



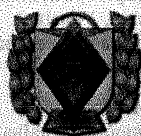
ISSN 2226-1230 (Print)
ISSN 2413-4260 (Online)

НЕОНАТОЛОГІЯ, ХІРУРГІЯ ТА ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА

NEONATOLOGY, SURGERY AND PERINATAL MEDICINE

T. VI, № 2(20), 2016





НЕОНАТОЛОГІЯ, ХІРУРГІЯ ТА ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА

Щоквартальний медичний науково-практичний журнал. Видання з 2011 р.

Свідчення про державну реєстрацію
Серія KB №18106-6906 від 2.09.2011 р.

Засновники: Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»
Всеукраїнська громадська організація «Асоціація неонатологів України»

Рішенням Атестаційної колегії Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України №893 від 04.07.2013 р. видання внесено до Переліку наукових фахових видань України, рекомендованих для публікації результатів дисертаційних робіт.

Журнал включений у наукометричні бази: Google Scholar, WorldCat.

НЕОНАТОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА медицинский научно-практический журнал

NEONATOLOGY, SURGERY AND PERINATAL MEDICINE medical scientific journal

Key title: Neonatologîâ, hîrurgîâ ta perinatal'na medicina (Online)

Abbreviated key title: Neonatol. hir. perinat. med. (Online)

ГОЛОВНІ РЕДАКТОРИ:

Знаменська Тетяна Костянтинівна – д.м.н., професор, заступник директора з перинатальної медицини ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", завідувач відділення неонатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Президент Всеукраїнської громадської організації «Асоціація неонатологів України», заслужений лікар України
Бойчук Тарас Миколайович – д.м.н., професор, ректор Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»

Заступники головного редактора:

Івашук О.І. – д.м.н., професор, проректор з наукової роботи та міжнародних відносин Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»
Годованець Ю.Д. – д.м.н., професор кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»

Наукові консультанти:

Антипкін Ю.Г. – академік НАМН України, д.м.н., професор, директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»
Резніков О.Г. – член-кореспондент НАН, академік НАМН України, д.м.н., професор, завідувач відділом ендокринології репродукції і адаптації ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
Гречанина О.Я. – член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, директор Українського інституту клінічної генетики ВДНЗ «Харківський державний медичний університет МОЗ України»
Дронова В.Л. – д.м.н., перший заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»
Шуцько Є.Є. – д.м.н., професор, завідувач кафедри неонатології НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний позаштатний неонатолог МОЗ України
Горбатюк О.М. – д.м.н., професор кафедри дитячої хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика
Задорожна Т.Д. – д.м.н., професор, завідувач лабораторії патоморфології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

Наукові редактори розділів журналу:

неонатологія – Клименко Т.М., д.м.н., професор
неонатальна хірургія – Лосєв О.О., д.м.н., професор
акушерство та гінекологія – Юзько О.М., д.м.н., професор
пренатальна діагностика – Лук'янова І.С., д.м.н., професор
педіатрія – Нечитайло Ю.М., д.м.н., професор
медична генетика – Горovenko Н.Г., член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор
клінічна фармакологія, патофізіологія – Ципкун А.Г., д.м.н., професор
патоморфологія – Давиденко І.С., д.м.н., професор
етика, деонтологія, перинатальна психологія – Чебан В.І., д.м.н., професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

НЕОНАТОЛОГІЯ:

Амбалаванан Н. (м. Бірмінгем, США)
Батман Ю.А. (м. Київ, Україна)
Дессі А. (м. Кальярі, Італія)
Добрянський Д.О. (м. Львів, Україна)
Кирилова Л.Г. (м. Київ, Україна)
Коржинський Ю.С. (м. Львів, Україна)
Куріліна Т.В. (м. Київ, Україна)
Куртяну А.М. (м. Кишинів, Республіка Молдова)
Мавропуло Т.К. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Павлишин Г.А. (м. Тернопіль, Україна)
Полін Р. (м. Нью-Йорк, США)
Покилько В.І. (м. Полтава, Україна)
Рейтерер Ф. (м. Грац, Австрія)
Терещенко А.В. (м. Київ, Україна)
Яблонов О.С. (м. Вінниця, Україна)
Ященко Ю.Б. (м. Київ, Україна)

НЕОНАТАЛЬНА ХІРУРГІЯ:

