

значущу позитивну кореляцію між низьким рівнем кальцію на шосту добу та наявністю дихальної недостатності у передчасно народжених дітей ($r=0,391$, $p=0,048$).

Висновки: Низькі рівні фосфору і кальцію у сироватці крові є незалежними предикторами ускладненого перебігу раннього неонатального періоду у передчасно народжених дітей.

ЗАСТОСУВАННЯ СПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ТЯЖКОЇ ФОРМИ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Прилуцький К.Ю., Ільченко В.І., Пікуль К.В.

Полтавський державний медичний університет

Інфекційний мононуклеоз – це одна з форм первинної Епштейн–Барр вірусної інфекції, яка характеризується лихоманкою, лімфаденопатією, тонзилітом, гепатолієнальним синдромом, а також характерними змінами в периферичній крові.

Дівчинка 4-х років була госпіталізована у дитяче відділення Полтавської інфекційної лікарні з діагнозом: інфекційний мононуклеоз. При огляді стан розцінений як тяжкий. Температура тіла піднімається до 39°C , погано піддається дії пероральних антипіретиків. Дитина дуже в'яла, скаржиться на головний біль, біль у горлі, біль у животі. Хворіє 5-й день. Носове дихання утруднене, дихає напіввідкритим ротом, дихання хрипливе. Помірно вражена жовтяниця шкіри, склер. Має місце лімфаденопатія, особливо це стосується шийних лімфовузлів: вони множинні, розміром 1-2 см, щільні на дотик, чутливі при пальпації. При огляді ротогорла має місце значне збільшення піднебінних мигдаликів, вони мало не стикаються між собою, гіперемійовані, вкриті білуватим нещільним нальотом, що доволі легко знімається шпателем. Піднебінні дужки, язичок, задня стінка глотки гіперемійовані, набряклі. При пальпації печінки помірна болючість. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см, край гострий, ущільнений. Селезінка + 2 см. При біохімічному дослідженні сироватки крові має місце підвищена активність амінотрансфераз, гіпербілірубінемія. У периферичній крові – високий лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, високий лімфомоноцитоз, 29% атипичних мононуклеарів. Методом ІФА виявлені антитіла до EBV: анти VCA – IgM, анти VCA – IgG, анти EAD. Методом ПЛР в крові виявлений антиген EBV.

В цілому поєднання цих факторів свідчить про гостру форму EBV – інфекції у вигляді інфекційного мононуклеозу, тяжкої форми.

Згідно з діючим протоколом, інфекційний мононуклеоз не потребує противірусної терапії. Але патогенетична терапія не призводила до покращення стану дитини, навіть навпаки. Тому, враховуючи літературні дані про високу активність ацикловіру стосовно EBV, було вирішено доповнити терапію внутрішньовенним введенням цього препарату у дозі 10 мг/кг кожні 8 годин. Приблизно через 2 доби стан дитини суттєво покращився, з'явилась тенденція до нормалізації біохімічних показників та показників периферичної крові.

Таким чином, наведений клінічний випадок підтверджує ефективність застосування ацикловіру в лікуванні тяжкої форми інфекційного мононуклеозу у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ДЕРМАТОПАТІЙ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ

Сюсюка В.Г., Макуріна Г.І., Єршова О.А.

Запорізький державний медичний університет

Гіперандрогенія (ГА) – найбільш поширена ендокринопатія у жінок, спричинена надмірною продукцією андрогенів яєчниками та / або наднирниками чи підвищенням локальної тканинної чутливості до циркулюючих андрогенів. До частих та характерних проявів ГА належать дерматопатії (акне, алопеція, себорея та гірсутизм) і синдром полікістозу яєчників (СПКЯ). За даними літератури, ознаки ГА спостерігаються у 10-20 % жінок [Камінський В. В. та співавт., 2016]. До основних скарг, з якими пацієнтки зазвичай звертаються до лікаря, відносять посилений ріст волосся на тілі за чоловічим типом (гірсутизм), підвищена жирність шкіри та її лущення (себорея), вугрові висипання на обличчі, спині (акне); порушення менструального циклу (аменорея, олігоменорея, метрорагія). Таким чином, успіх в ефективній допомозі жінкам із СПКЯ – це спільна робота дерматовенеролога, гінеколога та інших спеціалістів.

Мета дослідження: встановити частоту виникнення та характер дерматопатій на підставі комплексного обстеження жінок репродуктивного віку із синдромом полікістозу яєчників.

Матеріали і методи Групу дослідження склали 34 пацієнтки з СПКЯ у вікових межах 18-35 років, які звернулися з приводу порушення менструального циклу та/або дерматопатій за направленням дерматолога. Середній вік жінок склав $26,4 \pm 0,9$ років. Пацієнткам проведено комплексне обстеження з оцінкою вираженості гірсутизму, жирності шкіри, форми та тяжкості перебігу акне. Активність проявів гірсутизму визначали за модифікованою шкалою Феррімана-Галлвея (Ferriman-Gallwey). Форма та тяжкість перебігу акне визначалась дерматовенерологом. Всім жінкам проведена кількісна оцінка концентрації гормонів у плазмі крові на 3-5 день менструального циклу, а саме кортизолу, тиреотропного гормону, пролактину, вільного тестостерону та його індексу, андростендіону, дегідроепіандростерона сульфату, 17- α -ОН-прогестерону, глобуліну, зв'язуючого статеві гормони. Враховуючи, що ГА може сформуватися при гіпотиреозі, гіперпролактинемії та порушенні функції наднирників, жінки з відповідною

патологією в групу дослідження не включались. Варіаційно-статистична обробка результатів здійснювалась з використанням програми «STATISTICA 13».

