

Курбанов Р. Г., Братченко П. К.

СЕРЦЕВО-СУДИННІ РОЗЛАДИ У «ПІЗНО НЕДОНОШЕНИХ» НОВОНАРОДЖЕНИХ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

(науковий керівник - д.мед.н. Бойченко А. Д.)

Наявність серцево-судинної патології у «пізно недоношених» дітей викликає особливий інтерес внаслідок високої актуальності та соціальної значущості. З метою демонстрації розвитку серцево-судинних розладів у «пізно недоношених» наводимо клінічний випадок.

Новонароджена Б., 2 доба життя. Анамнез хвороби: народилася в тяжкому стані, обумовленому респіраторними, метаболічними та мікроциркуляторними розладами. Тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум у проекції трикуспідального клапана та клапана легеневої артерії (ЛА). Анамнез життя: дитина від IV вагітності, термін гестації 36 тижнів (профілактика РДС). Перебіг вагітності на тлі загрози передчасних пологів на 29 тижні. Пологи II, шляхом кесаревого розтину (центральне передлежання плаценти). Маса при народженні 4415 г, зріст 56 см. За шкалою Апгар 5/6/7 балів. Отримувала неінвазивну респіраторну підтримку, лікування РДС новонароджених II ст. ДН II ст. згідно з Наказом МОЗ України № 484 від 21.08.2008 р., симптоматична терапія. Рівень КФК-МВ – 79,7 МО/л, ЛДГ – 899,4 Од/л, тропонін I 0,20 нг/мл. Ro-ОГК: РДС 2 ст. КТІ 62%. ЕКГ: Ритм синусовий. Відхилення вісі серця вправо. Елевация сегменту ST вище ізоїнії на 1,5 мм. ЧСС 148 уд/хв. ДЕХОКГ: Помірна дилатація порожнини правого шлуночка. Трикуспідальна та мітральна регургітація I ст. BOB – 4,0 мм, скид ліво-правий. ВАП – 3,2 мм. Гіпертрофія міжшлуночкової перетинки (5,6 мм). Асинергія скорочень міокарда. Середній тиск у ЛА 32 мм рт. ст. ФВЛШ=63%. Порушення діастолічної функції шлуночків за типом уповільненої релаксації. Консультована кардіологом та неврологом. Встановлено діагноз: РДС II ст. ДН II ст. Перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, середньої тяжкості перебіг, гострий період, синдром пригнічення ЦНС. Транзиторна постгіпоксична ішемія міокарда. Відкрите овальне вікно. ВАП. СН0. Великий плід. Строк гестації 36 тижнів. ДЕХОКГ (п'ята доба): зменшення лінійних розмірів правих камер. Трикуспідальна регургітація I ст., відкрите овальне вікно – 3,9 мм. Гіпертрофія міжшлуночкової перетинки. Середній тиск у ЛА 26 мм рт. ст. ФВЛШ=69%. Порушення діастолічної функції ПШ за типом уповільненої релаксації. Консультація кардіолога: Вторинна кардіоміопатія. Відкрите овальне вікно. СН0. Консультація в 1 міс.

Для "пізно недоношених" характерні морфофункціональні зміни камер серця з розвитком міокардіальної дисфункції.

Наведений клінічний випадок свідчить про необхідність динамічного спостереження за дітьми даної категорії з контролем ЕКГ- та ДЕХОКГ-обстежень.

Лобанова Т. О.

РОЛЬ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ПЕРСИСТУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОГО ЗУСИЛЛЯ У ШКОЛЯРІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О. К.)

Аналіз сучасних рекомендацій з лікування і профілактики бронхіальної астми (БА) та їх обговорення дають підставу вважати, що раціональне використання фармакологічних та нефармакологічних методів лікування фенотипу астми фізичного зусилля у дітей (БАФЗ) дозволяє у більшості випадків забезпечити достатній контроль над захворюванням, не обмежуючи суттєво фізичну активність хворих. Мета роботи: для покращення контролю над симптомами бронхіальної астми фізичного зусилля у дітей, дослідити роль еозинофільного запалення за даного фенотипу захворювання у дітей шкільного віку.

На підставі результатів проведеного в умовах пульмо-алергологічного відділення КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня м.Чернівці» комплексного обстеження 102 дітей, хворих на бронхіальну астму, сформовано 2 клінічні групи. До першої (I, основної) увійшли 50 школярів із діагнозом бронхіальної астми фізичного зусилля (БАФЗ), а до складу групи порівняння (II групи) – 52 хворих на БА дітей без ознак бронхоспазму фізичної напруги. Середній вік дітей I клінічної групи становив $11,2 \pm 0,4$ (95%ДІ 10,3-12,1) року. Серед них було 22 дівчинки (44,0%) та хлопчиків – 28 (56,0%). Середній вік хворих II клінічної групи становив $12,02 \pm 0,46$ (95%ДІ 11,1-12,9) року. Наведені дані дають підстави вважати, що за основними клінічними характеристиками групи були зіставлювані.

Показано, що в дітей I клінічної групи відмічена тенденція до виразнішої еозинофілії периферійної крові. Так, у I клінічній групі абсолютне еозинофільне число (АЕЧ) крові становило $0,50 \pm 0,05$ Г/л, а у II клінічній групі АЕЧ сягало $0,49 \pm 0,06$ Г/л ($P > 0,05$). Вміст ІЛ-5 у сироватці крові хворих на БАФЗ більше 17,0 пг/мл визначався у 16,7% випадків, а у групі порівняння – тільки у 11,1% спостережень. Виявлена тенденція до більш високого вмісту ІЛ-5 у крові хворих I клінічної групи знайшла своє відображення у частішому еозинофільному характері запалення бронхів у цих дітей. Так, у пацієнтів із БАФЗ еозинофільний характер запалення бронхів, установлений на підставі цитологічного аналізу мокротиння, виявлений у 48,0% випадків, нейтрофільний – у 32,0% та гіпогранулоцитарний – у 20,0% спостережень. У групі порівняння наведений характер алергічного запалення бронхів визначався відповідно у 42,3%, 32,7% та у 25,0% випадків (в усіх випадках $P > 0,05$).

Таким чином, еозинофіли відіграють важливу роль у запальному процесі дихальних шляхів, який клінічно проявляється виникненням бронхоспазму у відповідь на фізичне навантаження.