Боднар Б.М. (м. Чернівці, Україна)
Гулієв Ч.Б. (м. Баку, Азербайджан)
Давиденко В.Б. (м. Харків, Україна)
Каравасва С.О. (м. Санкт-Петербург, Росія)
Кривченко Д.Ю. (м. Київ, Україна)
Лосев О.О. (м. Одеса, Україна)
Македонський І.О. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Немілова Т.К. (м. Санкт-Петербург, Росія)
Фофанов О.Д. (м. Івано-Франківськ, Україна)

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ:

Андрієць О.А. (м. Чернівці, Україна)
Абрамян Р.А. (м. Єреван, Вірменія)
Авраменко Т.В. (м. Київ, Україна)
Венцківський Б.М. (м. Київ, Україна)
Воробйова І.І. (м. Київ, Україна)
Бойчук А.В. (м. Тернопіль, Україна)
Паращук Ю.С. (м. Харків, Україна)
Гнатко О.П. (м. Київ, Україна)
Грищенко О.В. (м. Харків, Україна)
Громова А.М. (м. Полтава, Україна)
Дубоссарська З.М. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Жук С.І. (м. Київ, Україна)
Маркін Л.Б. (м. Львів, Україна)
Назаренко Л.Г. (м. Харків, Україна)
Окоєв Г.Г. (м. Єреван, Вірменія)
Паліташвілі О.М. (м. Тбілісі, Грузія)
Пирогова В.І. (м. Львів, Україна)
Потапов В.О. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Резніченко Г.І. (м. Запоріжжя, Україна)
Сімрок В.В. (м. Луганськ, Україна)
Тихоненко І.В. (м. Мінськ, Білорусь)
Хомасурідзе А.Г. (м. Тбілісі, Грузія)
Чайка В.К. (м. Донецьк, Україна)

ПЕДІАТРІЯ:

Аряев М.Л. (м. Одеса, Україна)
Гончар М.О. (м. Харків, Україна)
Денисова М.Ф. (м. Київ, Україна)
Квашніна Л.В. (м. Київ, Україна)

Кривопустов С.П. (м. Київ, Україна)
Крючко Т.О. (м. Полтава, Україна)
Подішук М.І. (м. Чернівці, Україна)
Сенаторова Г.С. (м. Харків, Україна)
Смлян І.С. (м. Тернопіль, Україна)
Сорокман Т.В. (м. Чернівці, Україна)
Шадрін О.Г. (м. Київ, Україна)

МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА:

Арбузова С.Б. (м. Донецьк, Україна)
Веропотвелян М.П. (м. Кривий Ріг, Україна)
Галаган В.Д. (м. Київ, Україна)
Гнатейко О.З. (м. Львів, Україна)
Ластивка І.В. (м. Чернівці, Україна)
Тимченко О.І. (м. Київ, Україна)

КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ, ПАТОФІЗІОЛОГІЯ

Геліашвілі Т.С. (м. Тбілісі, Грузія)
Геруш І.В. (м. Чернівці, Україна)
Гоженко А.І. (м. Одеса, Україна)
Заморський І.І. (м. Чернівці, Україна)
Мислицький В.Ф. (м. Чернівці, Україна)
Роговий Ю.С. (м. Чернівці, Україна)
Ткачук С.С. (м. Чернівці, Україна)
Холдоровський Г.І. (м. Чернівці, Україна)

ПАТОМОРФОЛОГІЯ

Макар Б.Г. (м. Чернівці, Україна)
Марковський В.Д. (м. Харків, Україна)
Ситнікова В.О. (м. Одеса, Україна)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

НЕОНАТОЛОГІЯ:

Жданович О.І. (м. Київ, Україна)
Ковальова О.М. (м. Полтава, Україна)
Лінчевський Г.Л. (м. Донецьк, Україна)
Ліхачова А.С. (м. Харків, Україна)
Писарев А.О. (м. Київ, Україна)
Пясецька Н.М. (м. Київ, Україна)
Ріга О.О. (м. Харків, Україна)
Редько І.І. (м. Запоріжжя, Україна)
Суліма О.Г. (м. Київ, Україна)
Тіщенко В.А. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Чуйко М.М. (м. Львів, Україна)
Шевченко Л.І. (м. Київ, Україна)

НЕОНАТАЛЬНА ХІРУРГІЯ:

Гончар В.В. (м. Київ, Україна)
Коноплицький В.С. (м. Вінниця, Україна)
Ксьонз І.В. (м. Полтава, Україна)
Притула В.П. (м. Київ, Україна)
Руденко Є.О. (м. Київ, Україна)

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ:

Астахов В.М. (м. Донецьк, Україна)
Венцківська І.Б. (м. Київ, Україна)
Геряк С.М. (м. Тернопіль, Україна)
Каліновська І.В. (м. Чернівці, Україна)
Макаруч О.М. (м. Івано-Франківськ, Україна)
Тучкіна І.О. (м. Харків, Україна)
Щербина М.О. (м. Харків, Україна)

ПЕДІАТРІЯ:

Безкаравайний Б.О. (м. Луганськ, Україна)
Починок Т.В. (м. Київ, Україна)
Траверсе Г.М. (м. Полтава, Україна)

КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ, ПАТОФІЗІОЛОГІЯ

Косуба Р.Б. (м. Чернівці, Україна)
Регеда М.С. (м. Львів, Україна)

ПАТОМОРФОЛОГІЯ

Решетнікова О.С. (м. Луганськ, Україна)
Купріянова Л.С. (м. Харків, Україна)
Сорокіна І.В. (м. Харків, Україна)

*Рекомендовано Вченою радою Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»*

Протокол №8 від 28 квітня 2016 року

ВИДАВЦІ

**Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»
Всеукраїнська громадська організація «Асоціація неонатологів України»**

РЕДАКЦІЯ

Товариство з обмеженою відповідальністю «РА «Дольче Віта»,

директор Шейко Ірина Петрівна

Адреса: м. Київ, вул. Інститутська 24/7, оф. 11

код ЄДРПОУ 37905676

№ свідоцтва платника ПДВ 200007843, ІПН 379056726511

Контактний телефон: +38 (044) 3313822

e-mail: neonatologya@mail.ru

Розрахунковий рахунок 26001060743841 в КГРУ ПАТ «КБ «Приват Банк», МФО 321842

Передплатний індекс: 89773.

Адреса для листування: 58002, Чернівці, площа Театральна, 2,

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

д.м.н., професору Годованець Ю.Д.

Контактні телефони: +38(050)6189959; +38(063)3235718

E-mail: godovanets.yul@yandex.ru; neonatology@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://www.bsmu.edu.ua/>; <http://www.neonatology.com.ua>

Усі статті рецензовані. Розмноження та копіювання опублікованих матеріалів допускається лише з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

И.Н. Сафонова

ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕНАТАЛЬНЫХ
ЭХОГРАФИЧЕСКИХ МОНИТОРИНГОВ ПРИ
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ БЕРЕМЕННЫХ
В ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ
И ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО
РИСКА.....74

А.В. Семеняк, С.В. Коляндарецька, О.А. Андриєць
ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ДИСФУНКЦІЇ
ПЛАЦЕНТИ.....84

С. Жубыркэ
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ
ДЕПРЕССИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....87

МОРФОЛОГІЯ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЯ

Н.В. Косей, Т.Д. Задорожна, Г.В. Ветох
МОРФОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК
З СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ
НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ
МАЛОГО ТАЗУ.....94

ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

*И.А. Аникин, Н.А. Миренкова, Ю.К. Самара,
В.С. Лесовая, Т.В. Демьяненко, О.А. Жовниренко*
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: НЕОНАТАЛЬНЫЙ
АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ.....100

*В.І. Похилько, І.В. Ксьонз, О.М. Ковальова,
Ю.І. Чернявська, Н.С. Артёмова*
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВРОДЖЕНОГО ЗАВОРОТУ
ТОНКОЇ КИШКИ З НЕКРОЗОМ, УСКЛАДНЕНОГО
В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ СИНДРОМОМ
«КОРОТКОЇ КИШКИ».....104

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ У ПРАКТИКУ

Н.П. Кунта, М.В. Возниця, Д.В. Мальцев
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ
В/В ІМУНОГЛОБУЛІНУ (ОКТАГАМ 5%)
В ПРАКТИЦІ НЕОНАТОЛОГА.....110

НОВИНИ НАУКОВОГО ЖИТТЯ

ДУ «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА
ТА ГІНЕКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»,
ВГО «АСОЦІАЦІЯ НЕОНАТОЛОГІВ УКРАЇНИ»
МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
УКРАЇНИ «ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА»,
21 квітня 2016 року.....115

