

Согласно решению очередного консилиума, решено продолжить лечение, указанное выше, однако к лечению прибавить диалакт.

Перед выпиской пациенту было выполнено очередное МРТ: Заключение: МР-картина больше в пользу тромбоза сигмовидного, поперечного синусов справа, внутренней яремной вены справа. При сравнении с предыдущими данными динамика положительная.

Выписан с улучшениями и рекомендациями по дальнейшему лечению с условием повторной госпитализации для контроля лечения через 10 дней.

Выводы

1. Вероятнее всего, тромбоз возник в связи с тяжелым течением основного заболевания, так как генетический паспорт опровергает теорию о наследственной предрасположенности.

2. Профессионализм лечащих врачей, адекватно примененная антибактериальная терапия, наряду с антикоагулянтной терапией и интенсивной терапией в отделении, позволили достичь улучшения состояния пациента в довольно короткие сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тромбозы церебральных венозных синусов / М. В. Глебов [и др.] // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. — 2011. — № 5(1). — С. 4–10.

УДК 616.831-053.31

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Таланова Е. Г., Каземи Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Энцефалопатия новорожденных чаще обусловлена гипоксией и может приводить к двигательным нарушениям, расстройствам психического развития и другим видам церебральной недостаточности.

Цель

Изучить причины и клинические проявления энцефалопатии у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования

Было проанализировано 30 карт стационарного пациента. Дети находились на стационарном лечении в отделении новорожденных с патологией центральной нервной системы с диагнозом энцефалопатия новорожденного с сентября по октябрь 2018 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Все обследуемые дети были в возрасте до 1 месяца. Девочек и мальчиков было поровну — по 15 (50 %). Родители 23 (76,7 %) детей проживают в городе, 7 (23,3 %) — сельские жители. Все дети были переведены из родильного дома в отделение новорожденных с диагнозом энцефалопатия новорожденных токсико-гипоксического генеза. У половины детей 15 (50 %) ведущим в клинике являлся гипертензионный синдром. У 14 (46,6 %) отмечался синдром угнетения ЦНС. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями явились: открытое овальное окно — у 14 (46,6 %) детей, неонатальная желтуха — у 6 (20 %), врожденная пневмония — у 4 (13,3 %), кефалогематома — у 4 (13,3 %), врожденный порок сердца — у 5 (16,6 %) детей, острый ринит — у 4 (13,3 %), внутриутробная инфекция — у 3 (10,1 %).

Большинство — 28 (93,3 %) детей родились доношенными. Однако, 5 (16,6 %) детей были маловесными к сроку рождения. Возраст матерей был от 18 до 41 года.

Только у 2 (6,7 %) мам беременность протекала без патологии.

Наиболее частыми заболеваниями у беременных явились: анемия легкой степени — у 13 (43,3 %) мам, кольпит — у 10 (33,3 %), эрозия шейки матки — у 5 (16,7 %), миопия средней степени — у 4 (13,3 %), пороки сердца — у 3 (10 %), НЦД по смешанному типу — у 2 (6,7 %), хронический пиелонефрит — у 2 (6,7 %).

Вредные привычки отмечены у 5 (16,7 %) матерей: 3 (10 %) курили во время беременности, 2 (6,7 %) употребляли алкоголь.

Данная беременность была первой — у 13 (43,3 %) матерей, второй — у 7 (23,3 %), третьей — у 6 (20 %), четвертой — у 2 (6,7 %), пятой — у 1 (3,3 %), шестой — у 1 (3,3 %) матерей.

У 18 (60 %) отмечались физиологические роды. 10 (33,3 %) детей родились путем кесарева сечения, в 2 (6,7 %) случаях применялось вакуум-экстракция плода.

Оценка новорожденных по шкале Апгар представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка новорожденных по шкале Апгар

Оценка	Число новорожденных в абсолютных числах	Процент
9/9	2	6,7 %
8/8	16	53,3 %
8/9	5	16,7 %
6/8	3	10 %
6/7	1	3,3 %
6/ивл	1	3,3 %
4/6	2	6,7 %

Большинство детей — 20 (66,7 %) родились с массой тела от 2800 до 4000 г. Самая маленькая масса тела была у одного ребенка — 2130 г. Самый большой вес был — 4030 г. Окружность головы при рождении меньше 34 см была у 16 (53,3 %) детей.

