

Серйозною проблемою АД є формування atopічного маршу з подальшою трансформацією у бронхіальну астму та поліноз. Діти з проявами АД, окрім медикаментозного лікування, потребують щоденного догляду за шкірою, тобто використання емольтентів. Останні створюють захисний бар'єр на поверхні шкіри, попереджують подразнення та утримують вологу.

Під нашим спостереженням перебувало 74 дитини, яким вперше діагностували АД, віком 3-9 міс, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні алергології ОДКЛ. У немовлят оцінювали площу та локалізацію висипань, інтенсивність морфологічних елементів (еритема, папула, ексорації, ліхеніфікація) та вираховували індекс EASI. Серед обстежених у 56 дітей (75,7%) діагностовано загострення АД середньої тяжкості (індекс EASI від 24 до 48 балів); у 18 (24,3% випадків) – тяжке (індекс EASI більше 48 балів). Пацієнти I групи отримували базову терапію лікування АД (26 із середньо-тяжким перебігом та 9 із тяжким), II групи – окрім базової терапії, у якості емольтента, використовували топікрем АД (30 із середньо-тяжким перебігом та 9 із тяжким). У процесі лікування гострого періоду нами не відмічено суттєвої різниці у динаміці шкірних проявів між групами ($p < 0,05$). Зменшення інтенсивності висипань у I та II групах відмічалось переважно на 5-6 добу при середньо-тяжкому перебігу та на 7-8 добу при тяжкому перебігу АД. Більшість дітей обох груп (83,8%) були виписані із стаціонару на 11-14 добу із суттєвим покращенням стану (індекс EASI менше 24 балів). У 10,8% випадків пацієнтів не спостерігалось проявів АД на момент виписки і тільки у 5,4% - залишались зміни характерні для середньо-тяжкого перебігу. Спостерігаючи за дітьми, нами відмічено, що протягом двох місяців після виписки із стаціонару, батьки пацієнтів I групи із середньо-тяжким перебігом повторно звертались за консультативною допомогою частіше (у 57,7% проти 26,7% випадків серед дітей II групи, $p < 0,05$). Частота звернень у дітей з тяжким перебігом АД суттєво не відрізнялась між групами (55,5% та 44,4% випадків у I та II групах відповідно, $p < 0,05$). Окрім того, у I групі були повторно госпіталізовані шестеро дітей (17,1%), а у II групі – троє (7,7%, $p < 0,05$).

Топікрем АД, окрім властивостей, що характерні для більшості емольтентів, володіє ліпідно-відновлюваною дією завдяки вмісту масла льону та бджолиного воску. Дане поєднання забезпечує додаткове надходження поліненасичених жирних кислот (омега 3 та 6) потрібних для синтезу ліпідів. Присутність у складі крему алантоїну, гліцерину та масла ши сприяє ремоделюванню гідро-ліпідної плівки, створює оптимальні умови для швидкого загоєння мікротріщин, зменшує прояви запального процесу. Отже, попереджує розвиток подразнень та може бути рекомендований у якості профілактики загострень АД.

ВАРІАНТИ УРАЖЕННЯ МІОКАРДА У НОВОНАРОДЖЕНИХ В РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

**Сенаторова Г.С., Гончарь М.О., Бойченко А.Д., Кондратова І.Ю.,
Сенаторова А.В., Подгала Є.В., Зозуля О.В.**

Харківський національний медичний університет, м. Харків
Регіональний перинатальний центр, м. Харків

Питання ранньої діагностики патології міокарду у новонароджених залишаються актуальними та широко дискутуються в сучасній літературі.

Мета: вдосконалення ранньої діагностики кардіоміопатій у новонароджених у ранньому неонатальному періоді.

Протягом 2013-2014 рр. скринінгове доплерехокардіографічне дослідження з оцінкою морфології серця, стану систолічної та діастолічної функції серця проведено 1601 новонародженим 1-7 доби життя в умовах КЗОЗ ОКЛ «ЦЕМД та МК» Регіональний перинатальний центр м. Харкова на апараті MyLab25Gold (Італія). Критеріями виключення з дослідження була наявність вродженої вади серця та судин (Q 20-28).