ВИМОГИ ДЛЯ ОФОРМЛЕННЯ
ТА ПОДАННЯ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ
В ЖУРНАЛІ «НЕОНАТОЛОГІЯ,
ХІРУРГІЯ ТА ПЕРИНАТАЛЬНА
МЕДИЦИНА».....135

I. Safonova

FEATURES OF ANTENATAL ULTRASONOGRAPHIC
MONITORING IN DIABETES MELLITUS
PREGNANT WOMEN IN THE DIAGNOSIS
OF DIABETIC
FETOPATHY AND DETERMINING THE DEGREE
OF PERINATAL RISK.....74

A.V.Semenyak, S.V.Koliandretska, O.A.Andriyets
PREVENTION OF COMPLICATIONS
OF PLACENTA DYSFUNCTION.....84

S.Zhubyrke
A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE IMPACT
OF DEPRESSION ON PREGNANCY AND DELIVERY
IN ADOLESCENCE.....87

MORPHOLOGY AND PATHOMORPHISM

N.V. Cossey, T.D. Zadorozhna, G.V. Vetoh
MORPHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMISTRY
FEATURES OF OVARIES FOR WOMEN WITH
POLYCYSTIC OVARY SYNDROME ON THE
BACKGROUND OF PELVIC
INFLAMMATORY DISEASE.....94

CASE STUDIES

*I.A.Anikin, N.A.Mirenkova, Yu.K.Samara, V.S.Lesovaya,
T.V.Demyanenko, O.A.Zhovnirenko*
CASE STUDY: NEONATAL ABSTINENCE
SYNDROME.....100

*V.I. Pokhilko, I.V. Ksionz, O.M. Kovaliova,
Yu.I. Cherniavska, N.S. Artiymova*
CLINICAL CASE OF CONGENITAL SMALL
INTESTINE VOLVULUS WITH NECROSIS,
POSTOPERATIVELY COMPLICATED WITH «SHORT
BOWEL» SYNDROME.....104

RECOMMENDATIONS FOR IMPLEMENTATION IN PRACTICE

N.P. Kunta, M.V. Voznitsa, D.V. Maltsev
THE EXPERIENCE OF USING THE
IMMUNOGLOBULIN (OCTAGAM 5% I/V)
IN THE NEONATOLOGY CENTER PRACTICE.....110

NEWS OF SCIENTIFIC LIFE

SI «INSTITUTE OF PEDIATRICS, OBSTETRICS
UKRAINE AND GYNECOLOGY NAMS»
NGO «ASSOCIATION OF NEONATOLOGISTS UKRAINE»
PROCEEDINGS OF THE CONFERENCE OF YOUNG
SCIENTISTS UKRAINE «PERINATAL MEDICINE»
April 21, 2016.....115

REQUIREMENTS FOR REGISTRATION TO SUBMIT
PUBLICATIONS TO THE MEDICAL SCIENTIFIC-
PRACTICAL JOURNAL «NEONATOLOGY, SURGERY
AND PERINATAL MEDICINE».....135

НОВИНИ НАУКОВОГО ЖИТТЯ

ДУ «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»,
ВГО «АСОЦІАЦІЯ НЕОНАТОЛОГІВ УКРАЇНИ»
МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ УКРАЇНИ
«ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА»,
21 квітня 2016 року

УДК: 616-006.38-071-053.2

A RARE CASE REPORT ON TUBEROUS SCLEROSIS

Elena Paladi¹, Mariana Sprincean^{1,2}

IMSP Institutul Mamei și Copilului¹

USMF „Nicolae Testemițanu”²²

(Chisinau, Republic of Moldova)

Summary. Tuberous Sclerosis (Bourneville's disease) is a genetic disorder with multisystem lesions and autosomal dominant transmission and it's caused by mutations in one of two genes TSC1 and TSC2 genes, which causes benign tumors to grow in the brain and other vital organs such as the kidney, heart, lungs, eyes and skin. It is important to make an early diagnosis of TSC so that lifelong monitoring, early recognition of complications and proactive treatment can lower the morbidity and mortality rates. We report a case of 10 year old girl in with the features of Tuberous sclerosis complex syndrome like facial angiofibromas or adenoma sebaceum, shagreen patch, epilepsy and severe mental retardation.

