

Окрім того, виявлені ознаки панкреатиту: альфа-амілаза – 228 Ед/л (норма – 22-100 Ед/л), глюкоза – 18,0 ммоль/л.

Відповідно до встановлених клінічних симптомів, призначено наступне лікування: дексаметазон 4 мг *4 р/добу – 13 днів, біовен-моно 1 г/кг – 1 день, клексан – 15 днів, гепацэф комбі – 14 днів, азитроміцин 10 мг/кг – 3 дні.

На 7-му добу в стаціонарі стан дитини покращився: нормалізувалася температура тіла, ліквідувалася біль в животі, кон'юнктивіт, висипи, набряклість кистей рук і стоп. Зменшилися ознаки лабораторної активності: загальний аналіз крові (07.12.20 р.) - Ер. – 4,7 Т/л, Нв – 136 г/л, КП – 0,87, Лейк. – 24,1, Пал – 1%, Сег – 60%, Лімф – 12%, Мон – 5%, Еоз – 2%, Тромб – 233 г/л, ШОЕ – 6, Нт – 35. СРБ (30.11.20 р.) - менш 6 мг/л. D-димер (15.12.20 р.) – 0,22 мкг/мл (норма – 0,5). 4.12.20. Коагулограма: Фібриноген 3,6 (норма – 2-4 г/л), протромбіновий час – 27 с (норма – 15-22 с).

14.12.20 ЕКГ: синусова тахікардія. ЭХО-КГ, УЗД ОБП – без патології.

Висновок: Даний клінічний випадок демонструє, які симптоми та діагностичні прояви можуть бути у дітей при захворюванні COVID-19. Це має важливе клінічне значення для найбільш раннього виявлення, лікування та попередження ускладнень коронавірусної хвороби у педіатричних пацієнтів.

Д.П.Лагода, Е.В.Скрябіна

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Днепропетровский государственный медицинский университет, кафедра педиатрии детских болезней

Атопический дерматит (АД) - хроническое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, которое в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте и приводит к физической и эмоциональной дезадаптации пациента и членов его семьи. Дискомфорт, связанный с кожным зудом, приводит к выраженным нарушениям сна и повседневного образа жизни детей, включая невозможность заниматься спортом и другими видами школьной деятельности, сопровождаемая психологическими переживаниями, заниженной самооценкой, социальной изоляцией и неуверенностью в себе.

С 2011 года по данным ВОЗ, распространенность аллергии приобрела черты эпидемии. Проблема АД приобретает все большее значение в современной медицине. В структуре аллергических болезней у детей АД занимает одно из ведущих мест по своей распространенности (от 17 до 25%). По данным литературы, у 80 % детей, страдающих АД, отмечается отягощенный семейный анамнез. При этом, чаще выявляется связь с атопическими заболеваниями по линии матери (60-70 %), реже — по линии отца (18-22 %). Наличие атопических заболеваний у обоих родителей повышает риск развития АД у ребенка до 60-80 %. Питание во время беременности и кормления грудью влияет на проявление АД у ребенка. Количество детей в семье также влияет на проявления атопического дерматита, а именно, чем больше детей в семье, тем реже встречаются проявления АД.

Цель работы: выявление особенностей раннего анамнеза и его влияние на проявление аллергии у детей.

Материалы и методы. В ходе работы была составлена анкета, состоящая из 28 вопросов, которые в свою очередь, были разделены на следующие группы: по питанию матери во время беременности и во время грудного вскармливания (ГВ), аллергологический анамнез, состояние ребенка. Для удобства родителей она находилась в Google Форме, чтобы участники могли пройти её в любое удобное для них время. В анкетировании принимали участие 40 родителей. Из них: 42,5% - мамы мальчиков, 57,5% - мамы девочек. Средний возраст мальчиков-17 мес., девочек-25 мес.