Отримані результати За результатами проведеного дослідження встановлено, що прояви гіперандрогенної дерматопатії у вигляді гірсутизму спостерігалися у 41,2 % обстежених жінок, а акне було діагностовано у 47,1 % пацієнток. Стосовно клінічних проявів вугрової хвороби, переважала папуло-пустульозна форма (68,7 %), рідше зустрічалася комедонна (31,3 %). У кожній 3-ї жінки дерматопатії мали поєднаний характер. 73,5 % жінок вказали на порушення менструального циклу та 52,9 % – безпліддя.

За даними лабораторних досліджень виявлено, що серед жінок групи дослідження рівень андростендіону був підвищений більш ніж у половини, а саме у 19 (55,9 %). Однак, щодо оцінки рівня вільного тестостерону та його індексу, підвищення зазначених показників встановлено лише у 2 (5,9 %) та у 5 (11,8 %) жінок, відповідно. Саме рівень зазначених гормонів є найбільш інформативним у діагностиці ГА (згідно з рекомендаціями European Endocrine Society, ESS). Слід зазначити і той факт, що у 62,5 % жінок із акне рівень андрогенів був підвищений.

Висновки

Результати проведеного дослідження свідчать, що у жінок із СПКЯ дерматопатії представлені у вигляді акне (47,1 %) з переважанням папуло-пустульозної форми (68,7%) та рідше – комедонної (31,3 %), а також гірсутизму (41,2 %). У кожній 3-ї жінки дерматопатії мали поєднаний характер.

За даними лабораторних досліджень гіперадрогенія встановлена у 55,9 %, а її частота у жінок із акне склала 62,5 %. Найбільш показовим щодо діагностики гіперадрогенії був показник рівня андростендіону.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Таняньська С.М., Коленко І.О., Таняньська В.Є., Ємець Л.В.

Полтавський державний медичний університет

На сучасному етапі розвитку медицини есенціальна артеріальна гіпертензія (АГ) є досить поширеною патологією у дітей та підлітків, яка виникаючи в дитячому віці, швидко призводить до розвитку багатьох ускладнень в подальшому. Відомо, що артеріальна гіпертензія може бути ізольованою, а може співіснувати з такими станами як ожиріння, підвищення ліпідів крові та інсуліну, що характеризують метаболічний синдром (МС). Наявність МС призводить до підвищення відносного ризику смерті від кардіоваскулярних ускладнень. Зміни рівня артеріального тиску (АТ) є одним із частих проявів вегетативної дисфункції (ВД) у дітей.)

Метою даного дослідження була визначення предикторів метаболічного синдрому у підлітків з АГ.

Нами обстежено 56 підлітків віком 12-16 років лабільною і стабільною формами АГ, у яких при вимірюванні АТ за методом Короткова виявлено стійке підвищення АТ. Всім дітям проводили добовий моніторинг АТ (ДМАТ) та ЕКГ, визначення ліпідного спектру крові та рівня глюкози натщесерце. У 45 дітей (75 %) були скарги на головний біль, значну слабкість, зниження працездатності та фізичної активності. При проведенні ДМАТ оцінювали наступні параметри: середні показники систолічного АТ (САТ), діастолічного АТ (ДАТ) і середнього АТ (сер. АТ) за добу в денний та нічний час, які дають уявлення про рівень АТ. Показники оцінювалися по перцентильним таблицям в залежності від віку, зросту і статі дитини: < 5 перцентилі – артеріальна гіпотензія, 90-95 перцентиль – «високий нормальний АТ», >95 перцентилі – високий АТ. Аналіз ступеня нічного зниження АТ проводили по добовому індексу (ДІ), який відображає відношення середньоденних показників до середньонічних. В нормі ДІ складає 10-20% *dippers*, недостатнє нічне зниження АТ (< 10%) - *non dippers*; надмірне нічне зниження АТ – *over peakers* (> 20%). Крім того, визначали індекс часу гіпертензії з метою визначення типу гіпертензії.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що у 68,5% підлітків середній показник добового АТ (як денного і нічного систолічного та діастолічного) не виходив за межі 90 перцентилів. У 13,7 % обстежених за показниками середнього денного САТ і у 10 % дітей по середньому ДАТ значення знаходились в межах «нормально високого». У 12 % підлітків по середньому нічному САТ і у 7,3% по середньому ДАТ також знаходились в межах 90-95 перцентилів. Показник АТ вище 95 перцентилів відмічений в денний час по середньому САТ та ДАТ у 4,3% обстежених. Аналіз ДІ свідчив, що у більшості дітей (75%) виявлені нормальні показники САТ і ДАТ, тобто спостерігався фізіологічний тип добового профіля АТ (*dippers*). Недостатнє зниження нічного САТ (тип *non-dippers*) відмічений у 9,6% дітей. Індекс часу гіпертензії у більшій кількості підлітків був не в межах 25-50 %, що свідчить про наявність у них лабільної АГ.

Крім того, ізольована АГ без змін у ліпідному спектрі крові відмічена тільки у 12,5 дітей. У 35,7 % (20) дітей було діагностовано МС. Найчастіше при АГ відмічалась надлишкова маса тіла (53,6 %), підвищення ліпідів крові – у 32,1 % підлітків. Підвищення рівнів загального холестерину відмічалось у 19,6 % дітей, ліпопротеїдів низької щільності – у 8,9 %, а ліпопротеїдів високої щільності – у 19,6 %. Комбінація з двох компонентів МС (АГ з надлишком маси тіла) спостерігалась у 30,4 % (17) дітей.

Таким чином, визначена висока частота поєднання АГ з метаболічними порушеннями, що свідчить про початок формування високого кардіоваскулярного ризику у підлітків і вимагає призначення комплексного лікування дітей та підлітків з підвищеним артеріальним тиском.