

процедуры. Эффективность оценивали по степени выраженности психотических расстройств и двигательного возбуждения по бально. 0 баллов симптомы отсутствуют, 2-симптомы выражены, 1- симптомы стёрты, всё кроме 0 и 2. (Бокий И.В.,1976).

Все пациенты поступали в тяжёлом состоянии, в стандартную терапию включали детоксикацию с коррекцией электролитного и кислотно-щелочного баланса, энтеросорбцию с применением дюфолака (исключение сахарный диабет). Витаминотерапию, седативные препараты, нейропротекторы. Сеанс УФОК проводили на трети сутки при неэффективности предшествующей терапии. УФОК проводили ежедневно три сеанса на аппарате «Изольда» с использованием кварцевой лампы «ДРБ 8-1» мощностью 8 Вт. Применяли спектр длинны волны 200-280 нм.

Результаты и обсуждение: Из 30 исследуемых пациентов эффективность после 1 сеанса УФОК 0 баллов - 7 пациентов, 1 балл -15 пациентов, 8 без эффекта. После 2 сеанса УФОК 0 баллов -21 пациент, 1 балл-8 пациентов. После 3 сеанса 0- 28 пациентов. 1 балл- 2 пациента. Двум пациентам количество УФОК продлено до 5 сеансов с хорошим эффектом 0 баллов.

Выводы: Ультрафиолетовое облучение крови высокоэффективный метод эфферентной терапии при остром алкогольном абстинентном синдроме, метод для более быстрого купирования психопатологических проявлений и при неэффективности стандартной терапии. УФОК позволяет минимизировать затраты на длительное лечение пациентов данной категории.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ

Другова Т.Н.

Павлодарский областной Перинатальный центр, г. Павлодар

По данным ВОЗ в странах, где проводится неонатальный скрининг наследственных заболеваний у новорожденных, значительно снизилось количество осложнений и инвалидизации детей раннего возраста от этих заболеваний. В данной статье приводится анализ выявления врожденного гипотиреоза у новорожденных при проведении неонатального скрининга на примере новорожденных, прошедших лечение в Павлодарском областном Перинатальном центре.

Введение: Врожденный гипотиреоз (ВГ) – заболевание, обусловленное полным отсутствием или снижением функции щитовидной железы, вследствие аплазии или гипоплазии щитовидной железы. Стойкая недостаточность тиреоидных гормонов, возникшая внутриутробно, приводит к нарушению дифференцировки мозга и периферической нервной системы: уменьшению

количества нейронов, недоразвитию некоторых отделов мозга, чаще мозжечка, зрительных и слуховых анализаторов, нарушению миелинизации нервных волокон. Эти изменения почти необратимы при позднем (после 3-4-недельного возраста) начала адекватной заместительной терапии. После рождения эти изменения нарастают и приводят к формированию задержки роста и дифференцировки скелета, нарушению психомоторного развития.

По данным российских авторов врожденный гипотиреоз встречается с частотой от 1:1700 до 1:5500 новорожденных. Девочки болеют в 2 раза чаще, чем мальчики.

Материалы и методы исследований: Изучена частота и клинические проявления ВГ среди новорожденных в отделениях Перинатального центра за 3 года: 2008, 2009 и 2010гг. За 2008-2010 г. было пролечено 5 новорожденных с ВГ. Лечение проводилось

совместно с эндокринологом. Диагностика проходила в 3 этапа. I этап - неонатальный скрининг выявляет маркер заболевания, II этап – повторный скрининг, дополнительно проводится обследование на содержание ТТГ, Т3, Т4, III этап- УЗИ щитовидной железы, нейросонография, УЗИ сердца, ЭКГ.

Неонатальный скрининг — это массовое обследование новорожденных детей на наследственные заболевания, которое проводится в родильных домах.

Неонатальный скрининг позволяет обеспечить раннее выявление наследственных заболеваний и их своевременное лечение, остановить развитие тяжелых проявлений заболеваний, ведущих к инвалидизации.

В Республике Казахстан неонатальный скрининг начал проводиться сравнительно недавно - с 2007 года. У каждого новорожденного берется капля крови из пяточки на специальный тест-бланк, который направляется в медико-генетическую консультацию для проведения исследования. У доношенных детей кровь берется на 4-5 день жизни, у недоношенных на 7-14 день жизни.

До начала эры скрининга по врожденному гипотиреозу диагноз ставился на основании клинико-анамнестических данных, чем и объяснялось достаточно позднее начало заместительной терапии.

Типичная клиническая картина ВГ у новорожденных, детей первого месяца жизни, когда крайне важно поставить диагноз, наблюдается всего в 10–15% случаев. Были выявлены наиболее типичными признаками заболевания в ранний постнатальный период: рождение детей от переношенной беременности в срок более 40 нед (в 80% случаев), большая масса тела при рождении более 3500 г (100% случаев); отечное лицо, губы, веки, полуоткрытый рот с широким, «распластанным» языком (в 40% случаев); локализованные отеки в виде плотных «подушечек» в надключичных ямках, тыльных поверхностях кистей, стоп (в 20% случаев); позднее отхождение пупочного канатика (в 80% случаев), плохая эпителизация пупочной ранки (в 40% случаев); затянувшаяся желтуха (в 100% случаев). Все эти признаки появлялись

постепенно, не все сразу. Стертая картина ВГ может быть обусловлена грудным вскармливанием, поскольку грудное молоко содержит довольно значительное, но недостаточное количество для полной компенсации количество тиреоидных гормонов.

