

ней смертности, крайне высокой степени инвалидизации, моральному и материальному ущербу, причиняемому обществу, инсульты — одна из главных медико-социальных проблем. С учетом роста случаев геморрагического инсульта на фоне поздней геморрагической болезни у новорожденных до 217 случаев на 100 тыс. новорожденных эта проблема становится особенно актуальной.

Цель исследования — освещение тактики диагностики и хирургического лечения интракраниальных осложнений поздней геморрагической болезни новорожденных.

Материал и методы. Проведен разбор 158 случаев лечения пациентов с внутримозговыми кровоизлияниями на фоне витамин-К зависимого геморрагического синдрома, находившихся на лечении в городской детской больницы № 2 г. Астана за период с 2006 по 2014 г. В возрасте 40 ± 2 дней заболевание началось у 129 (86,6 %) пациентов. Основными клиническими симптомами явились — кровоточивость из мест инъекций — у 76 %, нарушение уровня сознания у 84 %, судороги в 47 % случаев, желтушность кожных покровов (у 76 %). Лабораторные критерии — в 85 % снижение гемоглобина ниже 70 г/л, в биохимическом анализе крови печеночные пробы повышены в 90 % случаев, повышение билирубина в 75,5 случаев, в коагулограмме — в 100 % случаев характерно снижение протромбинового индекса до 50 % и ниже, снижение уровня фибриногена. Оперировано 116 (73,4 %) больных — 64 (41,1 %) внутримозговая гематома, 31 (20,2 %) субдуральное кровоизлияние, смешанное субдурально-внутричерепное кровоизлияние — у 15 (9,5 %) пациентов, внутрижелудочковое — в 6 (3,8 %) случаях. Не оперировано 43 (26,6 %) пациента: с субарахноидальными кровоизлияниями — 34 (21,4 %) и 9 больных (5,7 %) — с небольшими по объему внутримозговыми и субдуральными кровоизлияниями.

Результаты. Летальный исход наступил у 29 детей (18,4 %), летальность после операции в 8 (5,1 %) случаях. В 43 % наблюдений при катamnестическом исследовании неврологического дефицита не обнаружено, в 32 % случаев развились минимальные неврологические расстройства и в 25 % случаев развились грубые неврологические нарушения.

Заключение. Внутричерепные кровоизлияния являются тяжелым осложнением витамин-К зависимого геморрагического синдрома у детей раннего возраста, требующим экстренной реанимационной и нейрохирургической помощи. При появлении симптоматики острой внутричерепной гипертензии у пациентов в возрасте от 1 до 2-х мес. необходимо исключить внутричерепное кровоизлияние.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кульманов Х.Б.¹, Лозовой В.М.¹, Кузьмин В.Д.¹, Асылбеков У.Е.²

¹АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

²ГККП на ПХВ «Городская детская больница № 2», г. Астана

Введение. Судорожный синдром у детей раннего возраста возникает в 70-75 процентов случаев и является наиболее распространенным заболеванием в возрастной группе до 3-х лет. Ввиду незрелости головного мозга в этот возрастной период судороги являются проявлением большого количества заболеваний, ввиду чего является актуальной выработка оптимальных алгоритмов обследования.

Цель исследования — определить место и роль различных диагностических тестов у детей, страдающих судорожным синдромом, резвившимся в первые три года жизни.

Материал и методы. Настоящая работа основана на анализе историй болезни 534 детей первых трех лет жизни с судорожным синдромом различной этиологии, находившихся на лечении в Городской детской больнице № 2 в период с 2009 до 2014 г. Проведен анализ примененных методов исследования с целью анализа их значимости и оптимизации алгоритма диагностики. Результаты. На основе проведенного анализа разработан алгоритм диагностического обследования детей раннего возраста, страдающих судорожными припадками с учетом сопутствующих нарушений и фона реаллизации приступа.

1. Основной диагностический блок состоит из шести компонентов: детального описания приступов («семиотика припадков»), неврологического обследования, лабораторных данных (общий анализ крови, определение содержания глюкозы, электролитов), офтальмологического обследования глазного дна, электроэнцефалографии и нейровизуализации (нейросонография — черепно-мозговая и транскраниальная, компьютерная и магниторезонансная томография головного мозга).

2. Дополнительный диагностический блок состоит из обследований, не являющихся обязательными, и назначение которых определяется сопутствующими припадкам нарушения неврологического и соматического статуса. Сюда относятся — биохимический анализ крови (щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, СРБ), иммуноферментный анализ крови на внутриутробные инфекции, люмбальная пункция, медико-генетическое консультирование, консультация эндокринолога и педиатра.

Заключение. Использование представленного алгоритма обследования с дифференцированным объемом диагностических мероприятий позволяет сократить время пребывания ребенка в стационаре, уменьшить число ненужных обследований и снизить экономические затраты на реабилитацию детей первых лет жизни с судорожным синдромом.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНЫМ НЕОНАТАЛЬНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА

Максимова М.Н., Струков В.И., Радченко Л.Г.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Введение. Высокая частота встречаемости рахита у детей (от 35 до 80,6%) диктует необходимость изучения D-витаминного статуса пациентов для оптимизации методов профилактики заболевания.

