

# ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ДУГИ АОРТИ НОВОНАРОДЖЕНИХ У НЕОНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

*Гончарь М.О., Бойченко А.Д., Мацієвська Н.К., Волошина Н. І., Циганок О. С.*

Харківський національний медичний університет

Щорічно в Україні народжується приблизно 10000 дітей із вродженими вадами серця, з них близько 1500 немовлят мають критичну ваду серця і потребують невідкладного хірургічного втручання [В.А.Жовнір, 2019]. Відсутність ознак критичності в перші дні життя не виключає їх розвиток у подальшому, що пов'язано з особливостями гемодинаміки у новонароджених.

**Мета:** удосконалення диференційної діагностики патології дуги аорти у новонароджених у неонатальний період.

Наводимо клінічні спостереження, що підкреслюють необхідність ретельної диференційної діагностики та динамічного спостереження дітей з патологією дуги аорти.

**Клінічне спостереження 1:** новонароджений, термін гестації 37 тижнів пологи шляхом кесаревого розтину від II пологів, III вагітності, що протікала на фоні передлежання плаценти та ускладненої соматичної патології матері (нетоксичний дифузний зоб, варикозне розширення вен нижніх кінцівок). Пренатально на 33 тижні гестації було встановлена патологія низхідного відділу аорти у плода. При народженні антропометричні показники дитини без відхилень, за шкалою Апгар 6/7 балів. Клінічно стан дитини середньої тяжкості, артеріальний тиск на чотирьох кінцівках відповідав нормальним. При проведенні доплерехокардіографії (ДЕХОКГ) на 2 добу життя виявлено відкрите овальне вікно, відкрита артеріальна протока (ВАП) – 6,0 мм та градієнт тиску у низхідному відділі аорти до 25 мм. рт. ст. за рахунок звуження перешийку аорти до 3 мм, що свідчить на користь діагнозу коарктація аорти. Такі показники не є критичними, однак не виключають можливість розвитку критичності в подальшому. За допомогою КТ з контрастом було підтверджено діагноз коарктації аорти та ВАП. Отже, складнощі в діагностиці коарктації аорти у новонароджених полягають в тому, що прояви обструкції зазвичай з'являються лише через кілька днів, після закриття ВАП, характерні шуми при аускультатії відсутні, відсутнє зниження показників сатурації та різниця АТ між верхніми і нижніми кінцівками.

**Клінічне спостереження 2:** дитина від II фізіологічних пологів, II неускладненої вагітності народилася в терміні гестації 36 тижнів. Пренатально патологія серцево-судинної системи у плода не виявлено. Масо-ростові показники новонародженого в межах норми, за шкалою Апгар 7/8 балів. Клінічно після народження у дитини знижена сатурація 87-91%, ослаблення пульсації на стегнових артеріях та акроціаноз. При ДЕХОКГ виявлено градієнт

тиску в низхідному відділі аорти до 26 мм. рт. ст. ВАП (1,2 мм). З урахуванням зниження сатурації проведено інфузію вазопростану, що допомогло в диференційній діагностиці на етапі гемодинамічної адаптації та виконало роль медикаментозної протекції. У результаті відбулося покращення показників гемодинаміки та сатурації за рахунок відновлення кровотоку через ВАП, а також зменшення градієнту тиску в низхідному відділі аорти до 9,6 мм та нормалізації типового ходу аорти. В процесі катамнестичного спостереження – коарктація аорти була виключена. Це свідчило на користь псевдокоарктації або кінкінгу аорти - деформації аорти, при якій ділянка судини є дещо подовженою та звивистою, що може створювати перепону для кровотоку. Однак, такий стан аорти іноді може бути нормальним етапом її розвитку.

**Висновки:** 1. Діагностика критичної коарктації аорти у новонароджених має певні труднощі, що пов'язано з особливостями гемодинаміки у ранній неонатальний період та функціонуванням фетальних комунікацій.

2. Динамічне моніторування показників артеріального тиску, сатурації та центральної гемодинаміки допомагає уникнути помилок в діагностиці критичності вади та своєчасно провести хірургічне втручання.

3. Диференційний діагноз коарктації аорти з «кінкінгом» аорти повинен ґрунтуватися на результатах динамічного спостереження градієнту тиску в низхідному відділі аорти з контролем артеріального тиску та сатурації на чотирьох кінцівках протягом неонатального періоду.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ У ДІТЕЙ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)**

*Гончарь М.О.<sup>1</sup>, Приходько М.І.<sup>1</sup>, Муратов Г.Р.<sup>1,2</sup>, Страшок О.І.<sup>2</sup>, Міньков І.В.<sup>2</sup>,  
Радіонова Д.С.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

<sup>2</sup>КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня»

Анкілозуючий спондилоартрит (більш відомий як хвороба Штрюмпеля-Бехтерева-Марі або хвороба Бехтерева) — це хронічне системне запальне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням хребта, із залученням до патологічного процесу суглобів іншої локалізації, периферичної нервової системи, ураженням внутрішніх органів (в тому числі, серця, аорти, нирок, очей). Дана патологія має схильність до прогресування та розвитку важкого обмеження рухомості хребта за рахунок розвитку дегенеративних змін та анкілозування суглобів, кальцифікації зв'язок, що призводить до ранньої інвалідизації пацієнтів. На сьогоднішній день розробляються протоколи лікування хвороби Бехтерева. У