Introduction. Tuberous sclerosis complex (TSC) is a neurocutaneous syndrome with an autosomal dominant inheritance. Tuberous sclerosis has an approximate incidence of one in ten thousand to fifty thousand. The clinical triad of papular facial nerves, seizures and mental retardation is found in less than half of the patient. TSC is caused by mutations on either of two genes, TSC1 and TSC2, which encode for the proteins hamartin and tuberin respectively. These proteins act as tumor growth suppressors, agents that regulate cell proliferation and differentiation, characterized by the growth of numerous benign tumors in many parts of the body; including the brain, heart, lungs, eyes, kidneys, skin and other organs, leading to significant health problems like seizures, intellectual disability, autism or developmental delay. In total population the tuberous sclerosis is estimated to be between 10 and 12 cases per 100 live births.

There is no cure as such for tuberous sclerosis complex. Drug therapy for some of the manifestations of TSC is currently in the developmental stage. Prognosis of the disease depends on the severity or multiplicity of organ involvement. About a quarter of severely affected infants are thought to die before age 10 years, and 75% die before age 25 years; however, the prognosis for the individual diagnosed late in life with few cutaneous signs depends on the associated internal tumors.

Case Report. A 10 year old girl reported to Central of Reproductive Health and Medical Genetics with seizures and mental retardation, hyperactivity, aggressivity.. Mother gave a history of epilepsy since 7 year and onset was when the patient was of 2 years old. The patient is under regular treatment for the epilepsy but seizures responds poorly to antiepileptic drug. The girl was born at 39 weeks of gestational age, weighed 3400 g had 52 cm long, a cranial circumference of 34 cm and was the second child in the family. In family history was found that first child shows similar manifestations but into a milder form.

Clinical examinations of the patient revealed presence of facial angiofibromas and multiple small thick leathery skin areas that are dimpled like an orange peel and pigmented areas seen on the lumbosacral region of the spine suggestive for shagreen patch. The CT scan showed multiple subependymal calcification, approximately 1 cm in diameter. The diagnosis of Tuberous Sclerosis was established by clinical manifestations and neuroimaging investigation.

Discussion. It is not uncommon for patients with TSC to have symptoms or signs that do not lead to immediate diagnosis. In some cases, diagnosis is delayed for prolonged periods of time. Clinicians including neurologists, dermatologists, nephrologists and cardiologists should be aware of the myriad potential presenting symptoms and signs of TSC. Early diagnosis is very important for thorough clinical and radiological evaluation., continuous monitoring of symptoms, family planning, genetic counselling and reduction in morbidity and mortality rate.

The diagnostic criteria for tuberous sclerosis have been divided into major and minor features. (Table1)

Definite TSC can be made when two major or one major plus two minor features are demonstrated. Our patient has three major criteria (subependymal nodules in CT scan head, facial angiofibroma, Shagreen patch) which fit in the diagnosis of Tuberous sclerosis. She had intractable seizure needed frequent adjustment of antiepileptic drug.

Conclusion. TSC is one of the neurocutaneous syndromes inherited with variable expressivity, affecting almost all organs. The quality of life depends on the neurological manifestation like seizures and mental retardation which is improved by multidisciplinary approach and symptomatic organ specific treatment. Clinical diagnosis complementing with DNA testing allows precise genetic counseling, which is important.

УДК: 616.61-006.2-071-08-053.31

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ
З ПОЛІКІСТОЗНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

М.О. Лозюк

НМАПО ім. П.Л. Шупіка, кафедра неонатології
Зав. кафедрою – д.м.н., проф. Шунько Є.Є.,
науковий керівник – к.м.н., доц. Лакша О.Т.
(м.Київ, Україна)

Полікістозна хвороба нирок – вада ембріонального розвитку, що характеризується утворенням множинних дрібних кіст в паренхімі нирок. Збільшення кіст з часом призводить до скорочення обсягу функціонуючої паренхіми і розвитку ниркової недостатності.

Мета: обрати оптимальну тактику ведення пацієнтів з полікістозною хворобою нирок на прикладі клінічного випадку.

Матеріали та методи: клінічний випадок, історія хвороби новонародженого, джерела літератури.

Результати: За даними анамнезу дитина від 2 вагітності, що протікала на фоні вираженого багатоводдя, кістозна дисплазія на УЗД в 28 тиж. дистрес плода. Пологи 2, патологічні на 28-29 тижні гестації. Маса-1000 гр, ріст- 26 см., апгар 2/3 6. Стан при народженні тяжкий.

