

артеріального тиску $70,1 \pm 7,8$. Приглушеність тонів серця відмічалась у 22,7% обстежених, а систолічний шум функціонального характеру 37,8%. Результати ЕКГ-дослідження показали, що 68,19% хворих мають зміни на ЕКГ; монотопні порушення ритму серця було виявлено у 50% пацієнтів, серед яких найчастіше спостерігалась синусова аритмія – у 21,21% дітей. За даними ЄХОКГ виявлена помірна дилатація порожнини лівого шлуночка у 30,3% хворих, з малих структурних аномалій частіше зустрічалися аномальні хорди ЛШ у 28,8% дітей, пролапс мітрального клапану І ст у 24,5%.

Детально вивчався анамнез хворих з метою визначення факторів ризику ССС. При опитуванні дітей та їх родини були виявлені наступні ознаки: світле волосся мали 54,5% дітей, 68,5% батьків; блакитні очі мали 28,8% дітей, 30,3% батьків; бліда шкіра спостерігалась у 19,7% дітей, 24,2% батьків; судинний малюнок на шкірі у 13,6% дітей, 10,6% батьків. Вели малорухливий спосіб життя 36,4% дітей.

Наявність захворювань серцево-судинної системи мали місце у 28,0% батьків та у 36,6% інших родичів. Надмірну вагу мали 22,7%, ожиріння І ступеню 11,4%, ІІ ступеню 3,8% батьків. Порушення постави відзначили 45,5% дітей, 6,9% батьків, схильність до переломів мали 15,2% дітей, 3,1% батьків.

Висновки: У переважної кількості хворих з гастроентерологічною патологією спостерігаються функціональні зміни серцево-судинної системи. Важливим чинником розвитку кардіоваскулярного синдрому у дітей з хронічними захворюваннями травного тракту є генетичні дефекти ферментів фолатного циклу, про що свідчать клінічні ознаки у вигляді: світле волосся, блакитні очі, бліда шкіра, судинний малюнок на шкірі, що потребує додаткового генетичного обстеження. Також до найбільш значущих чинників ризику можна віднести: обтяжений сімейний анамнез по раннім серцево-судинним захворюванням в сім'ї, куріння, надлишкову масу тіла або ожиріння.

Стратифікація ризику визначає шанс появи серцево-судинного захворювання, впливає на тактику лікування і вибір тих чи інших препаратів, дозволяє якісно оцінити індивідуальний прогноз і виділити групи для соціально-медичної підтримки.

Тесленко Т.А., Тесленко В.А.

АМПЛИТУДНО-ИНТЕГРИРОВАННАЯ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЁННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЁЛУЮ АСФИКСИЮ В РОДАХ

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии

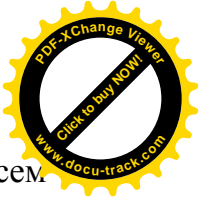
Харьковский национальный медицинский университет,

г.Харьков, Украина

Научный руководитель – профессор Гончарь М.А.

Судороги – грозный симптом поражения центральной нервной системы. У новорождённых они часто могут быть субклиническими, т.е. такими, которые не определяются во время физикального осмотра, но могут быть выявлены при помощи такого современного метода обследования как амплитудно-интегрированная электроэнцефалография.

Цель: усовершенствовать дифференциальную диагностику судорожного синдрома у новорождённых, перенесших тяжёлую асфиксию в родах, с помощью амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии.



Материалы и методы: было обследовано 26 доношенных новорождённых; всем обследованным проводилось исследование рН пуповинной крови и мониторинг амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии в течение 24 часов.

Результаты исследования: из 26 обследованных доношенных новорождённых со средним сроком гестации 39,8 недель 13 (50%) перенесли асфиксию тяжёлой степени при рождении, что было подтверждено субъективно – низкой оценкой по шкале Апгар, и объективно – снижением рН пуповинной крови $<7,15$. Минимальное значение рН составило 6,672, а в среднем – $6,9 \pm 0,18$.

У 76,9% обследованных асфиксия была обусловлена или сочеталась с синдромом мекониальной аспирации. У 10 (76,9%) новорожденных при проведении физикального обследования и мониторинга амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии был выявлен судорожный синдром. 6 (46,1%) обследованных проявили его генерализованными судорогами, в то время как у 4 (30,8%) детей судороги были субклиническими и выявлялись только наличием судорожных паттернов на энцефалограмме.

Выводы: у доношенных новорождённых, перенесших асфиксию тяжёлой степени в родах могут иметь место атипичные субклинические судороги, информативным и неинвазивным методом диагностики которых является амплитудно-интегрированная электроэнцефалография.

Хасанов А.А., Кибриев Б.А., Халикова Ш.А., Алмарданов Г.
ИММУННЫЙ ОТВЕТ У ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ
Кафедра пропедевтики педиатрии №2
Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков,
Украина

Научный руководитель – к.мед.н Лупальцова О.С.

Интерес к вопросам патогенеза реактивной лимфаденопатии у детей резко возрос в последние годы. Это связано с недостаточной изученностью механизмов иммунного ответа на антигенную стимуляцию. В связи с чем целью исследования явилось выявление особенностей системного клеточного иммунитета у детей с реактивной лимфаденопатией.

Материалы и методы. Дети с реактивной лимфаденопатией ($n=28$), часто болеющие респираторными заболеваниями, в возрасте 3 от до 8 лет, средним возрастом ($5,9 \pm 2,4$) лет, были обследованы в Областной детской клинической больнице №1, г. Харькова. Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование, включавшее: сбор жалоб, анамнез, осмотр, проведение клинических и инструментальных исследований. Диагноз формулировался согласно МКБ-10 и устанавливался в случае реактивного увеличения лимфатических узлов на протяжении больше чем 30 дней с момента окончания клинической манифестации респираторного заболевания. Состояние системного иммунитета определяли с помощью стандартного набора для выявления субпопуляции лимфоцитов ("Гранум", Украина) методом непрямой иммунофлюоресценции. Статистический анализ проводили с использованием "Statistica-6". Исследование выполнялось в соответствии с принципами Хельсинской декларации прав человека, Конвенции Совета Европы по защите прав и достоинства человека в аспекте биомедицины и соответствующих законов Украины.

Результаты и обсуждение. Иммунологическое исследование подтвердило снижение абсолютного числа лейкоцитов у 21 ($75 \pm 8,3\%$) пациента с реактивной