

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

**Материалы XVIII Межрегиональной
научно-практической конференции
ГБОУ ДПО «Пензенский институт
усовершенствования врачей»
Минздрава России**

Пенза, 27 октября 2016 г.



питательных эпидемиологов, клинических микробиологов, лечащих врачей, руководителей лечебно-диагностических подразделений и администрации медицинской организации позволило добиться снижения заболеваемости ИСМП в 2015 г. по сравнению с 2013 г. на 44 %.

Заключение. Таким образом, в условиях интенсивного развития новых медицинских технологий, обеспечение безопасной медицинской помощи в многопрофильном стационаре требует обязательного учета механизма возникновения и распространения послеоперационных инфекционных осложнений и тесного сотрудничества специалистов и администрации учреждения по вопросам профилактики ИСМП. Положительная тенденция в возникновении и распространении ИСМП в областной клинической больнице позволяет утверждать, что даже в условиях крупного многопрофильного медицинского учреждения при правильно организованной работе возможно осуществление эффективной профилактики ИСМП.

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

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Введение. Несмотря на широкое использование препаратов витамина D, частота встречаемости рахита у детей раннего возраста остается высокой и колеблется от 35 до 80,6 % (Струков В. И., 2004; Баранов А. А., 2009; Рывкин А. И., 2014). Неудовлетворенность результатами профилактики рахита делают эту проблему актуальной задачей современной педиатрии и диктуют необходимость проведения дальнейших комплексных научных исследований по изучению патогенеза заболевания, D-витаминного статуса пациентов, особенностей гормональной регуляции фосфорно-кальциевого гомеостаза (Демин В. Ф., 2004; Новиков П. В., 2007; Коровина Н. А., 2008; Мальцев С. В., 2012; Захарова И. Н. с соавт., 2014; Ахмадеева Э. Н., 2015).

Одной из причин, влияющих на баланс кальция и фосфора в организме, является гипофункция щитовидной железы, гормоны которой оказывают влияние на процессы минерализации костной ткани (Долгов В. В. с соавт., 2002; Дедов И. И. с соавт., 2008). Дифференцированный подход к коррекции нарушений фосфорно-кальциевого обмена у детей, с учетом роли функциональной недостаточности щитовидной железы в патогенезе рахита, может способствовать разработке новых более эффективных мер профилактики заболевания.

Цель исследования: изучить содержание витамина D (25(OH)D₃), паратгормона (ПТГ), кальцитонина (КТ) в сыворотке крови у персонализированной группы детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом (ТНГ) в зависимости от способа специфической профилактики рахита.

Материалы и методы. В исследование включены 66 доношенных новорожденных детей с ТНГ, находящихся на естественном вскармливании, поступивших на лечение в ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова (главный врач – к.м.н. М. С. Баженов). Транзиторный неонатальный гипотиреоз подтвержден результатами неонатального скрининга (при проведении массового обследования новорожденных на наследственные заболевания согласно приказу МЗ № 185 от 2006 года) и исследованием сыворотки крови на содержание тиреотропного и тиреоидных гормонов.

Методом последовательной рандомизации пациентов, в зависимости от предложенного способа профилактики рахита, наблюдаемые дети с ТНГ, были выделены в три 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 трех месяцев и препаратом йода (Йодомарин 200 мкг/сут.).

Содержание в крови 25(OH)D₃ определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа (АКСИТЕСТ–25OhvitaminD), паратгормона, кальцитонина - методом ферментативно-усиленной хемилюминесценции на анализаторах закрытого типа Immulite 2000i. Определение гормонального профиля (ТТГ, Т4св.) в сыворотке крови осуществлялось иммунохемилюминесцентным методом с помощью набора «Алкор-Био» на аппарате «Viktor». При неонатальном скрининге новорожденных использовался набор DELFIA Neonatal hTSH kit для количественного определения человеческого ТТГ в пробах крови, методом флюоресцентного иммунного анализа.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета программ SPSS17, STATISTIKA 6. Сравнение средних значений в независимых группах проводили с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA с использованием поправки Бонферрони. Различия считали значимыми при $p < 0,017$.

Результаты исследования. В течение первого полугодия в подгруппе А, несмотря на профилактический прием витамина D, отмечено повышение средних значений ТТГ до $30,05 \pm 0,45$ пг/мл, которое значимо отличалось от показателей подгруппы В ($p = 0,002$) и С ($p < 0,001$). Превалировала тенденция к снижению содержания кальцитонина (в 6 месяцев $7,89 \pm 0,33$ пг/мл, $p < 0,001$ к подгруппам В и С). Напротив, к концу первого полугодия, в подгруппе С (на фоне дополнительного использования у матерей витамина D, цитрата кальция и препарата йода) средние значения КТ динамично нарастали до $10,83 \pm 0,35$ пг/мл, $p = 0,016$ к $9,64 \pm 0,32$ пг/мл подгруппы В).

К трехмесячному возрасту у детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом подгруппы А отмечалось снижение 25(OH)D₃ в сыворотке крови

($29,2 \pm 0,33$ нг/мл), что указывало на недостаток витамина D, и продолжало оставаться низким к полугоду ($29,3 \pm 0,36$ 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 $25(\text{ОН})\text{D}_3$ – $37,4 \pm 0,33$ нг/мл ($p < 0,001$ к подгруппе В – $33,3 \pm 0,21$ нг/мл).

Заключение. Дополнительное использование комплекса остеотиреопротекторов у лактирующих матерей способствует коррекции недостаточности витамина D и дисбаланса в кальцийрегулирующей системе у детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом и может повысить эффективность профилактики рахита.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА С РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

***М. Н. Максимова¹, В. И. Струков¹, Л. Г. Радченко¹, Р. Т. Галеева¹,
Е. О. Филина¹, В. С. Перестань¹, Т. В. Попылькова², М. И. Рамжаева²,
Н. В. Агеева²***

¹ ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

² ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза

Актуальность: Пилоростеноз – наиболее частая причина непроходимости желудка у новорожденных детей. Заболевание встречается у 1-3:1000 новорожденных детей, преимущественно у мальчиков (Красовская Т. В., Кобзева Т. Н., Белбородова Н. В. 2008).

До настоящего времени гипертрофический пилоростеноз остается актуальной проблемой в неонатологической и хирургической практике, требующей своевременной диагностики и адекватной терапии (Жиркова Ю. В., Кучеров Ю. И., 2004).

Сужение просвета привратника за счет гипертрофия мышечного слоя развивается постепенно после рождения, что приводит к нарушению эвакуации в двенадцатиперстную кишку. Типичная клиническая картина развивается на 3 – 6 недели жизни, когда появляется обильная рвота съеденной пищей, нарастающая по объему и частоте (Ю. Ф. Исаков, А. В. Гераськин, 2011).

Для подтверждения диагноза пилоростеноза используют инструментальные (фиброгастроскопия, рентгенологическое исследование) и функциональные методы исследования (УЗИ).

Цель исследования: продемонстрировать вариант раннего проявления врожденного пилоростеноза у новорожденного ребенка в возрасте 18 суток.

Пациенты и методы исследования: в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей № 2 ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова 22.01.2014 г. поступила пациентка А. 06.01.2014 г. рождения (на 16 сутки жизни) с жалобами на нарастание желтухи, рвоту, потерю веса.