

1-2-й день жизни	Группа контроля	1-я группа	2-я группа	P
ОПС кПа*с/л	847±52,5	1739±175,6	2027±153,9	2-3, 2-4 <0,001
A Гм/мин	396±25,4	99,3±9,53	105,0±5,78	2-3, 2-4 <0,001
ДНЛЖ мм рт. ст.	19,4±0,35	19,5±0,48	19,7±0,66	-

У новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела на протяжении раннего неонатального периода наблюдались достоверно низкие показатели насосной и сократительной функции сердца (УО, МОК, ИК, ОСВ, N, A), на фоне высокого сосудистого сопротивления (ОПС) при более высоких показателях наполнения левого желудочка (ДНЛЖ) по сравнению с группой контроля. Данное состояние центральной гемодинамики может свидетельствовать о наличии персистирующей легочной гипертензии новорожденных у глубоко недоношенных детей с сочетанной патологией перинатального периода [3].

Выводы:

1. У недоношенных новорожденных с сочетанной патологией перинатального периода в раннем неонатальном периоде наблюдались низкие показатели насосной и сократительной функции сердца, на фоне высокого сосудистого сопротивления и высоких значений наполнения левого желудочка по сравнению с доношенными новорожденными.

2. Показатели центральной гемодинамики свидетельствуют о значительных гемодинамических нагрузках на сердечно-сосудистую систему у недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела с сочетанной патологией перинатального периода.

Список литературы:

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2014 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2015. – 282 с.
2. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Беларусь» / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск, 2014. – 219 с.
3. Банкалари, Э. Легкие новорожденных / Э.Банкалари; под ред. Р. Полина; пер. с англ.; под ред. Д.Ю. Овсяникова. – М.: Логосфера, 2015. – 672 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Гурина Л.Н., Ляшук С.М., Коханович М.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) или врожденная гиперплазия коры надпочечников (ВГКН) – заболевания, обусловленные дефектом ферментных систем, участвующих в биосинтезе стероидных гормонов надпочечников. Частота встречаемости этого ферментативного дефекта достаточно высока и составляет в среднем 1:14000 новорожденных. Поздняя диагностика, несвоевременная и некорректная терапия приводят к тяжелым последствиям: гибели ребенка от сольтеряющих

кризов, ошибкам в выборе половой принадлежности при выраженной вирилизации наружных гениталий у девочки, нарушениям роста и полового созревания, бесплодию. Развитием ВГКН сопровождаются 7 форм ВДКН. Из них более чем в 90% случаев встречаются 4 формы – простая (вирильная), тяжелая (сольтеряющая), неклассическая (легкая, поздно начавшаяся), обусловленные генетическим дефектом фермента 21-гидроксилазы, и гипертоническая (гипертензивная), обусловленная дефектами 11 α - и 11 β -гидроксилаз. В отечественной литературе под термином ВДКН, как правило, описываются именно эти 4 формы ВГКН [1, 2, 3].

Целью исследования явился анализ результатов лечения детей с ВГКН, на состояние их здоровья, физическое развитие.

Объект и методы исследования. Было проанализировано 5 историй болезней новорожденных с ВГКН, младенцы находились на обследовании и лечении во 2-м педиатрическом отделении для новорожденных и недоношенных детей Гродненской областной детской клинической больницы в период с 2004 по 2015 годы. Для изучения дальнейшего качества жизни и физического развития данных пациентов проведен ретроспективный анализ «Историй развития ребенка» (форма № 112/у). Обследование пациентов включало оценку клинического статуса, антропометрических показателей: измерение длины, массы тела, расчет индекса массы тела. Изучена структура и характер перенесенных заболеваний.

Результаты исследования. Как показали ранее нами проведенные исследования, клинические признаки ВГКН у новорожденного ребенка проявлялись после первой недели жизни в виде срыгивания, рвоты, диареи. Наиболее частая форма ВГКН в периоде новорожденности – сольтеряющий синдром, в нашем исследовании – в 100% случаев (диагноз подтвержден молекулярно-генетически). Возможно, простой вирильный синдром ВГКН манифестирует после периода новорожденности. Одинаково часто болеют мальчики и девочки: из 5 детей было 2 мальчика и 3 девочки [4, 5].

