

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

and the sensitivity of bronchial reactivity to this direct bronchospasmogenic stimulus - 60,0%. These results suggest, that on the background of the basic treatment in adolescents presence of bronchospasm to physical stress more than 15,0% is a highly specific test (90,9%), which increases the post-test probability of severe asthma attack by 35,6%, with the significant odds ratio of the event 11,6.

Conclusion. The sensitivity of the bronchi to histamine at concentrations less than 1,0 mg/ml can be used to screen and index of the bronchial lability more than 15% - to confirm the possibility of severe asthma attack in the nearest catamnesis.

ВМІСТ МІДІ ТА КОБАЛЬТУ І МОРФОЛОГІЧНО-СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВОЛОССЯ ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА

Школьна І.І., Сміян О.І., Петрашенко В.О.
Сумський державний університет, медичний інститут

Вступ. Маса тіла при народженні є потужним предиктором росту та розвитку немовлят. Мала маса тіла (ММТ) при народженні є однією з найсерйозніших проблем здоров'я як у країнах, що розвиваються, так і в розвинутих. Щороку у світі народжується близько 20 мільйонів дітей з малою масою тіла (<2500 г). ММТ є важливим показником для відстеження здоров'я новонароджених, які народились передчасно (<37 тижнів гестації). Існує дуже багато причин передчасного народження, одна із яких - дисмікроелементоз.

Мета. Вивчення вмісту кобальту і міді, а також морфологічні особливості у волосся дітей, які народились з ММТ у термін гестації 32-36 тижнів.

Матеріали та методи. Матеріал (волосся) був взятий у 10 дітей, які народились передчасно з ММТ у термін гестації 32-36 тижнів (група I) у перший день життя. Групу порівняння склали здорові новонароджені, що народились у термін гестації >37 тижнів (група II). Для визначення морфологічних і структурних особливостей був використаний метод растрової електронної мікроскопії. Вміст кобальту і міді був досліджений за допомогою методу атомно-абсорбційної спектроскопії на спектрофотометрії С-115М 1.

Результати. Середні показники вмісту міді у волосся дітей, народжених з ММТ у термін гестації 32-36 тижнів становила $22,13 \pm 1,08$ мкг/г, що в 1,2 раза менше, ніж у групі порівняння ($26,92 \pm 0,88$ мкг/г; $p < 0,05$).

Щодо показників вмісту кобальту у групі I, то вони склали $0,015 \pm 0,0032$ мкг/г, що у 2,3 раза менше, ніж у групі порівняння ($0,034 \pm 0,0023$ мкг/г; $p < 0,05$).

При вивченні волосся дітей групи I відмічали увігнуту їх форму, з нерівними краями. При цьому рогові лусочки кутикули були тонкими та широкими й простягалися по всій ширині волосся. Відзначали незначні поверхневі дефекти. Рисунок кутикули місцями погано візуалізувався. Дослідження зразків волосся дітей групи II на ультрамікроскопічному рівні показало рівномірно гладку, блискучу поверхню. Волосся мало правильну циліндричну форму, стрічкоподібну кутикулу, малюнок якої чітко візуалізувався шляхом впродовжаного розташування рогових лусочок. Краї волосся рівні, без зазубрин. Середній діаметр волосся дітей групи I ($32,5 \pm 1,75$ мкм) у 1,25 раза менший, ніж у групі II ($40,7 \pm 0,59$ мкм; $p < 0,05$).

Висновки. Отже, наявний дефіцит міді й кобальту у волосся дітей, які народились із ММТ у термін гестації 32-36 тижнів. Діаметр волосся у цих дітей менший, ніж у тих, які народились у строк. Тобто, структурно-морфологічна незрілість волосся, дефіцит поживних речовин, що беруть участь у його формуванні, може бути одним із чинників передчасного народження.

ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОРЕКЦІЇ АПЛАЗІЇ ДІАФРАГМИ

^{1,2}Шульжик І.І., ^{1,2}Руденко С.О.

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
кафедра дитячої хірургії, м. Київ

²Національна дитяча спеціалізована лікарня "ОХМАТДИТ", м. Київ

Переважає кількість наукових робіт, присвячених проблемам лікування вроджених діафрагмальних гриз (ВДГ), висвітлюють легенду про аплазію, корекцію легеневої гіпертензії, технології захисту легень. Значно менше робіт стосуються власне хірургічної тактики.

Мета: оцінка віддалених результатів у дітей після реконструкції агенезії куполу діафрагми та вибір патогенетичного об'єктованого способу пластики дефекту з використанням синтетичної залплати.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз хірургічної корекції ВДГ у 130 дітей з групи високого ризику, які знаходились на лікуванні в НДСЛ "ОХМАТДИТ" протягом 2000-2020 років. У дослідження включено 9 пацієнтів, в яких під час операції було діагностовано аплазію куполу діафрагми. Розмір дефекту діафрагми кодувався як "агенезія", якщо відсутня вся половина або значна частина діафрагми (можливий наявний вузький короткий м'язовий валик в хрящевій частині ребер) та реконструкція "вимагала" фіксації залплати до міжребер'я спереду і ззаду.