Вскармливание естественное было только у 16 (53,3%) детей. На смешанном вскармливании находились 10 (33,3 %) детей, на искусственном — 4 (13,3%) ребенка.

Состояние при поступлении у 28 (93,3 %) детей было средней тяжести, 2 (6,7%) ребенка поступили в тяжелом состоянии обусловленном асфиксией и синдромом угнетения.

В неврологическом статусе отмечались изменения, представленные в таблице 2.

Таблица 2 — Наиболее частные изменения неврологического статуса

Симптомы	В абсолютных цифрах	Проценты
Слабый крик	4	13,3 %
Снижение спонтанной двигательной активности	17	56,7 %
Усиление спонтанной двигательной активности	4	13,3 %
Двигательно-эмоциональное беспокойство	7	23,3 %
Снижение мышечного тонуса	14	46,7 %
Повышение мышечного тонуса	15	50 %
Оральные рефлексы не вызываются	1	3,3 %
Оральные рефлексы быстро истощаются	5	16,6 %
Спинальные рефлексы не вызываются	18	60 %
Спинальные рефлексы быстро истощаются	7	23,3 %
Поза «лягушки»	2	6,7 %
«Пяточные стопы»	1	3,3 %

У подавляющего числа детей общий анализ крови был в норме. Только у 1 (3,3 %) ребенка отмечалась анемия легкой степени.

В биохимическом анализе крови у 12 (40 %) детей отмечалось повышение общего и прямого билирубина. У 10 (33 %) был повышен СРБ.

При проведении НСГ у 14 (46,7 %) детей патологий не отмечалось. При проведении УЗИ сердца у 12 (40 %) пациентов было открыто овальное окно, у 14 (46,6 %) пациентов выявлены ложные хорды левого желудочка. У 5 (16,6 %) детей выявлены дефекты перегородок. ЭКГ было проведено 12 (40 %) детям. У 6 (50 %) отмечалась тахикардия, а у 1 (8,3 %) — брадикардия.

В лечении наиболее часто использовались препараты: пантокальцин, витамин А и Е, оротат калия, фенибут, кортексин, цитофлавин, гомецин.

На фоне лечения у всех детей отмечалась положительная динамика, однако, у 5 (16,6 %) детей сохранялось повышение мышечного тонуса, у 9 (30 %) — быстрое истощение спинальных рефлексов, у 11 (36,6 %) — рефлексы опоры и ходьбы вызывались кратковременно.

Длительность госпитализации составила в среднем 14 дней, максимальная длительность — 30 дней.

Выводы

Таким образом, энцефалопатия новорожденных встречалась одинаково часто как у мальчиков, так и у девочек, независимо от возраста матери. Наибольшее количество детей родились доношенными, от первой беременности, протекающей на фоне соматической или генетической патологии.

Несмотря на положительную динамику на фоне лечения, необходимо продолжать реабилитацию пациентов с энцефалопатией на амбулаторном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов, Н. П. Неонатология: учеб. пособие / Н. П. Шабалов. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — Т. 1. — 608 с.

УДК 616.24.-002.5-078-053.2

РАСХОЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Тетюкова А. С., Казарина К. С.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н. В. Корнева

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И. И. Мечникова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Введение

Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) определяется как состояние стойкого иммунного ответа на попавшие ранее в организм антигены микобактерий туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*) при отсутствии клинических проявлений активной формы туберкулеза. В настоящее время средства прямого измерения степени инфицированности человеческого организма *M. tuberculosis* отсутствуют. У подавляющего большинства инфицированных лиц нет признаков или симптомов туберкулеза, но есть риск развития активной формы туберкулеза (ТБ). Этот риск можно предотвратить при помощи профилактического лечения. Раннее выявление и лечение ЛТИ — одно из направлений в борьбе с туберкулезом. Для этого в России используют методы диагностики *in vivo*