

СПОСТЕРЕЖЕННЯ СКЛАДНОГО ПОРУШЕННЯ РИТМУ СЕРЦЯ У ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ

**¹Гончарь М.О., ¹Сенаторова Г.С., ¹Саніна І.О., ²Страшок О.І., ²Хаїн М.А.
Харківський національний медичний університет ¹Кафедра педіатрії №1 та неонатології
²Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради
"Обласна дитяча клінічна лікарня"**

Порушення ритму серця в ранньому віці становлять велику проблему для дитячої кардіології оскільки діагностика та лікування цієї патології можуть бути складними. Доволі часто ці пацієнти є асимптомними, а першими ознаками може бути виникнення серцевої недостатності.

Мета роботи. Дослідити особливості діагностики та лікування складних порушень ритму серця дітям раннього віку.

Матеріали і методи. Хлопчик К., 2 місяці, народився від першої нормальної вагітності шляхом кесаревого розтину. У віці 1 місяць у пацієнта при огляді було виявлено порушення ритму серця (екстрасистоля), він був направлений на консультацію до кардіолога. Об'єктивно: фізичний розвиток середній гармонійний. Шкіра чиста, блідо-рожева. Видимі слизові оболонки рожеві, чисті. Аускультативно в легенях дихання везикулярне. Межі відносної серцевої тупості серця не розширені. Тони серця ясні, аритмічні (вислуховувались екстрасистоли та епізоди прискореного ритму), систолічний шум в 2-3 м/р зліва. Живіт м'який, безболісний. Печінка +2 см нижче реберної дуги, селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення в нормі. При додатковому обстеженні було виключено наявність пізнього фетального кардиту. Виявлено гіперплазію тимуса, ліво-правий шунт в міжпередсердній перетинці 5,9 мм в діаметрі, збережена скоротлива функція серця. ЕКГ: на фоні синусового ритму реєструвались надшлуночкові екстрасистоли. Холтеровське моніторування ЕКГ: часта номотопна надшлуночкова та шлуночкова екстрасистоля, епізоди надшлуночкової та шлуночкової тахікардії з ЧСС 180-239/хв. Діагноз: порушення ритму серця (пароксизми надшлуночкової та шлуночкової тахікардії, надшлуночкова та шлуночкова екстрасистоля). Вроджена вада серця (вторинний дефект міжпередсердної перетинки). Тіомегалія. Дитині призначено кордарон із розрахунку 10 мг/кг per os; при повторному проведенні ХМЕКГ реєструвались часті пароксизми надшлуночкової та шлуночкової тахікардії, що потребувало підвищення дози кордарону до 15 мг/кг та додаткового призначення анаприліну із розрахунку 1мг/кг.

Результати. Після корекції терапії у дитини відмічались епізоди брадикардії з ЧСС 62/хв, при проведенні ХМ ЕКГ частота порушень ритму знизилась, проте відмічались епізоди сіно-атріальної блокади та подовження коригованого інтервалу QT. В подальшому доза кордарона була знижена до 5мг/кг; додано анаприлін 1 мг/кг. При контрольному проведенні ХМ ЕКГ було зареєстровано переважно синусовий ритм з ЧСС 96-132/хв, поодинокі надшлуночкові та шлуночкові екстрасистоли, короткі епізоди надшлуночкової та шлуночкової тахікардії, подовження коригованого інтервалу QT. Дитина була виписана під нагляд сімейного лікаря з плановим обстеженням в кардіологічному відділенні. Протягом року у дитини нормалізувався синусовий ритм.

Висновки. Терапія порушення серцевого ритму у дітей раннього віку може бути комбінованою та коригуватися залежно від динаміки отриманих результатів.

АРТРИТИ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19

**¹Гончарь М.О., ¹Приходько М.І., ^{1,2}Муратов Г.Р., ²Пушкар О.М., ²Страшок О.І., ²Міньков І.В.
Харківський національний медичний університет ¹Кафедра педіатрії №1 та неонатології
²Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради "Обласна дитяча клінічна лікарня"**

Актуальність. Проблема ураження кістково-м'язової системи (КМС) при імунно-комплексних захворюваннях привертає увагу дослідників та лікарів практичної ланки. Це питання набуло особливої уваги під час пандемії COVID-19, що обумовлено загальною здібністю вірусів до ураження синовіальних оболонок суглобів та зміни їх структури. Ще не накопичено достатньої інформації щодо специфіки цих уражень. Відзначається, що більшість пацієнтів з порушеннями опорно-рухової системи після перенесеної коронавірусної інфекції відновлюються, проте для деяких пацієнтів наслідки можуть бути набагато серйознішими. Тому дуже важливо розрізнити прямий вплив самого вірусу і системну запальну відповідь як реакцію організму.

Мета: порівняння ступеня тяжкості запального процесу в колінних суглобах у дітей, які перенесли COVID-19.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі КНП ХОР "Обласна дитяча клінічна лікарня" м.Харкова. Проаналізовано анамнестичні, клінічні, лабораторні та інструментальні дані пацієнтів.

Результати. Було обстежено 39 дітей віком від 4 до 17 років. Тривалість суглобового синдрому становила від 1 до 24 тижнів. Усі хворі отримували стандартне медикаментозне лікування, яке включало базову терапію (нестероїдні протизапальні препарати) і, за необхідності, - глюкокортикостероїди коротким курсом. Обстежена виборка пацієнтів була розподілена на 2 групи: I група - 7 (17,9+9,1%) дітей з суглобовим синдромом (в анамнезі підтверджена перенесена інфекція COVID-19), II група - 32 дитини (82,1+4,2%) з суглобовим синдромом, що був асоційований з іншими інфекційними збудниками. Групи були репрезентативні та порівнянні за віком та статтю.