Результаты. По результатам анкетирования были выделены две группы детей: первая группа - дети с атопическим дерматитом (45%) и вторая группа - дети без проявлений аллергии (55%). В первой группе, которая состояла из 18 детей, мальчиков было-33,3%, девочек-66,7%. Отягощенный аллергологический анамнез наблюдался у 44,4% детей. Во второй группе было одинаковое количество девочек и мальчиков. Отягощенный аллергологический анамнез наблюдался у 22,7% детей. Большинство мам, как первой, так и второй группы не соблюдали диету во время беременности (83,3% и 100% соответственно). Все дети в обеих группах находились на ГВ, однако, дети с АД - достаточно долго (44,4% детей - до 1 года и больше), в то время, как практически все дети второй группы (72,7%) находились на ГВ относительно недолго, а именно до 3 мес. Женщины из первой группы чаще нарушали диету во время кормления грудью, чем женщины во второй группе (77,8% и 59,1% соответственно). Нарушение диеты было преимущественно за счет таких продуктов как: яйца, цельное молоко, кофе, цитрусовые, морепродукты и клубника.

Гастроинтестинальные расстройства в группе с АД встречались реже, чем во второй группе, особенно запоры: 16,7% и 38,8% соответственно. Пробиотики принимали в 2 раза чаще в первой группе, чем во второй, а улучшения состояния после приема пробиотиков отмечали в 10 раз чаще в группе с АД.

Выводы. Выделены следующие факторы, которые влияют на проявление атопического дерматита: отягощенный аллергологический анамнез, нарушение диеты мамы во время ГВ. Наиболее аллергенными продуктами во время грудного вскармливания оказались: яйца, цельное молоко, кофе, цитрусовые, морепродукты, клубника, консервы. У детей, находящихся на ГВ, реже наблюдались гастроинтестинальные расстройства (особенно запоры). Прием пробиотиков при АД улучшает состояние ребенка. Не была найдена взаимосвязь между такими факторами, как количество детей в семье, место проживания, нарушение диеты во время беременности и проявлениями АД.

І.М.Підгорна, С.І.Ільченко, К.В.Скрябіна

ЗАЛЕЖНІСТЬ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ З МУКОВІСЦИДОЗОМ

Дніпровський державний медичний університет, кафедра педіатрії дитячих хвороб

Муковісцидоз – одне з найпоширеніших спадкових захворювань, обумовлене мутацією гена трансмембранного регулятора провідності муковісцидозу (CFTR – Cystic Fibrosis Transmembrane conductance Regulator), який розташований на довгому плечі сьомої хромосоми і передається по аутосомно-рецесивному типу успадкування двох мутантних алелів. Наслідком мутації гена CFTR є порушення синтезу, структури та функції білка - трансмембранного регулятора провідності муковісцидозу, в результаті чого хлорні канали стають патологічно непроникними для іонів хлору при гіперабсорбції натрію і одночасному надходженні в клітину води, що викликає дегідратацію апікальної поверхні секреторного епітелію і збільшення в'язкості слизу. За статистикою, кожна 25-та людина у світі є носієм гену муковісцидозу і кожен день народжується 125 дітей з таким захворюванням. Муковісцидоз є мультисистемним захворюванням, що вражає дихальні шляхи, шлунково-кишковий тракт, печінку, підшлункову залозу, слинні, потові залози, репродуктивну систему. При цьому патологія дихальних шляхів є головною причиною ускладнень і летальності більше ніж в 90% усіх випадків. Внаслідок накопичення в'язкого інфікованого секрету, що викликає обструкцію і виражену запальну реакцію, виникає пошкодження бронхо-легеневої системи, погіршення функції легень і, в кінцевому підсумку, дихальна недостатність. Дорослішання хворої дитини на муковісцидоз