У пологовому будинку проведена антибактеріальна та посиндромна терапія. У віці 5 діб переведений до ВІТН КДКЛ №1. Переведений до відділення виходжування новонароджених на 22 добу життя, на самостійному диханні, на частковому парентеральному харчуванні (засвоює 20 мл суміші), з вагою 1140 (+140 гр). У відділенні проведені обстеження: НСГ (вентрикулодилатация 2 ст), УЗД ОЧП і малого тазу (ліва нирка не візуалізується, права 4.5x2.1 см, кісти 0.7x0.4 см), консультації генетика, невролога, офтальмолога, уролога, нефролога. Діагноз: Вроджена вада розвитку: агенезія лівої нирки, полікістоз правої. Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС. Ретинопатія недоношених 2 активна стадія. Рання анемія недоношених 1 ступеня. Вентрикулодилатация 2 ст. Недоношеність 28-29 тиж. ПКВ 36 тиж. За час перебування у відділенні відмічались: підвищення артеріального тиску (до 70 мм.рт.ст середній АТ), анемія, ознаки морфо-функціональної незрілості, креатинін, сечовина, діурез залишались в межах вікової норми.

Проведено лікування: антибактеріальна та посиндромна терапія, фозикард. Обрана подальша тактика: нагляд уролога, нефролога, офтальмолога, невролога; загальний аналіз сечі в динаміці 1 раз в 2-3 місяці; УЗД нирок в динаміці - в 3 міс, 6 міс, 1 рік; для підтвердження діагнозу рекомендовано проведення в/в екскреторної урографії віці 3-х місяців; фозикард з корекцією дози під контролем АТ; контроль біохімічного аналізу крові через 2 тижні; потім 1 р в місяць; консультація нефролога через 1 міс; НСГ в динаміці; огляд очного дна через 2 тижні.

На момент виписки, 50 день життя, ПКВ 36 тиж, стан стабільний, лабораторні показники в нормі, діурез, АТ, прибавка маси тіла в межах вікової норми, вигодовується ентерально.

Висновки: Артеріальна гіпертензія, анемія - проблеми, з якими зустрічається пацієнт з даною патологією в періоді новонародженості. Стан пацієнта ускладнюють супутні патології, що зумовлені морфо-функціональною незрілістю. Діагностика даної патології має проводитися антенатально, після чого приймається рішення щодо переривання вагітності. При скорегованій тактиці ведення спільно з суміжними спеціалістами можна стабілізувати стан дитини, обрати адекватну посиндромну терапію, уникнути ускладнень. Дуже важливою є нормалізація артеріального тиску (ЛЗ першого вибору є препарати, які пригнічують систему ренін-ангіотензин-альдостерон). При розвитку ХНН на тлі полікістозу нирок у дітей проводиться гемодіаліз і ставиться питання про трансплантацію нирок.

УДК: 618.3-06-07-08:616.9

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ
З ВНУТРІШНЬОУТРОБНИМ ІНФІКУВАННЯМ
ПЛОДА

О.В. Мілевський

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
Національної академії медичних наук України»,
відділення профілактики і лікування
гнійно-запальних захворювань в акушерстві,
керівник - д.мед.н., проф. Туманова Л.Є.
(м.Київ, Україна)

Хронічний запальний процес в ендометрії є однією з основних причин порушення менструальної функції, невиношування вагітності, безпліддя, невдалих спроб екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), гіперпластичних процесів ендометрію та сексуальної дисфункції. Захворюваність хронічним ендометритом, за даними різних авторів, варіює в широких межах - від 0,2 до 66,3%, становлячи в середньому 14%. Вагітність, що не розвивається, у 100% випадків супроводжується і обумовлена хронічним, переважно аутоімунним, ендометритом (FIGO, 2006).

Матеріали та методи обстеження.

Обстежено 40 вагітних з трубно-перитонеальною безплідністю в анамнезі на тлі цитомегаловірусної, герпесвірусної інфекції, асоціації бактеріальних, факультативно-анаеробних збудників, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініках ДУ «Інститут ПАГ НАМН України». Всі пацієнтки до вагітності обстежувались та лікувались з приводу запальних захворювань органів малого тазу. При гістологічному дослідженні у них був виявлений хронічний ендометрит.

