

В окрему групу увійшли 4 (6,8%) дітей з гіпертрофічною кардіоміопатією (ГКМП), в тому числі 2 – з обструкцією ВТЛШ. Перебіг захворювання був прогресивним та закінчився летально у 2 пацієнтів. У 1 дитини встановлено ГКМП на тлі порушення обміну карнітіна; вихід – летальний. У 1 дитини зі значною гіпертрофією стінок ЛШ ($11,0 \pm 0,6$ мм, $p < 0,05$) та обструкцією ВТЛШ (градієнт тиску між лівим шлуночком та аортою – 67 мм. рт. мт.) встановлено цитомегаловірусний генез вродженого кардита, отримано позитивний ефект від етіотропної терапії з нормалізацією морфології серця.

Висновки: за даними скринінгового доплерехокардіографічного обстеження гіпертрофія міокарда встановлена у 3,7% новонароджених. Поліетіологічність неонатальних кардіоміопатій потребує дообстеження з метою верифікації діагнозу та визначення прогнозу.

ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧУЩА ВІДКРИТА АРТЕРІАЛЬНА ПРОТОКА У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ. ПРОБЛЕМА ЧИ НІ?

**Сенаторова Г.С., Бойченко А.Д., Гончарь М.О., Кондратова І.Ю.,
Сенаторова А.В., Левінська О.О., Комова В.О.**

Національний медичний університет, Регіональний перинатальний центр, м. Харків

Гемодинамічно значуща відкрита артеріальна протока (ГЗВАП) – особливий патофізіологічний стан, що може розвинути у недоношених новонароджених та призвести до порушень центральної та регіональної гемодинаміки.

Мета: удосконалення ранньої діагностики ГЗВАП у недоношених новонароджених у неонатальному періоді шляхом визначення об'єктивних клінічних та доплерехокардіографічних (ДЕХОКГ) критеріїв. Обстежено 93 новонароджених (хлопчики – 51,6%, дівчатка – 49,4%) 24-35 тижнів гестації. ДЕХОКГ проводилося у першу добу життя, далі щоденно. Новонароджені розподілені: I група ($n=26$) – з екстремально низькою масою тіла (m народж. $779,5 \pm 63,4$ г) строк гестації 24-29 тижнів, II група ($n=29$) – з дуже низькою масою тіла ($1297,1 \pm 112,6$ г) 30-34 тижнів гестації, III група ($n=38$) – з низькою масою тіла ($1859,1 \pm 118,1$ г) 32-35 тижнів гестації.

Результати дослідження. 82,8% ($p \leq 0,05$) матерів мали ускладнений перебіг вагітності: загроза передчасних пологів у 64,5% ($p \leq 0,05$), преєклампсія і гестоз вагітності у 39,7%, відшарування плаценти у 31,2%. Антенатальний дистрес плода зареєстрований у 39,7%; асфіксія новонароджених – у 31,2% недоношених. За даними ДЕХОКГ у 13 (14,0%) ($p < 0,05$) дітей I групи встановлено ГЗВАП у відповідності до критеріїв: діаметр протоки більше 1,5 мм у новонароджених з вагою < 1500 г, співвідношення розміру лівого передсердя до кореня аорти (ЛП/Ао) $> 1,4$, індекс судинної резистентності (IR) в передній мозковій артерії та/або середній мозковій артерії $> 0,8$, синдром «діастолічного обкрадання» у нирковій і/або мезентеріальних артеріях, або реверсний кровоток у черевній аорті, збільшення лінійного розміру лівого шлуночка (ЛШ) на 10% і більше від первісного розміру, кардіоторакальний індекс $> 60\%$. Для недоношених з ГЗВАП були характерні дилатація ЛШ з гіпертрофією стінки та міжшлуночкової перетинки у 77,4% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), дилатація порожнини ПШ у 82,8% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), дилатація ЛП у 100% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), регургітація I-II ст. на трикуспідальному та пульмональному клапанах у 65,6% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), підвищення середнього тиску в ЛА у 78,5% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$), у 100% ($p_{1/2;1/3} < 0,05$) дітей – порушення діастолічної функції шлуночків серця за типом уповільненої релаксації. Діаметр ВАП (по потоку в стовбурі ЛА) у I групі – $2,5 \pm 0,8$ мм, у другій – $2,4 \pm 0,6$ мм, у III групі – $2,2 \pm 0,4$ мм. Є необхідним орієнтуватися на морфологічні зміни камер серця, клінічний стан пацієнта та киснезалежність. Ми спостерігали ранні ускладнення ГЗВАП: збільшення тяжкості РДС у 8 (42,3%) недоношених, внутришньошлуночковий крововилив I-II ст. у 8 (30,8%), у 6 (23,1%) – геморагічне виділення з трахео-бронхіального дерева, погане засвоєння ентерального харчування у 14 (53,8%), у 8 (30,8%) обстежених – нестійкі показники насичення крові киснем. Хірургічне лікування ГЗВАП проведено 8 новонародженим з 7 по 19 добу життя, у 5 пацієнтів сталася спонтанна облітерація протоки.

Висновки. Морфологічні зміни камер серця та клінічне погіршення стану новонародженого свідчить про необхідність рішення питання хірургічної корекції ГЗВАП, що повинно прийматися індивідуально.

МІСЦЕ ПСИХОГІГІЄНИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СТРУКТУРІ СУЧАСНОЇ ШКІЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

¹ Сергета І.В., ² Тимошук О.В., ¹ Панчук О.Ю., ¹ Мостова О.П., ¹ Дреженкова І.Л.,
¹ Стоян Н.В., ¹ Теклюк Р.В., ¹ Лукіна Н.Ю., ¹ Макаров С.Ю.

¹ Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця;

² Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

До числа основних завдань сучасної шкільної медицини слід віднести як клінічно- так і профілактично-значущі завдання, що передусім, полягають у визначенні чинників індивідуального і сімейного медико-соціального ризику формування захворювань