

физиологии организма новорожденного ребенка, его адаптационно-приспособительных механизмов к условиям внеутробной жизни.

Цели исследования: установить особенности использования препарата «Амиодарон» в качестве антиаритмической терапии у новорождённых с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией.

Материалы и методы: проведён анализ 10 историй болезни новорождённых с пароксизмальной тахикардией, находившихся на лечении и обследовании во 2-м отделении учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница», в период с 2008–2018 гг.

Результаты. Пароксизмальная тахикардия была диагностирована у 10 новорождённых [1, 2]. В качестве антиаритмической терапии детям назначался «Амиодарон» в дозе 5 мг/кг внутривенно за 30 мин. У всех детей приступ благополучно купирован в течение 30 минут по результатам ЭКГ. С целью удержания синусового ритма начато титрование препарата в поддерживающей дозе 15 мкг/кг/мин, с постепенным её снижением на 2,5 мкг/кг/мин за 6–12 часов в течение 3-х суток до 5 мкг/кг/мин под контролем ЭКГ. На фоне проводимой терапии у 2 детей зарегистрирована брадикардия, в результате проведена отмена «Амиодарона». Через 3 часа после отмены был диагностирован рецидив аритмии. У остальных детей нежелательных изменений на фоне приёма препарата не отмечалось. Терапию продолжили в виде энтерального приёма «Амиодарона» в суточной дозе от 7 до 3 мг/кг в два приема. Поддерживающую дозу «Амиодарона» подбирали по интервалу QT. При удлинении интервала QT дозу препарата уменьшали, минимальная поддерживающая доза составила 3 мг/кг/сутки.

Выводы. «Амиодарон» является эффективным препаратом для купирования приступа пароксизмальной наджелудочковой тахикардии у новорожденных и поддержания синусового ритма. Резкая отмена препарата приводит к повторному приступу пароксизмальной тахикардии. Показателем адекватно подобранной антиаритмической терапии является интервал QT на ЭКГ. Удлинение данного интервала может привести к остановке сердца.

Литература

1. Бурак, Е.А. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия у новорожденных / Е.А. Бурак, Л.Н. Гурина, И.А. Ерохина // Материалы научно-практической краевой конференции с международным участием, посвященной 95-летию Городской детской клинической больницы № 3. Пермь, 2018. С. 38–42.
2. Гурина, Л.Н. Клинические проявления пароксизмальной тахикардии у новорожденных / Л.Н. Гурина, Е.А. Бурак // Всероссийский конгресс Боткинские чтения, сборник тезисов. СПб., 2018. С. 108–109.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЦНС У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Валиева Э.М., Голицына Л.С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Мельникова Л.Н.

Кафедра госпитальной педиатрии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования. Перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС) являются серьезной проблемой для здравоохранения [1]. Данная патология является одной из основных причин инвалидизации и смертности среди новорождённых детей [3]. Особенно это актуально для недоношенных детей [2].

Цели исследования: выявление и анализ нозологических форм патологии ЦНС у недоношенных новорожденных детей.

Материалы и методы: нами была разработана анкета и проанализировано 32 истории болезни недоношенных новорожденных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г и проходивших лечение на отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных (ОПН) ЛОГБУЗ «ДКБ» в 2017–2018 гг.

Результаты. В структуре перинатальной патологии ЦНС, среди проанализированных нами историй болезни недоношенных новорожденных, первое место занимает гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Преимущественно оно проявляется в виде внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) различной степени, что было отмечено у 20 детей (62,5%). Изолированная церебральная ишемия выявлена у 8 детей (25%), в сочетании с другой патологией — у 24 детей (75%). Осложнением церебральной ишемии является перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ), которая была отмечена у 13 детей (40,63%). Среди детей с данным осложнением у 8 из них (61,54%) наблюдалась бескистозная форма, и у 5 (38,46%) — кистозная. Оперативное лечение в виде шунтирования (субгалеального дренирования), как следствие ВЖК, было проведено 1 ребенку (3,12%).

Выводы. В структуре перинатальной патологии ЦНС у изученных нами недоношенных новорожденных детей превалирует гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Наиболее частым его проявлением являются ВЖК различной степени. При этом отмечено, что встречаемость изолированной церебральной ишемии меньше.

Литература

1. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебн. пособие: В 2 т. / Н.П. Шабалов. Т 1. 3-е изд., испр. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 608 с.: илл.;
2. Неонатология. Национальное руководство / Под редакцией Н.Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 848 с.;
3. Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии / Под редакцией Д.О. Иванова. СПб.: Информ-Навигатор, 2016. 664 с.

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АЛОПЕЦИЕЙ

Варга Р., Щетинина О.В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Паршина Н.В.

Кафедра факультетской педиатрии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования. В патогенезе и этиологии алопеции имеют значение многие экзогенные и эндогенные причины [1]. Некоторые исследования указывают на патологию щитовидной железы [2]. Данный вопрос остается мало изученным у детей.

Цели исследования: изучить особенности тиреоидного статуса у детей с алопецией. Изучить особенности тиреоидного статуса у детей с алопецией.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры факультетской педиатрии СПбГПМУ. Проанализировано 88 историй болезней детей с алопецией, находившихся в кожно-венерологическом отделении СПбГПМУ. В исследовании учитывали: уровень гормонов и данные УЗИ щитовидной железы, уровень микроэлементов в крови.

Результаты. Из обследованных детей 3–17 летнего возраста с алопецией у 8 детей (9%) эндокринологом был диагностирован аутоиммунный тиреоидит, у 2 детей (2%) с гипотиреозом и у 2 с латентным гипотиреозом. Кроме того, у 5 детей (6%) были обнаружены структурные изменения по данным УЗИ щитовидной железы (макрофолликулы, диффузная гиперплазия), у 9% (8 детей) были обнаружены изолированное повышение антител к ТГ или антител к ТПО. Также у детей с алопецией были выявлены заболевания ЖКТ: целиакия у 2 детей, лямблиоз кишечника у 4, хронический гастродуоденит у 13, ЖКБ у 1, реактивный панкреатит у 1; атопический дерматит у 12; железо-дефицитная анемия у 2. Уровень сывороточного железа в крови был изменен у 28% детей (у 2 детей увеличен, у 23 снижен), магний увеличен у 13 детей, снижен у 3, фосфор увеличен у 8. Тотальный тип алопеции был у 27,3% детей, очаговый у 64,7%, субтотальный у 8%.

Выводы. 1. Патология щитовидной железы имеет значительную распространенность у больных алопецией (27%) детского возраста.

2. Другими предрасполагающими причинами алопеции являлись: патология со стороны ЖКТ (31,8%), дефицит железа (27%), атопический дерматит (13,6%).