Все новорожденные находились на грудном вскармливании.

Результаты и обсуждения: Наблюдение за детьми с ВГ осуществлялось совместно с эндокринологом, невропатологом. Следует отметить, что уже на 2-й недели приема препарата L-тироксина отмечалось уменьшение отечности лица, купировался желтушный синдром, происходила эпителизация пупочной ранки, улучшался эмоциональный фон ребенка. Контрольные заборы крови проводятся через 2 нед после начала лечения. Дозировка L-тироксина подбирается индивидуально, с учетом клинических и лабораторных данных.

Лечение в большинстве стран начинают не позднее первого месяца жизни, в среднем на 2-й нед, например, в Германии лечение начинают на 8–9-й день жизни, в Великобритании — на 11–15-й день. В наше отделение дети поступили к концу 1-го месяца, в возрасте 20-25 дней уже с назначенной дозой препарата эндокринологом.

Всю суточную дозу детям давали утром за 30 мин до утреннего кормления, в растолченном виде. Начальная дозировка L-тироксина составляет 12,5–25–50 мкг/сут.

Случай из практики: Пациент поступил в отделение в декабре 2009 года в возрасте 24 дней по направлению эндокринолога с Дз-ом: Врожденный гипотиреоз. Ребенок родился в Перинатальном центре от повторной переношенной беременности, в родах отмечалась затянувшаяся латентная фаза. Родился без асфиксии. Выписан домой на 4-е сутки жизни, на грудном вскармливании. Дома отмечается желтушность кожи, которая в динамике нарастает, «распластанный» живот, пупочная грыжа. На 20-е сутки получен результат скрининга, который выявил маркер врожденного гипотиреоза. После проведения дополнительных исследований ребенок направлен в Отделение патологии новорожденных. На УЗИ щитовидной железы - объем железы составляет 23%. ТТГ больше

120 мМЕ/л. Ребенок постоянно получает L-тироксин. Ежеквартально сдают анализы на ТТГ, Т3, Т4. Психомоторное развитие соответствует возрасту. В апреле 2011 года ребенок находился на обследовании в ННЦМид г. Астаны. Выставлен Диагноз: Врожденный гипотиреоз, компенсированная форма. Психофизическое развитие ребенка соответствует возрасту.

Заключение: Главное, в лечении гипотиреоза – не упустить время! Вот почему обследование проводится в первые дни жизни. Это поможет избежать развития тяжелых осложнений: карликовость, слепота, умственная отсталость. Коварство этого заболевания в том, что он долго может не проявлять себя и не может быть обнаружен традиционными методами. Однако проведение неонатального скрининга позволяет выявить опасное заболевание в первые дни жизни и начать лечение.

Таким образом, ранняя диагностика и

своевременно начатое лечение врожденного гипотиреоза существенно снижает риск тяжелых осложнений и улучшает качество жизни детей.

Литература:

1. Шабалов Н.П., Неонатология в 2-х томах. Москва, 2004г.
2. Приказ № 336 «О внедрении эффективных технологий по перинатальному уходу в практику родовспомогательных учреждений» Астана, 2006 г.
3. Руководство по грудному вскармливанию. ВОЗ, 1993 год.
4. Приказ МЗ РК от 28 марта 2006 года № 140 «О скрининговой программе дородовой диагностики и профилактики врожденных и наследственных заболеваний у детей»
5. Приказ МЗ РК от 7 марта 2008 года № 124 «Об утверждении Правил проведения генетического скрининга беременных и новорожденных»

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЭРБ ПРЕПАРАТОМ ЛАНСОБЕЛ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Евграшина О.В., Айтхожина Б.А.

КГКП «Поликлиника №5», КГКП «Поликлиника №1», Павлодар

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - это рецидивирующее заболевание с нарушением эвакуации пищи из желудка и характеризуется спонтанным или регулярно повторяющимся ретроградным забросом содержимого из желудка в пищевод и приводит к повреждению его дистального отдела и развитием в нем эрозивно - язвенных катаральных явлений н/з пищевода. Диагноз ГЭРБ можно установить с высокой вероятностью и достоверностью уже по данным расспроса больного: на основании наличия характерного симптома – изжоги, чаще ночью во время сна.

К рефлюкс-эзофагиту могут приводить несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера, скользящая грыжа пищеводного

отверстия диафрагмы, пилородуоденальный стеноз, последствия хирургических вмешательств на пищеводе и кардии, ваготомия, увеличение интраабдоминального давления (подъем тяжестей, ожирение, беременность, запор, асцит, бронхиальная астма, кисты брюшной полости).

Установлено, что 10 – 20% населения страдают ГЭРБ. Заболеваемость ГЭРБ оценивается как 5 новых случаев в год на 10000 населения (P.J. Kahrillas, 2005). В России от частой изжоги страдают 10 % мужчин и 15% женщин (С.А. Курилович, О.В. Решетников, 2000 г.)

Цель исследования: оценить эффективность препарата лансобела в лечении пациентов с ГЭРБ.