

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

**Материалы XVIII Межрегиональной
научно-практической конференции
ГБОУ ДПО «Пензенский институт
усовершенствования врачей»
Минздрава России**

Пенза, 27 октября 2016 г.



Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования «Пензенский
институт усовершенствования врачей» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Электронное издание

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

*Материалы XVIII Межрегиональной научно-
практической конференции ГБОУ ДПО «Пензенский
институт усовершенствования врачей» Минздрава
России*

Пенза, 27 октября 2016 г.

Пенза

Издательство ПГУ

2016

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАХИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Л. Г. Радченко^{1,2}, В. И. Струков^{1,2}, М. Н. Максимова¹, И. А. Прокофьев³, Г. П. Дерябина⁴, Л. В. Камардина⁴, И. К. Немолёва³, Е. М. Яшина³

1ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза 2ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Медицинский институт, г. Пенза 3ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза, 4ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная детская больница», г. Кузнецк

Рахит у недоношенных остается актуальной и противоречивой проблемой современной педиатрии, являясь одним из частых заболеваний, связанных с нарушением метаболизма кальция и фосфора. В настоящее время продолжается дискуссия о том, является рахит заболеванием, синдромом или вариантом остеопении. (Демин В. Ф., 2006; Студеникин В. М., 2009; Почкайло А. С., 2014). Материнский организм накапливает кальций, начиная с 15–16 недели беременности. По мере увеличения гестационного возраста, содержание кальция в костях матери увеличивается. Начиная с 30 недели накопленный электролит начинает передаваться плоду, потребность которого в нем резко возрастает в связи с ростом скелета и его минерализацией. Ряд авторов считает, что этот процесс начинается раньше, на 8–16 неделе внутриутробного развития (Коровина Н. А., Чебуркин А. В., 2007;). Тяжелые формы рахита действительно стали редкими, в то время как легкие и среднетяжелые формы, в том числе рентгенологически проявляемые, еще распространены, встречаясь у 35–65 % детей первого года жизни (Струков В. И., 2009).

Не вызывает сомнений, что младенческий рахит является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой. Перенесенный в раннем детстве рахит и связанное с ним нарушение накопления пиковой костной массы может предрасполагать к развитию остеопороза в последующем. Вследствие нарушения абсорбции кальция, фосфора, магния развивается мышечная гипотония, вегетативные дисфункции, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. Выявляемые при рахите иммунологические нарушения предрасполагают к частым инфекционным заболеваниям, нарушая качество жизни ребенка (Струков В. И., 2011; Захарова И. Н., 2009).

В последние годы появились новые данные о физиологической роли витамина D и его активных форм, что очень важно для его рационального использования особенно у детей, родившихся преждевременно, с целью профилактики лечения рахита. В соответствии с современной концепцией

витамин D является чрезвычайно активным соединением, его эффекты опосредуются специфическими ядерными рецепторами, передающими сигналы на генный аппарат клеток и активирующие гены, контролирующие синтез функциональных транс-портных белков для ионов Са и др. (Рооз О., Генцель-Боровичени О., Прокитте Г., 2011)

Частота рахита у недоношенных детей колеблется от 15 до 70 %, а среди новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) он выявляется в 100 % наблюдений. Частота встречаемости рахита у недоношенных детей с массой тела менее 1500 г. – 40 %, с массой тела менее 800 г. – 70 % (Мальцев С. В., Шакирова Э. М., Архипова Н. Н., 2012).

Цель исследования: изучить особенности течения рахита у недоношенных детей первого года жизни.

Задачи исследования: анализ клинических проявлений рахитического процесса у недоношенных детей первого года жизни.

Материал и методы исследования: на базе ГБУЗ ПОДКП им. Н. Ф. Филатова и Кузнецкой межрайонной детской больницы обследовано 96 недоношенных детей первого года жизни с проявлениями рахита.

Наблюдаемые дети были выделены в три равноценные группы:

- I группа – 48 ребенок, условно здоровые, с I ст. недоношенности;
- II группа – 33 ребёнка первого года жизни со II ст. недоношенности;
- III группа – 15 недоношенных ребёнка с III ст. недоношенности.

Характеристика сравниваемых групп была приблизительно одинакова. Срок гестации, наблюдаемых детей колебался от 30 до 37 недель. Мальчики были представлены в 44 %, девочки – 56 %. Возраст матерей, наблюдаемых детей, составил 18–38 лет. Из них первородящие составили 49 человек (52 %), по-вторнородящие – 47 женщина (48 %). Отягощенный акушерский анамнез (ток-сикоз, гестоз, угроза прерывания, урогенитальная патология) отмечался более чем у 71 % матерей исследуемых детей.

Обследование детей включало в себя: оценку психомоторного развития (активность безусловных рефлексов, эмоциональный статус, мышечный тонус), клинических проявлений, степени тяжести рахита, лабораторного и инструмен-тального исследования.

Результаты исследования: анализ клинических наблюдений показал зависимость клинических проявлений рахита и степени его тяжести, у наблюдаемых детей первого года жизни, от степени тяжести недоношенности.

Потливость, как один из ранних вегетативных признаков рахита, выявлялась с 3–4-х недельного возраста, имела тенденцию к нарастанию и

определялась в течение первых месяцев жизни у 36 человек I группы, что составило 75 ± 6 % и у 17 (51 ± 7 %) детей II группы. У недоношенных детей III группы данный признак отмечался у 13 % детей (вероятно, за счёт незрелости потовых желёз) и был не достоверен, при сравнении с детьми I и II групп.

На фоне приёма профилактической дозы Vit D трофические изменения, облысение затылка и височных областей, отмечалось у 13 ($86,4 \pm 5$ %) детей III группы, 23 детей ($72,4 \pm 3$ %) во II группе. В I группе облысение затылка и височных областей выявлено у 31 ($64,5 \pm 3$ %) из 48 детей.

Симптомы пониженной нервно-рефлекторной возбудимости статистически значимо чаще отмечались на первом месяце жизни у 38 ± 6 % детей III группы. При сравнении III группы со II, где частота данного признака составила 21 ± 5 %, и с контрольной (12 ± 6 %) симптом пониженной нервно-рефлекторной возбудимости был достоверен ($p < 0,05$). Торпидное течение симптома пониженной нервно-рефлекторной возбудимости у детей III группы, отмечалось вплоть до 1 года жизни в 31 ± 7 % случаев, против 22 ± 6 % у детей II группы.

Нарушения моторно-статического развития к году с большей частотой определялось у детей III группы – 33 ± 7 %, в то время как во II – отмечалось лишь у 14 ± 5 % ($p < 0,05$).

Биохимические показатели характеризовались более выраженной гипокальциемией и гипофосфатемией у детей II и III группы.

Анализ результатов исследования показал, что более выраженные проявления рахита отмечались у детей со II и III степенью недоношенности. Они характеризовались прогрессирующим острым течением, нарастающей активно-стью рахитического процесса с пиком заболеваемости у детей первого полугодия и преобладанием средней степени тяжести во втором полугодии жизни.

Выводы:

- потливость, как один из ранних вегетативных признаков рахита, выявлялась с 2,5–3-х недельного возраста, с достоверной частотой более длительно сохранялась у детей со II и III степенью недоношенности;
- нарушения моторно-статического развития к году с большей частотой определялось у детей III группы;

– гипокальциемия и гипофосфатемия у детей II и III группы, сохранялась более длительно, по сравнению с детьми I группы;

– несмотря на проводимую профилактику рахита, последний развивался в 100 % у детей III группы.