супроводжується зниженням респіраторної функції, зміною мікрофлори дихальних шляхів на більш агресивну, наростанням частоти ускладнень з боку органів дихання і травлення. До симптомів респіраторної форми муковісцидозу в ранньому віці відносяться: блідість шкірного покриву, млявість, слабкість, мала надбавка у вазі при нормальному апетиті, часті ГРВІ, постійний нападаподібний, коклюшеподібний кашель з густим слизисто-гнійним мокротинням, повторні затяжні пневмонії й бронхіти, сухі і вологі хрипи, а при обструкції бронхів - сухі свистячі хрипи. Нутритивний статус дітей при муковісцидозі має важливе клінічне і прогностичне значення. Масово-ростові показники, нутритивний статус і параметри функції зовнішнього дихання вважаються найбільш чутливими критеріями клінічного стану при муковісцидозі. В даний час отримані дані про те, що виснаження - значимий прогностичний параметр виживання у пацієнтів з муковісцидозом, незалежно від стану функції легень, насичення крові киснем і напруги двоокису вуглецю. У багатьох наукових статтях, які описують питання муковісцидозу, було вказано, що показники функції зовнішнього дихання залежать від індексу маси тіла (ІМТ).

Метою роботи стало дослідити взаємозв'язок між показниками функції зовнішнього дихання і нутритивним статусом у дітей з муковісцидозом в м. Дніпро.

Матеріали та методи. Було опрацьовано 105 історій хвороб дітей з муковісцидозом, віком від 6 до 18 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні у кардіо-пульмонологічному відділенні ДМКЛ№2 м. Дніпра за останні 5 років. Серед них чоловічої статі-54(що склало 51,4% від усієї кількості дітей), жіночої статі-51(що склало 48,6% від усієї кількості дітей). Середній вік усіх дітей чоловічої і жіночої статі склав 13 років. В усіх пацієнтів були враховані такі показники, як: вік, стать, маса тіла, зріст, обхват грудної клітини. Провели оцінку стану харчування та розрахували індекс маси тіла (ІМТ) за допомогою електронного калькулятора ВООЗ. Проаналізували такі параметри спірограми, як форсована життєва ємкість легень (ФЖЕЛ), об'єм форсованого видиху за 1 с (ОФВ1), відношення ОФВ1/ФЖЕЛ. Встановили рівень фізичного розвитку.

Результати. За результатами отриманих даних, діти були розподілені на три групи по z-критерію для ІМТ: 1 група (-1 і менше), 2 група(від -1 до +1), 3 група (+1 і більше). Для кожної групи вираховували середній ІМТ, ОФВ1%, ФЖЕЛ%, відношення ОФВ1/ФЖЕЛ. Таким чином, першу групу (в категорії по z-критерію -1 і менше) нараховувало 40 дітей, серед них 23 чоловічої статі і 17 жіночої. Для них середні показники за групою: ІМТ-15,46, ОФВ1-112,2%, ФЖЕЛ-106%, ОФВ1/ФЖЕЛ -104%, Зниження ОФВ1 нижче 80% було у 27,5% пацієнтів цієї групи. Другу групу (по z-критерію від -1 до +1) налічувало 56 дітей (серед них 22 чоловічої і 34 жіночої статі). Для них середні показники: ІМТ- 22,42, ОФВ1-124,2%, ФЖЕЛ-120,1%, Індекс Тифно -103%, Зниження ОФВ1 нижче 80% було у 11% пацієнтів.

Висновки. При аналізі результатів роботи було визначено, що низький рівень фізичного розвитку має 12% дітей, нижче середнього-13%, середній розвиток-58%, вище середнього-10%, високий-7% дітей. При порівнянні показників усіх трьох груп зниження ОФВ1 нижче 80% частіше зустрічалось у 1 групі, тобто зі знизеним ІМТ. З отриманих даних можна побачити залежність, що при збільшенні ІМТ збільшуються показники ОФВ1 і ФЖЕЛ. Проведений аналіз показав, що між показниками нутритивного статусу і показниками функції зовнішнього дихання у дітей з муковісцидозом є прямий взаємозв'язок.

