

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XIII Конгресу педіатрів України
(9-11 жовтня 2018 року, Київ)

За редакцією Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the XIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 9-11th, 2018, Kiev)

Edited by J.G. Antypkin, V.G. Maidannyk

хворих). У дослідженні акцентувалася увага, в першу чергу, на температурі тіла пацієнтів на час госпіталізації та терміні їх перебування на стаціонарному лікуванні. Найчастіше на час госпіталізації реєструвалася температура тіла у діапазоні 38°-38,9°C (14 (46,7%)), дещо рідше вона перевищувала 39°C (9 (30,0%)), у найменшій кількості випадків фіксувались її субфебрильні значення (7 (23,3%)) Середня тривалість перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні складала 15,2±2,7 ліжко-днів.

Усім хворим проводились стандартні лабораторні та інструментальні дослідження (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі та аналіз сечі за Нечипоренком, ультразвукове дослідження органів сечовидільної системи). За окремими показниками клінічного аналізу крові вираховувався лейкоцитарний індекс інтоксикації у модифікованому варіанті (ЛІІМ; Сперанский И.И. и соавт., 2009). Середній рівень ЛІІМ у групі спостереження склав 4,3±0,7, коли його нормальні значення перебувають у діапазоні від 1,0±0,5 до 1,6±0,5. Щодо результатів дослідження сечі за Нечипоренком, найчастіше показник кількості лейкоцитів у сечі перебував у межах 4-10 тис. (17 дітей (56,7%)), і виявлено найменше випадків (3 (10,0%)), коли зазначений показник перевищував 15 тисяч.

Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням рангового кореляційного аналізу Спірмена. Зафіксовано наявність тісного зворотного кореляційного зв'язку між віком хворих та ступенем вираженості у них інтоксикаційного синдрому ($\rho = -0,62, p < 0,01$). При цьому, значення ЛІІМ також перебувають у зворотній залежності з віком пацієнтів ($\rho = -0,42, p < 0,05$). Водночас, статистично обґрунтований взаємозв'язок між віком обстежених дітей та рівнем лейкоцитурії був відсутнім ($\rho = 0,27, p > 0,05$). Крім того, з'ясувалося, що зі збільшенням віку пацієнтів вірогідно зменшувався термін їх перебування на стаціонарному лікуванні ($\rho = 0,53, p < 0,01$).

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про наявність вельми тісної зворотної кореляційної залежності між віком пацієнтів та тяжкістю перебігу ГП.

ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РИТМУ СЕРЦЯ, ПРОВІДНОСТІ ТА ПРОЦЕСІВ РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Резніченко Ю.Г.¹, Лебединець О.М.¹,

Хацко О.С.², Кириченко О.І.², Крайнова А.В.²

¹Запорізький державний медичний університет, кафедра госпітальної педіатрії

²КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» Запорізької обласної ради,

м. Запоріжжя, Україна

Проблема впливу внутрішньоутробних інфекцій TORCH-групи на стан здоров'я дітей пов'язана з великою поширеністю цих інфекцій у світі в цілому та в Україні зокрема. Відомо, що при внутрішньоутробних інфекціях TORCH-групи можливо ураження різних органів та систем у дітей першого року життя, в тому числі серцево-судинної системи. Спостереження за станом серцево-судинної системи у дітей із внутрішньоутробними інфекціями залишається актуальним в зв'язку з невизначеним прогнозом щодо подальшого збереження або виникнення патології цієї системи в дитячому та дорослому віці.

З метою вивчення особливостей ритму серця, провідності та процесів реполяризації обстежено 65 дітей першого року життя: 20 дітей із вродженим токсоплазмозом без ознак кардиту і вроджених вад серця (перша група) та 45 дітей, хворих на кардит на фоні вродженого токсоплазмозу (друга група). Діагностика та лікування проводились згідно стандартів діагностики та лікування внутрішньоутробних інфекцій, патології серцево-судинної системи. Проаналізовано особливості ЕКГ та даних добового моніторингу ЕКГ. Групу порівняння склали 17 умовно здорових дітей.

Найбільш частими порушеннями ритму та провідності у дітей всіх груп були суправентрикулярна екстрасистолія (у 68,8% дітей без ознак кардиту, у 86,1% дітей другої групи проти 23,5% у здорових дітей) та синоатріальна блокада 2 ступеню (1 типу – у 62,5% і 66,7% відповідно проти 16,6% у здорових; 2 типу у здорових не реєструвалась, тоді як виявлена у 37,5% дітей з вродженим токсоплазмозом без проявів кардиту та у 46,9% дітей другої групи). Зниження вольтажу спостерігалось тільки у 11,1% дітей з проявами кардитів до початку лікування. Шлуночкова екстрасистолія у здорових дітей не реєструвалась, виявлена у 6,3% дітей з вродженим токсоплазмозом без ознак кардиту та у 22,2% дітей другої групи. Порушення реполяризації шлуночків виявлені у 11,8% умовно здорових дітей (в вигляді епізодів синдрому ранньої реполяризації шлуночків) та у всіх дітей із внутрішньоутробними інфекціями (епізоди депресії сегменту ST у 25% дітей в другій групі та у 18,8% дітей без кардитів; пролонговані епізоди вираженої елевації сегменту ST у всіх дітей з кардитами та з токсоплазмозом без ознак кардиту).

Отримані дані свідчать про наявність порушень ритму серця, провідності та процесів реполяризації у всіх дітей на фоні вродженого токсоплазмозу, в тому числі у дітей без ознак кардитів та вроджених вад серця. Це дає обґрунтування спостереження за станом серцево-судинної системи у дітей при внутрішньоутробних інфекціях з метою профілактики та своєчасної корекції серцево-судинної патології в дитячому та дорослому віці.