Все дети, после выписки из стационара наблюдались у эндокринолога, с соблюдением плана диспансеризации. Получали поддерживающую терапию гидрокортизоном (ГК-терапия) с момента постановки диагноза. Возраст детей на момент проведения исследования был от 2-х лет, самому старшему ребенку исполнилось 11 лет. Анализ состояния здоровья показал, что пациенты с ВГКН не входили в группу часто и длительно болеющих детей. Из перенесенных заболеваний регистрировались: ОРИ, острые бронхиты, половина детей болело ветряной оспой.

При изучении темпов прироста массы и длины тела, определено, что дети в физическом развитии от сверстников не отставали. Ежемесячная прибавка массы тела соответствовала среднестатистическим показателям, к одному году составила $M \pm m$ 10560,0 \pm 0,989г, в дальнейшем масса тела у детей не выходила за пределы нормативных показателей. Кривая динамики длины тела у наблюдаемых пациентов на первом году жизни и в старшем возрасте не отличалась от здоровых детей, к году составила $M \pm m$ 76,5 \pm 1,3см.

На основании данных можно сделать **вывод**, что при проведении адекватной ГК-терапии отклонений в физическом развитии детей не

наблюдается, оно соответствует возрасту. На фоне проводимой терапии патология надпочечников также отсутствует, что свидетельствует об эффективности проводимого лечения.

Список литературы.

1. Дюбкова, Т.П. Врожденные и наследственные болезни у детей (причины, проявления, профилактика): учеб.-метод. пособие / Т.П. Дюбкова. – Минск, 2009. – 49 с.
2. Карева, М.А. Адреногенитальный синдром: прошлое, настоящее и будущее / М.А. Карева, Е.М. Орлова // Проблемы эндокринологии. – 2011. – Т. 57, № 1. – С. 66-70.
3. Смирнов, В.В. Врожденная дисфункция коры надпочечников у детей: этиопатогенез, клиника, лечение / В.В. Смирнов // Лечащий врач. – 2015. – № 12.
4. Гурина, Л.Н. Дебют адреногенитального синдрома / Л.Н. Гурина, С.М. Ляшук, М.М. Коханович // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. – Гродно: ГрГМУ, 2014. – С. 92-94.
5. Гурина, Л.Н. Врожденная гиперплазия коры надпочечников в периоде новорожденности / Л.Н. Гурина, С.М. Ляшук // Педиатрия. Восточная Европа. – 2014. – № 2. – С. 25-28.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ИХТИОЗОМ

*Гурина Л.Н, Ерохина И.А. *, Детинкина И.Н. **, Детинкин Д.О. ****

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

**ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»,
Минск, Беларусь

***УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер»,
Минск, Беларусь

Введение. Ихтиозы составляют группу гетерогенных заболеваний, характеризующихся чрезмерным шелушением кожи. Термин «ихтиоз» происходит от греческого «ichthy», означающего «рыба» [1, 2].

Перинатальная патология – одна из центральных проблем современной педиатрии. Важнейшей особенностью периода новорожденности является тесная связь состояния ребенка после рождения с течением внутриутробного периода. Мать и плод – организм, который необходимо рассматривать как единое целое. Особенности течения беременности оказывают влияние на развитие плода, состояние здоровья новорожденного и, в дальнейшем, на развитие ребенка [3].

Несмотря на наследственную предрасположенность врожденного ихтиоза, **целью исследования** было изучение течения беременности матерей, у детей которых диагностирован врожденный ихтиоз.

Объект и методы исследования. Проведен анализ 13 Медицинских карт стационарного пациента (форма № 003/у-07) с ихтиозом, находившихся на лечении во 2-м педиатрическом отделении для новорожденных и недоношенных детей Гродненской областной детской клинической больницы в