Цель исследования: изучить содержание 25(OH)D₃ в сыворотке крови в персонализированной группе детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом (ТНГ) в зависимости от способа специфической профилактики рахита.

Материалы и методы. В исследование включено 66 доношенных новорожденных детей, находящихся на естественном вскармливании, с ТНГ, подтвержденным результатами неонатального скрининга и исследованием сыворотки крови на содержание тиреотропного и тиреоидных гормонов. Методом последовательной рандомизации пациентов, в зависимости от предложенного способа профилактики рахита, наблюдаемые дети были выделены в подгруппы А, В, С. В подгруппе А (n=20): дети получали витамин D по 500 МЕ ежедневно с 3-4-х недель, согласно действующим рекомендациям МЗ СССР (Москва, 1990). В подгруппе В (n=22): дети также получали витамин D 500 МЕ/сутки, а матери по рекомендации эндокринолога на период лактации принимали тиреопротектор (Йодомарин 200мкг/сутки). В подгруппе С (n=24): витамин D 500 МЕ получали дети и дополнительно витамин D 400–500 МЕ/сут. получали матери в комплексе с цитратом кальция 1000 мг/сут. в течение первых 3-х месяцев и препаратом йода (Йодомарин 200 мкг/сут.). Содержание 25(OH)D₃ в крови определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа для количественного определения (АКСНТЕСТ–25OhvitaminD).

Результаты. У детей с ТНГ подгруппы А, несмотря на профилактический прием витамина D, к 3-м месяцам отмечалось снижение 25(OH)D₃ в сыворотке крови (29,2±0,33 нг/мл), что указывало на недостаток витамина D, и продолжало оставаться низким к полугоду (29,3±0,36 нг/мл, p<0,001 к подгруппам В и С). Напротив, в подгруппе С (где дополнительно витамин D получали матери в комплексе с цитратом кальция и препаратом йода) отмечена тенденция к повышению уровня 25(OH)D₃ — 37,4±0,33 нг/мл (p<0,001 к подгруппе В).

Заключение. Дополнительное использование комплекса остеотиреопротекторов у лактирующих матерей способствует коррекции недостаточности витамина D у детей с ТНГ и может повысить эффективность профилактики рахита.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРЕНАТАЛЬНО ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ГИПЕРЭХОГЕННЫМ ВНУТРИСЕРДЕЧНЫМ ФОКУСОМ (ГВФ)

Малинина Е.И., Чернышева Т.В.

ГБОУ ВПО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, г. Тюмень

Введение. Визуализация ГВФ у плода, новорожденного, ребенка грудного и раннего возраста остается

предметом дискуссий на протяжении последних 20 лет. Отсутствие четких знаний об этиологии, патогенезе, единого подхода среди различных специалистов приводит к повышенной тревожности и беспокойству матери за будущее своего ребенка, что может нанести больший вред, нежели чем сам маркер.

Цель исследования — изучить особенности антенатального периода с выделением факторов риска формирования и сохранения после рождения ГВФ.

Материалы и методы. Проанализировано течения антенатального периода 214 новорожденных с пренатально диагностированным гиперэхогенным внутрисердечным фокусом. Группа контроля составили 107 пациенток без статистически значимых межгрупповых различий по возрастным критериям, акушерско-гинекологическому анамнезу, соматическому статусу.

Результаты. Частота обнаружения ГВФ составила 3,18%. Антенатальное обнаружение ГВФ сопровождалось констатацией патологических изменений в плаценте (p<0,001). Обнаружение ГВФ не коррелировало с изменениями обязательного биохимического скрининга на врожденные аномалии (r=0,08, p=0,762) и результатами пренатального кариотипирования (r=0,125, p=0,682). Установлена взаимосвязь инфицированности ВПГ беременных с ГВФ плода с развитием минеральной дистрофии плаценты при ее гистологическом исследовании (R=0,522, p=0,025), что предполагает параллелизм развития инволютивно-дистрофических изменений в сердце плода и плаценте. Среди осложнений превалировала (p<0,01) дисфункция плаценты — 72,89%. В результате анализа взаимосвязи клинико-анамнестических и параклинических данных матерей с установлением наличия у плода ГВФ выделен статистически значимый комплекс антенатальных факторов риска формирования ГВФ: возраст беременной старше 27 лет RR (95% ДИ) = 1,8 (1,14–2,83), p=0,011, анемия легкой/средней степени тяжести RR (95% ДИ) = 1,65 (1,03–2,66), p=0,037, титр IgG к ЦМВ 1:1600 и более RR (95% ДИ) = 3,57 (1,9–6,6), p<0,001.

Заключение. ГВФ и его сочетание с другими ультразвуковыми маркерами у плода, осложненное течение беременности: анемией, гестационным пиелонефритом, дисфункцией плаценты, титром антител IgG ВПГ-1,2, ЦМВ>1:1600, значимый симптомокомплекс формирования морфофункциональных отклонений в развитии плода и ребенка с возрастанием относительного риска в 1,8 раза у матерей старше 27 лет.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ II СТЕПЕНИ

Михеева И.Г.¹, Зозуля С.А.², Кузнецова Ю.А.¹, Отман И.Н.², Яковлева А.А.¹, Верещагина Т.Г.¹.

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, г. Москва

²ФГБНУ “Научный центр психического здоровья”, г. Москва