

уровня 25(ОН)D общего в плазме крови не показал его достоверного увеличения по сравнению с 3 месяцами терапии –  $54,5 \pm 24,6$  нг/мл против  $53,6 \pm 19,6$  нг/мл через 6 месяцев. Прием холекальциферола в суточной дозе 2000 МЕ продолжили 7 лиц, у которых уровень 25(ОН)D общего в плазме крови увеличился достоверно ( $p=0,02$ ) только по сравнению с исходным и составил в среднем  $59,9 \pm 14,3$  нг/мл, в 100% случаев достигнув оптимального уровня.

После 3-х месяцев приема холекальциферола динамика уровня 25(ОН)D (разница между уровнем 25(ОН)D через 3 месяца и исходным его содержанием) в плазме крови лиц с АГ составила  $15,26[8,2;37,3]$  нг/мл и достоверно не различалась ( $p=0,62$ ) от группы лиц принимавших холекальциферол более 3 месяцев, составив  $18,77[-2,11;46,9]$  нг/мл. Вместе с тем установлена прямая корреляционная связь между длительностью приема холекальциферола (месяцы) и динамикой уровня 25(ОН)D в плазме крови при его приеме более 3 месяцев ( $R=0,26$ ;  $p=0,008$ ).

Таким образом, прием холекальциферола в дозе 2000 МЕ на протяжении 3 месяцев позволяет восполнить дефицит витамина Д в плазме крови у лиц с АГ в 89% случаев, недостаточность в 81% случаев и не изменяет содержание 25(ОН)D в плазме крови при его исходно оптимальном уровне.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция по применению. Методы диагностики, профилактики и дифференцированного лечения дефицита витамина Д / Э.В.Руденко, Н.С.Сердюченко, Л.И.Алехнович [и др.] // БЕЛМАПО. - Минск 2013. – 15 с.
2. Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe — recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency / P. Piudowski, E. Karczarewicz, M. Bayer [et al.] // Endokrynol Pol. – 2013. - №64. – P.319–327.

## НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Янковская Н.И.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Некротический энтероколит (НЭК) – одно из наиболее частых серьезных приобретенных воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта у недоношенных новорожденных, сопряжено с большим риском осложнений и высокой летальностью [1].

В период новорожденности НЭК встречается в 2-16% случаев в зависимости от гестационного возраста, около 80% из них приходится на недоношенных детей, причем 90% – на недоношенных с массой тела менее 1500г, поэтому НЭК называют «болезнью выживших недоношенных». У недоношенных НЭК встречается в 10-25% случаев. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, и колеблется в пределах от 28 до 54%, а после оперативных вмешательств – 60%, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также применение современных технологий выхаживания и лечения новорожденных [1, 2].

Этиология НЭК мультифакториальна. Это гетерогенное заболевание и основными его компонентами являются ишемия, причинных факторов которой в перинатальном периоде достаточно много; инфекционные причины; проблемы питания; наличие врожденной патологии [2].

Злокачественный характер НЭК и высокий показатель летальности (2-16%) объясняет приоритетность таких клинических подходов, как профилактика и ранняя диагностика. В чем и состоит актуальность данной проблемы.

Целью исследования явилось определение возможных НЭК ассоциированных факторов у недоношенных младенцев.

Методы исследования. Материалом для исследования служили истории болезни новорожденных, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных Гродненской областной детской клинической больницы за последние семь лет.

Результаты и их обсуждение. НЭК диагностирован у 16 новорожденных, что составило 0,39% от всех пролеченных в отделении патологии новорожденных за последние 7 лет. Анализ течения беременности и родов у матерей данной группы детей показал наличие таких патологических состояний, как хроническая гипоксия плода (62,5%), угроза прерывания беременности (61,3%), анемия (31,2%), острая респираторная инфекция (43,7%), инфекции мочеполового тракта (хронический аднексит, пиелонефрит, эрозия шейки матки, бактериальный кольпит) – 82,6%, упорная слабость родовых сил (37,5%), преждевременное излитие околоплодных вод (37,5%).