Результати дослідження: ознаки гіпертрофії міокарда виявлено у 59 (3,7%) пацієнтів в ранньому неонатальному періоді, з них хлопчиків 27 (45,8%) та дівчаток 32 (54,2%). До складу контрольної групи увійшли 140 новонароджених без гіпертрофії міокарда. З метою уточнення діагнозу за МКБ-10 та верифікації генеза кардіоміопатії проведено дообстеження: визначення рівню тропоніну I в сироватці крові, КФК-МВ, АСТ, АЛТ, ЛДГ, глюкоза крові, обстеження на TORCH-інфекції; ЕКГ, рентгенограма органів грудної клітини за показаннями.

Встановлено значний поліморфізм походження кардіоміопатій. Так, у 49 (83,1%) пацієнтів від матерів з цукровим діабетом діагностовано вторинну метаболічну (діабетичну) кардіоміопатію, морфологічними ознаками якої була локальна гіпертрофія апікальної частини міжшлуночкової перетинки ($6,2 \pm 1,3$ мм). Виявлено відмінності показників кінцево-діастолічного розміру ЛШ ($p < 0,01$), товщини міжшлуночкової перетинки ($p < 0,01$), градиенту у вихідному тракті ЛШ (ВТЛШ) понад 10 мм. рт. ст. Асінергія скорочень міокарду діагностована у 18,4%, діастолічна дисфункція ЛШ за типом уповільненого розслаблення – у 73,5% ($p < 0,05$).

З 40 новонароджених, що перенесли асфіксію під час пологів, помірна гіпертрофія міокарда (переважно МШП) виявлена на 5-7 добу життя тільки у 6 (15,0%) пацієнтів з важкою асфіксією в анамнезі. Ці діти мали ST-T зміни на ЕКГ; після дообстеження було встановлено діагноз транзиторної постгіпоксичної ішемії міокарда (ТПІМ). Для пацієнтів з ТПІМ було характерним порушення діастолічної функції ЛШ (у 50%), транзиторна транстристулкова регургітація (у 50%).

В окрему групу увійшли 4 (6,8%) дітей з гіпертрофічною кардіоміопатією (ГКМП), в тому числі 2 – з обструкцією ВТЛШ. Перебіг захворювання був прогредієнтним та закінчився летально у 2 пацієнтів. У 1 дитини встановлено ГКМП на тлі порушення обміну карнітіна; вихід – летальний. У 1 дитини зі значною гіпертрофією стінок ЛШ ($11,0 \pm 0,6$ мм, $p < 0,05$) та обструкцією ВТЛШ (градієнт тиску між лівим шлуночком та аортою – 67 мм. рт. мт.) встановлено цитомегаловірусний генез вродженого кардита, отримано позитивний ефект від етіотропної терапії з нормалізацією морфології серця.

Висновки: за даними скринінгового доплерехокардіографічного обстеження гіпертрофія міокарда встановлена у 3,7% новонароджених. Поліетіологічність неонатальних кардіоміопатій потребує дообстеження з метою верифікації діагнозу та визначення прогнозу.

ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧУЩА ВІДКРИТА АРТЕРІАЛЬНА ПРОТОКА У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ. ПРОБЛЕМА ЧИ НІ?

**Сенаторова Г.С., Бойченко А.Д., Гончарь М.О., Кондратова І.Ю.,
Сенаторова А.В., Левінська О.О., Комова В.О.**

Національний медичний університет, Регіональний перинатальний центр, м. Харків

Гемодинамічно значуща відкрита артеріальна протока (ГЗВАП) – особливий патофізіологічний стан, що може розвинути у недоношених новонароджених та призвести до порушень центральної та регіональної гемодинаміки.

