

Методи дослідження. Проаналізовано результати лікування 73 новонароджених з КГ. Усім дітям проводилося комплексне обстеження, що включало огляд невролога, офтальмолога та отоларинголога. Виконувалися нейросонографія та моніторинг лабораторних показників загального аналізу крові та коагулограми.

Основні результати. Виділено три групи КГ: малі – до 5-10 мл крові (20 дітей), середні КГ – від 10 до 50 мл (47 дітей), великі КГ – більше 50 мл (6 дітей). Найбільш частою локалізацією КГ була права (38 випадків) та ліва (25 випадків) тім'яні ділянки, в 10 дітей КГ мали двобічну локалізацію. Відмічалось, що КГ безболісні, не пульсують, мають тенденцію до незначного збільшення в перший тиждень після пологів. Потім розмір КГ може поступово зменшуватись, що було характерно для малих КГ, навіть до повної резорбції (до 4-5 тижня) – 14% від загальної кількості. Пункції КГ проводились на 12-14 добу під контролем показників аналізу крові та коагулограми. Повторні пункції (22 випадки) КГ середнього та великого розміру проводились з інтервалом 2-3 дні і доповнювались місцевим застосуванням засобів з розсмоктуючим ефектом. На фоні КГ середнього та великого розміру у 9 новонароджених були виявлені лінійні переломи кісток черепа, у 3-х випадках у поєднанні із підпапоневротичним крововиливом. Діти не мали проявів тривалого перебігу жовтяничного та анемічного синдромів. У віці один рік більшість дітей (89%) мали задовільний стан, фізичний та нервово-психічний розвиток відповідав віку.

Висновок. Динаміка розвитку малих КГ дає можливість їх консервативного лікування, КГ середнього та великого розміру визначають активну хірургічну тактику з акцентом на їх пункційну аспірацію.

ЗНАЧЕННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ДІАГНОСТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Рубан Ю., Коваль Х., Терещенко О., Чепела Л., Верба К.

Науковий керівник: доцент Таняньська С.М.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) на сучасному етапі є досить поширеною патологією у дітей та підлітків. Нерідко, починаючи ще в дитячому віці, АГ швидко призводить до розвитку багатьох

ускладнень в подальшому. Тісний зв'язок підвищеного артеріального тиску (АТ) з розвитком в подальшому гіпертонічної хвороби вимагає уважного ставлення до кожного факту підвищення артеріального тиску у дитини. Підвищення АТ може бути також проявом вегетативної дисфункції у дітей, що вимагає проведення диференційної діагностики за допомогою добового моніторингу АТ (ДМАТ).

Метою даної роботи була оцінка показників ДМАТ у дітей та підлітків, у яких при не однократному вимірюванні АТ методом Короткова виявлено стійке його підвищення.

Методи дослідження. Під спостереженням знаходились 28 дітей віком 12-16 років (24 хлопчиків і 4 дівчаток). Практично половина хворих (52,8%) вказувала скарги на частий головний біль зниження працездатності, загальну слабкість. Усім обстеженим дітям проводилось ДМАТ за допомогою апарату «Ритм-2000».

При цьому оцінювали наступні параметри: середні показники систолічного АТ (САТ) і діастолічного АТ (ДАД) у денний та нічний час. Показники АТ оцінювали по центильним таблицям в залежності від віку, зросту і статі дитини: 90-95 центиля – високий нормальний АТ, більше 95 центиля становить високий АТ. Ступінь нічного зниження АТ проводили по добовому індексу (ДІ).

Основні результати. Аналіз отриманих результатів свідчив, що у 15 дітей (53,6%) середні показники добового денного та нічного САТ і ДАД не виходили за межі 90 центилів. У 21,4% обстежених за показниками середнього денного САТ та середнього ДАД значення знаходились в межах «нормального високого». У 14,3% дітей за середнім нічним САТ і у 10,7% за середнім нічним ДАД показник АТ був вищим 95 центилів, що свідчить про наявність у них високої АГ (переважно у хлопчиків).

Аналіз ДІ свідчив про нормальні або в межах «нормального високого» показники САТ і ДАД в денний час у 75% обстежених. Недостатнє зниження нічного САТ і ДАД відмічене у 7 (25%) хворих.

Висновок. Таким чином, проведений нами добовий моніторинг АТ дозволив отримати інформацію про рівень коливання АТ у дітей протягом доби і виявити у них наявність АГ, що потребує призначення адекватної медикаментозної корекції АГ.