорового покоління необхідним є регулювання у дітей режиму дня, повернення до «старих» методів рухової активності, збалансованого екологічно чистого харчування та використання ортопедичних парт у дошкільних та шкільних навчальних закладах, особливо для дітей з обтяженим перинатальним анамнезом. При проведенні проби Руф'є, особливо у дітей з вегетативними дисфункціями слід враховувати особливості вікових показників.

Юрків О. І.
КОРЕКЦІЯ ДИСБІОЗІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти,
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Характер первинної мікробної колонізації кишечника у немовлят критично змінився, що пов'язано із збільшенням контингенту жінок з перинатальними факторами ризику. До тригерних факторів можна віднести неповноцінність харчування, зростання стресових впливів, екологічне неблагополуччя та безконтрольне застосування антибіотиків.

При дизбактеріозі кишечника за участі амілолітичної (цукролітичної) кишкової мікрофлори може порушуватись абсорбція вуглеводів. В структурі бродильної мікрофлори переважають різні види *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Streptococcus faecalis*. За участі бактеріальних амілаз і дисахаридаз виникає гідроліз непереварюваних у тонкій кишці вуглеводів до органічних кислот та газів. Вуглеводи, що не всмоктались, піддаються кислому бродінню і метановому гниттю з перетворенням великої кількості дріжджових грибів у порожнині кишки, що сприяє бродильним процесам. Окрім цього, в результаті тривалого вживання молочних сумішей, які містять високий нефізіологічний вміст білка, виникає надлишковий ріст протеолітичної товстокишкової мікрофлори (*Bacteroides*, *Proteus*, *Clostridium*, *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Ristella*). Дані