75% младенцев родились от I беременности, больше чем у половины – оперативное родоразрешение по экстренным показаниям. Среди заболевших НЭК новорожденных 75% было недоношенных в сроке гестации от 26 до 36 недель. Каждый третий из них экстремально недоношенный с массой тела от 880 до 980 г. Все дети родились в асфиксии различной степени тяжести, 43,7% из них нуждались в проведении искусственной вентиляции легких. Клиническая манифестация НЭК отмечена в различные возрастные периоды постнатальной жизни: у 25% младенцев в возрасте 2-х суток; у 43,7% – в 12-20 суток и у 31,3% – в возрасте старше 3-х недель (22-32 дня). У всех детей болезнь протекала на фоне внутриутробной инфекции неуточненной этиологии – пневмонии, у каждого третьего младенца инфекция носила генерализованный характер с поражением центральной нервной системы (менингоэнцефалитом). У всех пациентов диагностирована энцефалопатия новорожденного гипоксически-ишемического генеза, в 43,7% случаев с внутрижелудочковыми кровоизлияниями I-III ст. Анемия различной степени тяжести диагностирована в 100% случаев.

При анализе этиологического значения инфекционного агента в развитии НЭК в посевах биологического материала получены следующие данные: в посевах из зева более чем у половины новорожденных (57,1%) выделены *Streptococcus* гр. А.

Одинаково часто (по 28,5%), одновременно из эндотрахеальной

трубки (ЭТТ) и из зева высеян *Staphylococcus epidermidis*.

У 14,1% младенцев с НЭК выделены из зева грамотрицательные палочки семейства *Enterobacteriaceae*, в одном случае из зева выделена кишечная палочка. В 60% случаев получена идентичная флора из зева (*Streptococcus* гр. А), из ЭТТ (*Staphylococcus epidermidis*) и из брюшной полости у этих же пациентов – оба возбудителя, что подтверждает этиологический характер возникшего НЭК, осложнившегося перитонитом. У одного экстремально недоношенного ребенка НЭК развился на фоне сепсиса, вызванного *Pseudomonas aeruginosa* (получена положительная гемокультура, высеив из брюшной полости, из зева и ЭТТ).

Таким образом, наибольшая ассоциация частоты возникновения НЭК у недоношенных новорожденных с перенесенной гипоксией в антен- и интранатальном периодах, с внутриутробным инфицированием ребёнка от матерей с острой и хронической инфекционной патологией, особенно мочеполового тракта. Потенциальное этиологическое значение в развитии НЭК имеет прямая бактериальная инвазия, такими возбудителями как: *Streptococcus*, *Staphylococcus epidermidis*, реже *Pseudomonas aeruginosa*.

#### *Литература*

1. Иванов, В.В. Оперативная тактика при лечении энтероколита у новорождённых / В.В.Иванов, В.Н.Чевжик, Е.А.Черпалюк // Детская хирургия. – 2003. – № 6. – С. 25-27.
2. Линчевский, Г.Л. Некротический энтероколит новорожденных / Г.Л.Линчевский, О.К.Головко, О.В.Воробьева // Здоровье ребенка. – 2007. – № 1. – С. 18-27.

### **ОТЛИЧИЯ И ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

<sup>1</sup>Янковская Л.В., <sup>2</sup>Новогран В.И.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>ГУЗ «Городская клиническая больница №3 г. Гродно»

Выполнение эхокардиографии (ЭхоКГ) пациентам с артериальной гипертензией (АГ) служит общепризнанным методом оценки поражения миокарда, как органа мишени.

Целью настоящего исследования явилось сравнение параметров ЭхоКГ мужчин и женщин с АГ II степени с оценкой взаимосвязей выявленных изменений с антропометрическими данными и средними величинами артериального давления (АД).

Материалы и методы: Обследовано амбулаторно 86 женщин (51,7±5,8 лет) и 24 мужчины (49,9±7,9 лет) с АГ II степени. Длительность АГ составила 7,0±4,7 и 7,8±5,4 года. Измерялись рост, вес, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). На приеме измерялось офисное АД, средние величины (Св) АД за сутки, день, ночь оценивались по данным суточного мониторирования АД. ЭхоКГ выполнялась с использованием ультразвукового аппарата высокого класса GELogic P5 Premium (Корея, 2013г.) фазированным секторным датчиком с частотой 2-4 МГц в режимах М-, В-, PW, CW и цветного доплеровского картирования. Определялись следующие параметры: диаметр аорты на уровне аортального клапана и восходящего отдела (АК, мм), диаметр