

есцинат, гепарин, каптоприл, верошпірон, добутамін, сибазон, 5% глюкоза, 0,9% NaCl. На тлі лікування, стан стабілізовано. В динаміці спостереження покращилася скоротлива здібність міокарда, фракція викиду підвищилась до 50%. Встановлено діагноз: дилатаційна кардіоміопатія.

Висновок. Особливістю даного спостереження є те, що ДКМП в даному випадку є результатом внутрішньоутробного інфікування, міокардиту: мати перенесла ГРВІ, вагітність протікала на тлі дифузного зобу, гестаційної артеріальної гіпертензії, маловоддя. У хворого спостерігались: кардіомегалія, зниження звучності тонів серця, підвищення показників тропоніну I, зміна у неврологічному статусі, відтворення позитивної динаміки у ході терапії.

Кондратова Ірина Юріївна, Острягіна Оксана Олександрівна
**ВРОДЖЕНА ВІТРИАНА ВІСПА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК У
НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ.**

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії № 1 та неонатології

Науковий керівник: Д.мед.н., проф. Гончарь Маргарита Олександрівна

Вірус вітряної віспи (VZV, Varicella-zoster virus), за даними Європейського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, є поширеним збудником на території Східної Європи. В Україні щороку реєструються близько 150 тисяч дітей, які хворіють на вітряну віспу (ВВ). В структурі захворюваності на ВВ частка дітей першого року життя становить 25 %. При материнській інфекції ураження плоду складає 1-3%. Вітряна віспа за тиждень до та тиждень після пологів асоціюється з неонатальною інфекцією – синдромом вродженої вітряної віспи. Встановлено, що на 1000 пологів зустрічається від 1 до 5 випадків вітряної віспи. У разі захворювання матері на ВВ за 4-5 днів до пологів і протягом 1-2 днів після пологів ризик неонатальної вітряної віспи становить 20 %, ризик летального випадку новонародженого - 20-25 %, у зв'язку з відсутністю трансплацентарних материнських антитіл. При захворюванні матері за 5-21 день до пологів ризик інфекції для новонародженого становить 25-50%, дитина може отримувати специфічні антитіла від матері, тому летальність та тяжкий перебіг ВВ відсутні.

Описано власне клінічне спостереження вродженої вітряної віспи у дитини від 1 вагітності, мати якої захворіла на вітряну віспу за 15 днів до пологів (зі слів матері). З анамнезу відомо, що вагітна відмічала появу перших елементів везикульозної висипки за 15 днів до пологів на обличчі, волосистій частині голови, на верхніх та нижніх кінцівках, тулубі, статевих органах, підвищення температури тіла до 38,0 градусів протягом однієї доби. Нові елементи висипки з'являлися протягом 4 діб, остання доба висипки за 11 днів до пологів. Пологи 1, у терміні гестації 40 тижнів, самостійні. Навколоплідні води прозорі. За шкалою Апгар 8 – 9 балів. При народженні: маса 3010 г, зріст 51 см. Після народження звернула на себе увагу наявність у дитини елементів везикульозної висипки на шкірі голови, складках шиї, на тулубі та кінцівках. Дитина з матір'ю була ізольована в інфекційному блоці. На другий день після народження відмічалась поява поодиноких нових елементів на нижніх кінцівках. З третьої доби життя елементи висипки підсихали, утворюючи кірки. За час спостереження дитина була обстежена: клінічний аналіз крові: Нв - 233 г/л, еритроцити – $6,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - $20,3 \times 10^9$ /л, п/я - 7 %, с/я – 65 %, еозинофіли – 1 %, лімфоцити – 18 %, базофіли - 1%, моноцити – 8 %. ДНК Герпес Varicella Zoster в крові: виявлено; IgM та IgG – не виявлено. ДНК Герпес Varicella Zoster зішкріб: виявлено. Вірус простого герпесу (HSV) 1 типу методом ІФА: IgG 5,63- позитивний результат, IgM- не виявлено; У матері вірус простого герпесу (HSV 1 типу) методом ІФА: IgG 6,63 - позитивний результат. Вірус простого герпесу (HSV 2 типу) методом ІФА у матері та дитини : IgM та IgG не виявлено. С-реактивний білок: 1,63 мг/л(норма до 5 мг/л). Біохімічний аналіз крові: АлАТ – 21,70 Од/л, АсАТ – 64,50 Од/л, загальний білірубін – 141,0 мкмоль/л, прямий білірубін – 6,30 мкмоль/л, непрямий білірубін – 135,40 мкмоль/л, креатинін – 46,60 мкмоль/л, сечовина – 4,60 ммоль/л. Посів крові на стерильність: росту не дав. Дитина отримувала терапію: Канавіт 0,1 мл в/м в першу добу життя, Ацикловір в/в протягом 7 діб, фототерапія, обробка елементів висипки антисептиком, сенсорна стимуляція, викладання у середньофізіологічному положенні. Дитина виписана на 8 добу життя в задовільному стані.

Висновки. Необхідність дотримуватись рекомендацій щодо вакцинації від вітряної віспи імунно незахищеним жінкам залишається актуальною, адже перенесена ВВ під час вагітності є фактором ризику розвитку вродженої вітряної віспи у дитини. Планова вакцинація при підготовці до вагітності та екстрена вакцинація протягом 72 годин після контакту з хворим на вітряну віспу дозволяє мінімізувати ризик розвитку вродженої вітряної віспи у новонародженої дитини.

Кулік Тетяна Вікторівна

ОСОБЛИВОСТІ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО АЛЕРГЕНІВ ДОМАШНІХ ТВАРИН У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії №2

Науковий керівник: Клименко Вікторія Анатоліївна

Підвищена сенсibilізація до алергенів домашніх тварин вважається одним з важливих факторів ризику розвитку бронхіальної астми. Молекулярна діагностика допомагає розрізнити клінічно важливу справжню сенсibilізацію від перехресної реактивності та призначити алергенспецифічну імунотерапію.

Мета дослідження: удосконалення лікування та профілактики бронхіальної астми у дітей на підставі визначення регіональних особливостей сенсibilізації.

Завдання дослідження: оцінити частоту сенсibilізації до алергенів у дітей з бронхіальною астмою у Харківському регіоні.

Матеріали і методи: Обстеження проводилось в умовах Обласного алергологічного центру (зав. центру – Сороколат О.В.) на базі КНП ХОР ОДКЛ №1 м. Харкова (генеральний директор - Піонтковська О.В.) в 2020-2021 роках. Верифікацію діагнозу та тяжкості БА проводили згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей» (наказ МОЗ України від 08.10.2013 №868). Критерії включення в дослідження: діагноз БА, який встановлено на підставі клініко-параклінічних ознак; вік пацієнтів від 5 років до 17 років 11 міс 29 днів; інформована згода пацієнта та його батьків. Критерії виключення з дослідження: наявність інших захворювань бронхо-легеневої системи (окрім БА) або