Результати: пацієнтів чоловічої статі було 6 (66,7%), жіночої - 3 (33,3%). Правобічну аплазію куполу діафрагми діагностовано у 2 (22,2%) дітей, лівобічну - у 7 (77,8%). Рання післяопераційна летальність при аплазії правого куполу діафрагми становить 50%, при лівобічній - 4 пацієнти (50,7%), загальна летальність у даній групі - 55,4%. Доступом для оперативного лікування у більшості випадків 89% (n=8)

було обрано торакаотомію та у 1 випадку (11%) - поперечну підреберну лапаротомію. Всі реконструкції аплазій діафрагми було виконані із застосуванням заплат з синтетичних матеріалів та із застосуванням принципу тораколізації черевної порожнини. Показаннями до повторних операцій в нашій групі були рецидив грижі - 2 (у одного пацієнта у віці 6 та 15 місяців) та непрорідність, спричинена мальоротацією - 1.

Висновки: пацієнти з агенезією діафрагми мають вищу летальність, в порівнянні з групою з малими та середніми дефектами. Розмір дефекту діафрагми є незалежним прогностичним чинником та може слугувати маркером ступеня легеневої гіпоплазії та легеневої гіпертензії. Оптимальним способом операційного лікування є пластика діафрагми з використанням синтетичної заплати PTFE з тораколізацією черевної порожнини. В даній групі залишається високим відсоток рецидивів, як у ранньому, так і у віддаленому післяопераційному періоді, що пов'язано з відсутністю можливості росту синтетичних заплат з ростом дитини.

Ключові слова: ВДГ, агенезія куполу діафрагми, рецидив, тораколізація, PTFE.

ЛІКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ

Щербатюк Н. Ю.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

При лікуванні гострої дисфункції шлунково-кишкового тракту у дітей застосовують сорбенти, пробіотики та ферменти. При використанні трьох препаратів, а інколи і парантеральної регідратації та антибіотиків, рівень поліпрагмазії вкрай високий. Цього можна уникнути, застосовуючи антидіарейний мікробний препарат "Ентерол 250". "Ентерол 250" забезпечує більш істотну позитивну клінічну динаміку в плані зменшення проявів ексікозу, за рахунок вираженої антисекреторної дії, зумовленої зниженням цАМФ (циклічний аденозинмонофосфат) в ентероцитах, що призводить до зменшення секреції води та натрію в просвіт кишечника. "Ентерол 250" нормалізує мікрофлору кишечника, тому що містить бактерії *Saccharomyces boulardii*. Під час проходження через шлунково-кишковий тракт штами *Saccharomyces boulardii* (CNCM I-745) чинять біологічну захисну дію відносно нормальної кишкової мікрофлори. Ферментативна дія "Ентерол 250" зумовлена підвищенням активності дисахаридаз тонкого кишечника (лактази, сахарази, мальтази. 27 дітям від 6 місяців до 6 років при дисфункції шлунково-кишкового тракту призначали "Ентерол 250" по 1 пакетик 2 рази на добу 5 днів. На початку лікування мали місце ознаки зневоднення першого та другого ступенів і вигляді загальної в'ялості, зниження тургору м'яких тканин, гіпертермії, блідості шкіри, диспепсичні розлади - блювота, нудота, рідкий стілець з неперетравленими рештками їжі 4 рази на день. На фоні лікування зменшувалась кількість випорожнень, нормалізувався характер стільця. Це дало можливість уникнути внутрішніх інфузій солевих та водних розчинів, бо вже після першого дня отримання ентеролу у 50% обстежених дітей (табл. 1) кількість випорожнень зменшилась з 4 до 2, а на третій день стілець став оформленим.

Таблиця 1

Динаміка проявів ексікозу у групі дітей (n=27) в процесі лікування

Симптом	День зменшення проявів після прийому «Ентерол 250»	Кількість дітей
блювота	2	15 (54,5%)
нудота	2	17 (62,9%)
діарейя	2	14 (51,85%)
зниження еластичності шкіри	3	11 (40,7%)
зниження тургору м'яких тканин	3	12 (44,4%)
западання великого тім'ячка	2	7 (70%-було 10 дітей до року)

ПЕДІАТРИЧНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Яблонь О.С., Бондаренко Т.В., Назарчук Н.М., Тищенко В.О.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГІЕ) немовлят може мати довгострокові несприятливі наслідки для розвитку нервової системи та помітно знизити якість життя [Grass, B. et al., 2021; Battin, M. et al., 2018]. Разом з тим, педіатричні аспекти несприятливих наслідків у дошкільному віці дотепер не вивчалися.

Мета. Встановити особливості захворюваності дітей дошкільного віку, котрі в неонатальному періоді перенесли ГІЕ, залежно від статі та тяжкості ураження центральної нервової системи.