

разработанный способ коррекции лактационных нарушений позволяет избежать явлений гипогалактии в 75% случаев уже на 7-8 сутки послеродового периода. При оценке степени тяжести лактационных нарушений обнаружено полное отсутствие их тяжелой формы у пациенток 2 группы, в то время как в 1 группе гипогалактия 3 степени имела место в 4,3% случаев. Вместе с тем, гипогалактия 1 степени выявлена у 43,5% родильниц 1 группы, у 34,8% женщин 2 группы и у 20,8% пациенток 3 группы. Гипогалактия 2 степени диагностирована в 34,8%; 13% и 4,2% случаев в 1, 2 и 3 группах соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Разработанный способ превентивной коррекции гипогалактии у родильниц с гипотиреозом обладает высокой эффективностью, так как позволяет избежать явлений гипогалактии в 50% случаев на 4 сутки послеродового периода и в 75% случаев на 7-8 сутки послеродового периода. В результате этого грудное вскармливание продлевается, что является важной задачей современного акушерства и государственной программы демографической безопасности.

Литература

1. Чернуха, Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период: руководство / Е.А. Чернуха. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 119.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сорокопыт З.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Значительная распространенность увеличения вилочковой железы (тимомегалии) у детей, особенно в раннем возрасте, вызывает повышенный интерес к данной проблеме не только педиатров, но и других специалистов [4]. По мнению ряда авторов, увеличение вилочковой железы (ВЖ) – явление физиологическое, являющееся нормальной реакцией в период активной адаптации детского организма к новым нестерильным условиям внешнего мира, и не может быть причиной снижения адаптационных возможностей организма [3]. Некоторые авторы

считают, что тимомегалия является патологическим состоянием, при котором имеет место синдром иммунодефицита, нарушение функции нейроэндокринной системы [2]. В последнее время появилось мнение о возможном влиянии на тимус неблагоприятных факторов окружающей среды и характера вскармливания ребенка на первом году жизни [1].

Размеры и масса ВЖ непостоянны, претерпевают возрастные изменения, сильно варьируют в пределах одной и той же возрастной группы. У новорожденных детей колебания массы могут достигать от 3,2 до 20,0 г. При тимомегалии отмечается увеличение объема и массы железы с сохранением ее нормальной гистоархитектоники [3, 4].

Несмотря на большой объем накопленного материала и успехи медицины в области изучения вилочковой железы, значение синдрома увеличения вилочковой железы (СУВЖ) остается неясным. Остаются нерешенными и многие вопросы, касающиеся наблюдения за такими детьми.

Цель: оценить клинические и лабораторные показатели новорожденных детей с тимомегалией.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 38 детей с тимомегалией в возрасте от 1 суток до 1 месяца (основная группа) – 25 (66%), девочек – 13 (34%). Группу сравнения составили 40 здоровых новорожденных детей. Большинство обследованных детей основной группы – 30 (79%) были из Гродно, остальные 8 (21%) – из Гродненской области. Недоношенными родились 6 (16%) детей.

Результаты и их обсуждение. Масса тела (г) при рождении у детей первой группы колебалась от 1800,0 до 4170,0 ($3105,41 \pm 92,92$), длина тела (см) от 43,0 до 58,0 ($51,03 \pm 0,52$). Основными диагнозами, по поводу которых госпитализированы дети из основной группы, были: врожденные пороки сердца (ДМПП, ДМЖП) 13 (34%), врожденная пневмония 8 (21%), врожденная инфекция без дополнительного уточнения 6 (16%), респираторный дистресс-синдром детского типа 7 (18%), сепсис 4 (10%). Из сопутствующей патологии наиболее часто диагностированы: энцефалопатия 18 (47%), анемия легкой степени тяжести 13 (34%), неонатальная желтуха 18 (47%) детей.

При сравнении лабораторных показателей оказалось, что у детей основной группы были достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в группе сравнения, эритроциты ($4,12 \pm 0,07 \cdot 10^{12}/л$ и $4,68 \pm 0,09 \cdot 10^{12}/л$), гемоглобин ($118,68 \pm 1,59$ г/л и $164,16 \pm 4,34$ г/л), лейкоциты ($10,44 \pm 0,52 \cdot 10^9/л$ и $14,82 \pm 0,76 \cdot 10^9/л$), сегментоядерные нейтрофилы ($24,32 \pm 2,38\%$ и $46,0 \pm 2,99\%$), и выше ($p < 0,001$) лимфоциты ($62,38 \pm 2,34\%$ и $40,34 \pm 3,01\%$), СОЭ ($10,83 \pm 1,09$ мм/ч и $3,63 \pm 0,99$ мм/ч). Дети из I группы имели достоверно более высокие показатели в сыворотке крови натрия ($137,15 \pm 2,46$ и $135,69 \pm 2,43$ ммоль/л, $p < 0,05$), билирубина общего ($114,24 \pm 13,48$ и $48,89 \pm 16,18$ мкмоль/л, $p < 0,01$), АсАТ ($53,96 \pm 5,27$ и $39,22 \pm 2,41$ МЕ/л, $p < 0,05$), и ниже глюкозы ($4,74 \pm 0,85$ и $6,93 \pm 0,63$ ммоль/л, $p < 0,01$) и АлАТ ($27,17 \pm 3,40$ и $35,44 \pm 1,78$ МЕ/л, $p < 0,05$).

Выводы. 1. Увеличение вилочковой железы достаточно часто диагностировано у новорожденных детей с пневмониями, анемиями, врожденной инфекцией, врожденными пороками сердца, неонатальной желтухой.

2. Новорожденные дети с тимомегалией имели более высокие показатели в сыворотке крови натрия, билирубина, аспартатаминотрансферазы и ниже – глюкозы и аланинаминотрансферазы по сравнению со здоровыми пациентами аналогичного возраста.

3. Увеличенная вилочковая железа чаще встречалась у новорожденных мальчиков.

4. В связи с вышеизложенным такие дети требуют наибольшего внимания при диспансерном наблюдении не только со стороны педиатра, но и иммунолога, пульмонолога, гематолога.

Литература

1. Артеменко, К.А. Динамика развития и инволюции вилочковой железы у детей Белгородской области, проживающих в районах с различной экологической ситуацией: автореф. дис. ... докт. мед. наук: / К.А. Артеменко. – Курск, 2004. – 150 с.

2. Ваганов, П.Д. Особенности метаболизма у детей с синдромом увеличения вилочковой железы / П.Д. Ваганов // Педиатрия. – 2000. – № 6. – С. 15 – 20.

3. Ерофеева, Л.М. Морфология тимуса человека в детские возрастные периоды / Л.М. Ерофеева // Успехи современного естествознания. – 2003. – №8. – С. 93.

4. Шабалов, Н.П. Диатезы и аномалии конституции как педиатрическая проблема / Н.П. Шабалов // Педиатрия. – 2005. – №5. – С. 72-76.