20 пацієнток – (1 група) до вагітності, на етапі прегравідарної підготовки, отримували протизапальну терапію, згідно з виявлених збудників, та противірусну терапію валацикловіром. 20 пацієнток – (2 група) до вагітності не лікувались.

Результати дослідження та їх обговорення.

У 6 (30%) пацієнток першої групи були ознаки загрози переривання вагітності, тоді як у другій групі загроза переривання вагітності зустрічалась у всіх жінок. У 13 (65%) пацієнток другої групи виявлялась плацентарна дисфункція, проти першої групи, де її не було. У 2 (10%) жінок другої групи діагностувався антифосфоліпідний синдром, проти першої групи, де його було.

У 2 (10%) жінок першої групи визначався хронічний ДВЗ – синдром проти 7 (35%) у жінок другої групи.

У стаціонарі всі обстежені жінки отримували натуральний прогестерон в етилолеаті 2,5% - 1,0 в/м. під контролем гормонального статусу та УЗС – моніторингом.

Через 5 діб після початку лікування покращення стану виявлено у 23 (57,5%) вагітних: відсутність скарг на болі внизу живота, кров'яністі виділення з піхви, через 14 днів - у 39 (97,5%) обстежених жінок.

Висновки.

Своєчасне призначення противірусної терапії валацикловіром, на етапі прегравідарної підготовки, жінкам з хронічними запальними захворюваннями органів малого тазу, дозволить знизити ускладнення перебігу вагітності.

Всім вагітним, з хронічним ендометритом в анамнезі, рекомендовано призначати, з перших тижнів гестації, натуральний прогестерон в етилолеаті незалежно від клінічних проявів з метою зниження ускладнень вагітності.

УДК: 616.831.39-02:616.89-008]-053.2:159.923

О.О. Мірошников

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», відділення психоневрології по вивченню захворювань і реабілітації нервової системи новонароджених та дітей раннього віку
Науковий керівник: д.м.н., Кирилова Л.Г.
(м.Київ, Україна)

ПОЛОГІЧНІ ЗМІНИ МОЗОЛИСТОГО ТІЛА У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Мета дослідження: визначити характер змін мозолистого тіла (МТ) у дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) та порівняти отримані результати з контрольною групою. Виявлення змін МТ може потенційно бути маркером ранньої діагностики РАС або прогностичним фактором ризику розвитку РАС у дітей групи ризику.

Матеріали та методи: У дослідженні вивчалися серединні сагітальні зрізи головного мозку, отримані за допомогою магнітно-резонансної томографії при правильному укладанні. Обстеження проводилися на томографі Philips Achieva (1,5 T, 16 каналів). За допомогою програми Multivox Dicom Viever (версія 5.5) проводилося вимірювання наступних характеристик:

- 1) товщина коліна мозолистого тіла (ТКМТ) - відстань між передньою і задньою точками коліна мозолистого тіла;
- 2) товщина переднього відділу тіла мозолистого тіла (ТПВМТ) - відстань між верхньою і нижньою точками середини передньої третини тіла МТ;
- 3) товщина середнього відділу мозолистого тіла (ТСВМТ) - відстань між верхньою і нижньою точками середини середньої третини тіла МТ;
- 4) товщина заднього відділу мозолистого тіла (ТЗОМТ) - відстань між верхньою і нижньою точками середини задньої третини тіла МТ;
- 5) товщина валика мозолистого тіла (ТВМТ) - відстань між передньою і задньою точками валика мозолистого тіла;
- 6) довжина мозолистого тіла (ДМТ) - відстань між передньою і задньою точками мозолистого тіла;
- 7) загальна площа мозолистого тіла.

Всього обстежено 38 дітей віком від 1,3 до 6 років (середній вік $3,98 \pm 1,7$ р.). В основній групі знаходилося 23 дитини з РАС – 10 хлопчиків та 13 дівчат (середній вік $2,93 \pm 1,28$ р.), серед них епілептичні напади відмічались у 6 дітей, у 2 дітей – туберозний склероз, по 1 дитині мали синдроми Ретта та Корнелії де Ланге. Всі діти відповідали критеріям РАС згідно МКБ-10 та DSM-4. У контрольній групі обстежено 15 дітей – 7 хлопчиків та 8 дівчат (середній вік $5,58 \pm 1,1$ р.). Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використання комп'ютерної програми SPSS (версія 17) за допомогою t-критерію Стюдента та коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона).