

Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології

Липень-Вересень 2021
Том 14 №1

July /September 2021
Volume 14
Number 1

В НОМЕРІ:

ПЕДІАТРІЯ:

Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XV конгресу педіатрів України (12-13 жовтня 2021 р., м. Київ)

Клінічні рекомендації щодо лікування інфекцій сечового тракту у дітей та харчування дітей з діареєю і блюванням

Пам'яті академіка НАМН України Майданника Віталія Григоровича
Життєвий та творчий шлях



International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology

сistolічний та діастолічний розмір правого шлуночка, що дозволило за їх співвідношенням вимірювати систолічну (насосну) функцію правого шлуночка.

При дослідженні транстрикуспідального кровотоку в четвертій стандартній позиції В-сканування вимірювався діаметр правого передсердя та максимальна швидкість транстрикуспідального кровотоку у фазу раннього та пізнього наповнення правого шлуночка, а також ступінь регургітації. У сукупності з вимірюванням часу прискорення потоку у вихідному відділі правого шлуночка, часу уповільнення потоку та їх співвідношення. Це співвідношення дозволяє діагностувати наявність діастолічної дисфункції правого шлуночка.

Для визначення об'ємного переваження правих відділів серця була оцінена систолічна функція правого передсердя. Дану оцінку здійснювали за показником часу тривалості систоли правого передсердя - часу пізнього діастолічного наповнення правого шлуночка, який не має у здорових дітей вікових відмінностей і коливався в діапазоні 0,088 - 0,136с. Також для визначення наявності дисфункції правого передсердя підраховали інтеграл лінійної швидкості пізнього діастолічного наповнення правого шлуночка.

Висновки. Проведені дослідження за допомогою ДЕХОКТ дозволили розробити просту інформативну методику оцінювання наявності систолічної (насосної) та діастолічної дисфункції правих відділів серця у дітей з бронхо-легеневою патологією.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

Романчук А. А.

Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м.Київ

Обґрунтування роботи. Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) - група ідіопатичних хронічних захворювань, що характеризуються специфічними клінічними ознаками, наявністю неспецифічного запалення кишечника та можливістю позакишкових проявів і ускладнень, та включає виразковий коліт (ВК), хворобу Крона (ХК) та запальне захворювання кишечника неklasифіковане (ЗЗКН). У цій роботі ми описуємо типи та симптоми ЗЗК та досліджуємо роль епітеліального бар'єру в патології ЗЗК.

Мета дослідження. Виявлення найбільш ймовірних симптомів ЗЗК у дітей за результатами ретроспективного аналізу історій хвороб дітей з ЗЗК, госпіталізованих в педіатричне відділення НДСЛ "ОХМАТДИТ" за 20 років (01.01.00-31.12.19).

Матеріали і методи. Проаналізовано 85 історій хвороб, з них вперше виявлених випадків захворювання - 52. Кожна дитина пройшла повну діагностичну програму, що складається з оцінки скарг і анамнезу життя дитини, даних об'єктивного, лабораторного (загальний аналіз крові) і інструментального дослідження (ендоскопія ШКТ). Оцінювання тяжкості захворювання оцінювалось за допомогою педіатричних індексів активності (PUCA, PCDAI).

Результати. Аналіз клінічних проявів перебігу ЗЗК показав, що найбільш характерними проявами були астеничний синдром (у 94% з ВК і 81% з ХК), біль в животі (у 71% з ВК і 67% з ХК) і діарея (у 65% з ВК і 50% з ХК). Гемоколіт був більш характерний для ВК (45%). Тенезми та недостатність ваги і зросту частіше зустрічались у дітей з ХК - у 29%, 48% і 23%, при ВК: 7%, 32% і 16%. Позакишкові прояви ЗЗК у дітей найчастіше були представлені лихоманкою - у 29% з ВК і 24% з ХК та артритом - у 16% з ВК і 29% з ХК, тоді як вузликова еритема і гангренозна підермія були характерні тільки для дітей з ХК.

Основним дослідженням при ЗЗК була езофагодуоденоскопія і колоноскопія із серійною біопсією слизової ШКТ. Ураження верхніх відділів ШКТ при ХК у дітей були більш поширені: стоматит - у 20%, езофагіт - у 35%, гастрит і дуоденіт - у 80%, тоді як при ВК - у 6%, 31%, 66%, 63% відповідно. За протяжністю ураження товстої кишки при ВК лівобічний коліт реєструвався у 39% випадків, а панколіт - у 61%. При ХК у дітей найчастіше спостерігалось поєднання ілеоколіту з ураженням верхніх відділів ШКТ - у 38%, а також термінальний ілеїт і коліт - у 15%, ілеоколіт і ураження тільки верхніх відділів ШКТ і з колітом - у 10%.

Висновки. У дітей з ЗЗК згідно з дослідженням найчастіше спостерігаються такі клінічні прояви, як астеничний синдром, біль в животі і діарея. Відмінністю клінічної картини ВК є наявність гемоколіту, а при ХК більш виражені тенезми та недостатність ваги і зросту. Позакишкові прояви найчастіше представлені лихоманкою для всіх типів ЗЗК, артрит більш характерний для ХК, але може бути наявний і при ВК, а такі прояви, як вузликова еритема і гангренозна підермія характерні тільки для дітей з ХК. Наведені особливості клінічної картини можуть бути обумовлені рівнянням ураження ШКТ при різних типах ЗЗК та порушенням епітеліального бар'єру, а також патофізіологічними процесами, які сприяють вивільненню прозапальних цитокінів. Однак багато питань все ще залишається і потребує подальших наукових досліджень, особливо у дітей.

ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ АТРЕЗІЇ СТРАВОХОДУ З ВЕЛИКИМ ДІАСТАЗОМ

Руденко Є.О., Кривченко Д.Ю., Дубровін О.Г., Метленко О.В., Мажасова І.С., Янчук О.О., Воробей Н.А.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ
Національна дитяча спеціалізована лікарня "ОХМАТДИТ", м. Київ

Вступ. Атрезія стравоходу (АС) є поширеною вадою розвитку з частотою 2,55-2,86 випадків на 10000 пологів. Вада відноситься до тяжких для корекції, вимагаєчасного висококваліфікованого хірургічного лікування з наступним складним етапом виходування. По-

зигативний результат операції по збереженню власного стравоходу залежить від варіанту вади, в першу чергу від довжини діастазу між сегментами. Лікування АС з великим діастазом лишається значною проблемою в сучасній неонатальній хірургії. Чим більшим є діастаз, тим меншою є ймовірність первинної корекції АС та більшою є вірогідність ускладнень і тривалого складного лікування. Для збереження власного стравоходу були запропоновані численні методи операцій, серед яких набуває популярності елонгація стравоходу за допомогою тракційних швів, або процедура Фокера.

Мета. Оптимізувати хірургічне лікування АС з великим діастазом та забезпечити збереження власного стравоходу шляхом елонгації та індукції росту атрезованих сегментів.

Матеріали та методи. Проаналізовано 8 клінічних випадків пацієнтів з атрезією стравоходу з великим діастазом, що унеможливило первинну корекцію, які знаходилися на лікуванні в клініках кафедри дитячої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця на базі НДСЛ "ОХМАТДИТ" протягом 2018-2021 років. У зв'язку з несприятливими для первинної корекції великими діастазами між сегментами (від 4,5 до 6,5 см, середньому $5,25 \pm 0,31$) виконувалась етапна корекція вади шляхом елонгації (індукції росту) сегментів стравоходу тракційними швами з наступним формуванням анастомозу. Вік оперованих дітей коливався від 1 дня до 1 року 5 місяців, в середньому $4,68 \pm 2,45$ місяця.

Результати. Тривалість тракції становила від 6 до 25 днів, середня щоденна дистанція тракції кожного з сегментів складала від 2,2 до 4,9 мм. Ефективність росту сегментів контролювалась рентгенографічно за допомогою оцінки положення рентген-контрастних моток на кінцях сегментів стравоходу та езофагографії. У всіх 8 випадках після застосування дозованої етапної тракції спостерігалось подовження стравоходу зі зменшенням діастазу між його сегментами до 0–1,3 см, що дозволяло сформувати анастомоз кінцев в кінцев. У всіх випадках відновлено власний стравохід з повноцінним харчування через рот.

Висновки. Методика індукції росту власного стравоходу за допомогою тракційних швів дозволяє подолати великий діастаз між сегментами атрезованого стравоходу, створити умови для формування анастомозу та зберегти власний стравохід з відновленням віково перорального харчування. Концепція індукції росту стравоходу є органозберігаючою, виступає альтернативою операціям з втручанням у стравоходу та виключає або зменшує застосування кишкових пластик.

КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА У ДІТЕЙ: ВПЛИВ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D НА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ

Салтанова С.Д.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Перше повідомлення про хворобу, що викликана новим β -коронавірусом, з'явилося у грудні 2019 року в м. Ухань (Китайська Народна Республіка). З тих пір SARS-CoV-2 поширився по всьому світу, і 11 березня 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила COVID-19 пандемією (WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020). Інфекція SARS-CoV-2 зустрічається у всіх вікових групах, включаючи немовлят, дітей та підлітків (KAM Gaythorpe et al, 2021). На сьогоднішній день не схвалений жоден препарат для специфічного лікування коронавірусної хвороби (A Fredrianyah et al, 2020).

Враховуючи ці обставини, дослідники зосередилися на інших заходах, які можуть допомогти запобігти поширенню COVID-19 та полегшити перебіг захворювання. Роль макро- та мікроелементів у модульованні імунної відповіді у хворих та здорових людей znana давно. Відомо, що вітамін D чинить різноманітні біологічні ефекти, включаючи імунomodulatory дію і на моменту виникнення COVID-19 пандемії він привертає увагу наукової спільноти. Так, GK Molla et al (2021) виявили, що дефіцит вітаміну D був найпоширенішим дефіцитом вітаміну серед педіатричних пацієнтів з COVID-19. У дослідженні E Söbđ et al (2021) було продемонстровано зворотню залежність між рівнем вітаміну D та ризиком інфікування COVID-19, що вказує на вищі шанси зараження у дітей з дефіцитом цього вітаміну у порівнянні з дітьми, які мають нормальні рівні вітаміну D. Katz et al (2021) знайшли, що пацієнти з дефіцитом вітаміну D у 4,6 разів частіше виявляли позитивний результат на COVID-19, ніж пацієнти без дефіциту ($P < 0,001$). Дослідження E Bayraktaroglu et al. (2021) показало зв'язок між дефіцитом вітаміну D та клінічним перебігом коронавірусної хвороби у дітей, рівень вітаміну D позитивно корелював із кількістю лімфоцитів і негативно - з віком, рівнем С-реактивного протеїну та фібриногену; було зроблено висновок про те, що дефіцит вітаміну D є незалежним предиктором тяжкого перебігу захворювання. Дослідження K Yilmaz et al (2020) виявили негативну кореляцію між рівнем вітаміну D та симптомами лихоманки. Діти з високою температурою мали дефіцитний або недостатній рівень вітаміну D. E Söbđ et al (2021) вивчали рівень вітаміну D у здорових дітей та дітей з інфекцією COVID-19. Середній рівень вітаміну D був значно (8,9 проти 18,5 нг/мл; $P < 0,05$) нижчим у госпіталізованих пацієнтів із COVID порівняно зі здоровим контролем. 93,3% пацієнтів з COVID та дефіцитом вітаміну D отримували вітамін D та продемонстрували високу ефективність лікування коронавірусної хвороби. Застосовувався пероральний вітамін D у дозі 3000 МО для дітей молодше 12 років та 6000 МО для дітей віком від 12 років. Діти з дефіцитом вітаміну D лікувалися відповідно до "Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets" (Munns CF et al., 2016).

Через обмеженість та неоднорідність опублікованої літератури, на сьогодні неможливо дослідити вплив додавання вітаміну D на ефективність лікування коронавірусної хвороби у дітей (K. Shah, 2021). До тих пір, поки не з'явиться більше результатів проспективних досліджень, включення вітаміну D у схему лікування можна рекомендувати педіатричним пацієнтам із COVID тільки при його