В.М.Самофал¹, А.В.Різник¹, І.В. Кіракозова² МУЛЬТИСИСТЕМНИЙ ЗАПАЛЬНИЙ СИНДРОМ (MIS-C) У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЯК ПРОЯВ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ

¹Дніпровський державний медичний університет,
кафедра педіатрії № 2
²КН «ДОДКД»

Актуальність. Вже більше року весь світ перебуває у стані пандемії на коронавірусну хворобу COVID-19. За даними Американської академії педіатрії, у США захворюваність дітей на SARS-CoV-2 становить близько 9%, що співпадає з даними МОЗУ по захворюваності дітей в Україні. Вважають, що діти рідше хворіють на COVID-19 через поширення серед дитячого населення інших коронавірусів, завдяки чому імунна система може забезпечити захист від інфекції. Однак у травні 2020 року (журнал The Lancet) стало відомо про можливість виникнення у дітей та підлітків мультисистемного запального синдрому (MIS-C), який є наслідком коронавірусної хвороби з високою летальністю. Клінічна картина MIS-C складається з лихоманки, зниження артеріального тиску, інших розладів серцево-судинної системи, шлунково-кишкового та сечовивідного тракту. У багатьох дітей відзначаються ознаки васкуліту за типом хвороби Кавасаки та порушення нервово-психічного стану. Дослідження особливостей протікання інфекції у дітей та накопичення досвіду з лікування є важливим для успішної боротьби з хворобою.

Мета та завдання. Дослідження MIS-C на прикладі клінічного випадку у дитини.

Результати. Під спостереженням знаходилась дівчинка Є., восьми років з діагнозом: Мультисистемний запальний синдром. Дитина перебувала на стаціонарному лікуванні з 06.02.2021 по 02.03.2021 в КП «ДОДКЛ» ДОР у ВАІТН та потім у відділенні високоспеціалізованої педіатричної допомоги. Дитину було госпіталізовано зі скаргами на лихоманку, млявість та висипку на передній поверхні стегон.

З анамнезу відомо, що дівчинка народилась від першої вагітності, перших пологів, в строку гестації 40 тижнів. Маса при народженні 3000 г, довжиною тіла 50 см. Фізичний та психомоторний розвиток відповідав нормі. Вакцинована згідно календаря профілактичних щеплень в Україні. З інфекційних захворювань перенесла вітряну віспу у 2021 році та в листопаді 2020 року перенесла COVID-19.

При об'єктивному обстеженні загальний стан дитини важкий за рахунок інтоксикаційного синдрому, дихальної та серцево-судинної недостатності. Температура тіла 37,2°C; частота серцевих скорочень -102/хв; частота дихання -44/хв., SpO₂ -89-91%, вага 38 кг, зріст - 135 см, фізичний та психомоторний розвиток відповідає віку. Шкірні покриви сухі, блідо-рожеві, помірна пастозність стоп та долонь. На обличчі, шії, передньої та задньої поверхні грудної клітини, внутрішній поверхні стегон спостерігається поліморфна макулярно-еритематозна висипка. Слизова губ та кутів рота суха, потріскана. Слизова оболонка ротоглотки рожева, чиста, язик сухий. Дихання через ніс вільне, виділень не має. Спостерігалось тахіпноє з денатурацією SpO₂ - 89-91%. Було розпочато проведення оксигенотерапії через базальні канюлі, сатурація підвищилась до SpO₂ -98-99%. Аускультативно в легенях дихання везикулярне, проводиться в усі відділи, хрипів немає. Тони серця приглушені, тахікардія, систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, доступний пальпації, безболісний, вислуховується перистальтика. Печінка виступає на 2 см з-під краю реберної дуги, селезінка збільшена на 1см. Стілець один на день, без патологічних домішок, діурез не порушений.

При лабораторному дослідженні виявлено лейкоцитоз 31,8 г/л, підвищення швидкості осідання еритроцитів до 21 мм/г, С-реактивного білка до 324, відхилення від норми показників фібриногену до 4,6 г/л, підвищення показника феритину до 797 мкг, зниження показників альбуміну до 23 г, високі показники ферментів альфа-амілази крові до 234 (норма