У обстежених дітей проведено аналіз результатів УЗД колінних суглобів та визначення протеїнів гострої фази. Встановлено, що у пацієнтів I групи ширина суглобової щілини колінних суглобів - 0,25 [0,2; 0,27] мм, об'єм запального трансудату - 1,7 [1,22; 2,89] см³. У пацієнтів II групи відповідні показники мали наступні значення: ширина суглобової щілини колінних суглобів - 0,29 [0,28; 0,3] мм, $p < 0,05$, об'єм запального трансудату - 1,15 [0,7; 1,6] см³, $p < 0,05$.

При оцінюванні рівнів маркерів гострої фази запалення у дітей I групи було отримано достовірно вищі значення серомукоїдів - 3,7 [2,8; 4,6] Од, гаптоглобін - 1,05 [0,9; 1,2] Од, С-реактивний протеїн - 7,5 [3,0; 12,0], у порівнянні з показниками пацієнтів II групи серомукоїдів - 2,95 [2,2; 3,7] Од, гаптоглобін - 0,9 [0,6; 1,2] Од, С-реактивний протеїн - 5,5 [2,0; 9,0] Од. З огляду на отримані дані можна припустити, що пацієнти дитячого віку, які перенесли COVID-19, мають більш виразні прояви запального процесу з боку суглобів у порівнянні з пацієнтами без обтяжного на COVID-19-інфекцію анамнезу.

Висновок. Вважаємо доцільним клінічне спостереження за пацієнтами та дослідження кістково-м'язової системи у дітей, які хворіють або перенесли COVID-19. До плану обстеження обов'язково включити УЗ-дослідження уражених суглобів з детальним вимірюванням об'єму запального трансудату та визначення рівнів протеїнів гострої фази запалення. За допомогою аналізу цих показників та їх взаємозв'язку можливе прогнозування перебігу, тривалості та специфічності протизапальної терапії.

АРИТМІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ В РАННІЙ НЕОНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД

Гончарь М.О., Іванова Є.В., Бойченко А.Д., Мацієвська Н.К.
Харківський національний медичний університет

На сьогодні порушення ритму серця у зустрічається у 1-2% плодів та новонароджених (Cecilia St. George-Hyslop, 2014), у зв'язку з чим потребує вирішення питання подальшого спостереження та лікування. За даними різних авторів, у перші два тижні життя у 51% новонароджених реєструються дисфункції синусового вузла, епізоди раптового порушення серцевого ритму (30%), суправентрикулярна або шлуночкова екстрасистоля (14%) (Srinivasana C., Balaji S., 2019). Внутрішньоутробні аритмії (тріпотіння передсердь, повна передсердно-шлуночкова блокада, пароксизмальна тахікардія) в поєднанні з водяною плода можуть бути причиною пренатальної або ранньої постнатальної смерті (Grosse-Wortmann L., Kreitz S., Seghaye M., 2010).

Мета: проаналізувати частоту, варіанти порушень серцевого ритму у новонароджених та необхідність призначення протиаритмічного лікування.

Матеріали та методи. Спостереження проводилось протягом 5 років. Обстежено 211 новонароджених на базі Харківського регіонального перинатального центру, у яких виявлені різні варіанти порушень серцевого ритму: синусова тахіаритмія (70,6%, $p < 0,05$), пароксизмальний характер у вигляді надшлуночкової тахікардії 5 (2,6%) новонароджених, епізод фібриляції передсердь - у 1 дитини. Суправентрикулярні екстрасистоли реєструвалися у практично третини новонароджених (33,3%), атріовентрикулярні вузлові екстрасистоли - у 17 (8,1%), шлуночкові - у 23 (10,9%) дітей. Синусову брадиаритмію діагностовано у 15 (7,1%) новонароджених, 56 (27,9%) мали міграцію водія ритму. У 25 (11,8%) зафіксовані епізоди транзиторної атріовентрикулярної блокади 1 ступеня, у 18 (8,5%) - епізоди транзиторної атріовентрикулярної блокади 2 ступеня, у 60 (28,4%, $p < 0,05$) - транзиторне подовження інтервалу QT, 11,1% - паузи ритму.

У 11 (5,2%) новонароджених порушення ритму розвивалися на тлі вроджених вад серця. Стабілізація стану новонародженого позитивно впливала на нормалізацію ритму серця. Запальні і дегенеративні захворювання міокарда у вигляді внутрішньоутробного кардиту виявлено у 25 (11,8%) новонароджених з підтвердженим інфікуванням цитомегаловірусної, герпетичної або/та парвовірусної етіології. Порушення ритму серця постгіпоксичного генезу, що розвинулися у новонароджених після перенесеної асфіксії були транзиторними і проходили спонтанно.

Висновки. У 153 (72,5%, $p < 0,05$) новонароджених порушення ритму серця мали транзиторний характер та не потребували специфічної протиаритмічної терапії. Під час катамнестичного спостереження тільки 10 (4,7%) дітей потребували кардіологічного обстеження та лікування після 1 року життя.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ГЕМОРАГІЧНОЇ ХВОРОБИ У НОВОНАРОДЖЕНОГО ВІД МАТЕРІ, ЩО ПЕРЕНЕСЛА COVID-19

¹Гончарь М.О., ¹Іщенко Т.Б., ^{1,2}Кондратова І.Ю., ¹Приходько М.І.
¹Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
²КНП ХОР "Обласний клінічний перинатальний центр"

Актуальність. Основними чинниками в педіатричній практиці геморагічного синдрому є мікробнозапальні захворювання різної етіології у тому числі сепсис, а також крововтрата, геморагічна хвороба новонароджених, геморагічні розлади у матері, обтяжена спадковість.