Мета: удосконалення ранньої діагностики ГЗВАП у недоношених новонароджених у неонатальному періоді шляхом визначення об'єктивних клінічних та доплерехокардіографічних (ДЕХОКГ) критеріїв. Обстежено 93 новонароджених (хлопчики – 51,6%, дівчатка – 49,4%) 24-35 тижнів гестації. ДЕХОКГ проводилося у першу добу життя, далі щоденно. Новонароджені розподілені: I група ($n=26$) – з екстремально низькою масою тіла (m народж. $779,5 \pm 63,4$ г) строк гестації 24-29 тижнів, II група ($n=29$) – з дуже низькою масою тіла ($1297,1 \pm 112,6$ г) 30-34 тижнів гестації, III група ($n=38$) – з низькою масою тіла ($1859,1 \pm 118,1$ г) 32-35 тижнів гестації.

Результати дослідження. 82,8% ($p \leq 0,05$) матерів мали ускладнений перебіг вагітності: загроза передчасних пологів у 64,5% ($p \leq 0,05$), преєклампсія і гестоз вагітності у 39,7%, відшарування плаценти у 31,2%. Антенатальний дистрес плода зареєстрований у 39,7%; асфіксія новонароджених – у 31,2% недоношених. За даними ДЕХОКГ у 13 (14,0%) ($p < 0,05$) дітей I групи встановлено ГЗВАП у відповідності до критеріїв: діаметр протоки більше 1,5 мм у новонароджених з вагою < 1500 г, співвідношення розміру лівого передсердя до кореня аорти (ЛП/Ао) $> 1,4$, індекс судинної резистентності (IR) в передній мозковій артерії та/або середній мозковій артерії $> 0,8$, синдром «діастолічного обкрадання» у нирковій і/або мезентеріальних артеріях, або реверсний кровоток у черевній аорті, збільшення лінійного розміру лівого шлуночка (ЛШ) на 10% і більше від первісного розміру, кардіоторакальний індекс $> 60\%$. Для недоношених з ГЗВАП були характерні дилатація ЛШ з гіпертрофією стінки та міжшлуночкової перетинки у 77,4% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), дилатація порожнини ПШ у 82,8% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), дилатація ЛП у 100% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), регургітація I-II ст. на трикуспідальному та пульмональному клапанах у 65,6% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), підвищення середнього тиску в ЛА у 78,5% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), у 100% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$) дітей – порушення діастолічної функції шлуночків серця за типом уповільненої релаксації. Діаметр ВАП (по потоку в стовбурі ЛА) у I групі – $2,5 \pm 0,8$ мм, у другій – $2,4 \pm 0,6$ мм, у III групі – $2,2 \pm 0,4$ мм. Є необхідним орієнтуватися на морфологічні зміни камер серця, клінічний стан пацієнта та киснезалежність. Ми спостерігали ранні ускладнення ГЗВАП: збільшення тяжкості РДС у 8 (42,3%) недоношених, внутришньошлуночковий крововилив I-II ст. у 8 (30,8%), у 6 (23,1%) – геморагічне виділення з трахео-бронхіального дерева, погане засвоєння ентєрального харчування у 14 (53,8%), у 8 (30,8%) обстежених – нестійкі показники насичення крові киснем. Хірургічне лікування ГЗВАП проведено 8 новонародженим з 7 по 19 добу життя, у 5 пацієнтів сталася спонтанна облітерація протоки.

Висновки. Морфологічні зміни камер серця та клінічне погіршення стану новонародженого свідчить про необхідність рішення питання хірургічної корекції ГЗВАП, що повинно прийматися індивідуально.

МІСЦЕ ПСИХОГІГІЄНИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СТРУКТУРІ СУЧАСНОЇ ШКІЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

¹ Сергета І.В., ² Тимошук О.В., ¹ Панчук О.Ю., ¹ Мостова О.П., ¹ Дреженкова І.Л.,
¹ Стоян Н.В., ¹ Теклюк Р.В., ¹ Лукіна Н.Ю., ¹ Макаров С.Ю.

¹ Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця;

² Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

До числа основних завдань сучасної шкільної медицини слід віднести як клінічно- так і профілактично-значущі завдання, що передусім, полягають у визначенні чинників індивідуального і сімейного медико-соціального ризику формування захворювань