

воляет выявить группу потенциальных кандидатов для первичной профилактики и имплантации КВД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайханская Т.Г., А.В.Фролов, Мельникова О.П. и др. Риск-стратификация пациентов с кардиомиопатией с учетом предикторов электрической нестабильности миокарда // Кардиология в Беларуси. - 2013. - № 5 (30).- С.37-50.
2. Татарина А.А., Трешкур Т.В., Пармон Е.В. Микровольтная альтернация зубца Т как новый метод анализа изменений фазы реполяризации и выявления латентной электрической нестабильности миокарда// Кардиология.-2011.- № 6.- С.66-80.
3. Bauer A., Malik M., Schmidt G. et al. Heart rate turbulence: standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use // J. American College of Cardiology. -2008.- Vol. 52.- P 1353-1365.
4. Varrier R., Klingenhoven T., Malik M. et al. Microvolt T-wave alternans: physiological basis, methods of measurement, and clinical utility – Consensus Guidelines by International Society for Holter Monitoring and Noninvasive Electrocardiology // J. Am. College of Cardiology. -2011.- Vol.58(3).- P. 1310-1324.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ: ПНЕВМОТОРАКС

Вакульчик В.Г., Егорова Т.Ю., Худовцова А. В., Попова Ю. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно,
Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ. Пневмоторакс у новорожденных встречается намного чаще, чем на любых других этапах жизни (J. Perinatal Med., 2005). Спонтанный пневмоторакс возникает приблизительно в 1% случаев влажных родов и в 1,5% кесаревых сечений. Реанимация с вентиляцией положительным давлением делает возникновение пневмоторакса намного более вероятной. Терапия сурфактантом значительно снижает частоту синдрома утечки газа у вентилируемых младенцев. Оценивается, что пневмоторакс у новорожденных составляет 80-85% всех случаев нетравматического пневмоторакса. В Республике Беларусь пневмоторакс новорожденных встречается с частотой от 1 до 18 случаев на 100 тыс. населения в год.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определить факторы риска, проанализировать результаты лечения, оценить влияние развития пневмоторакса на возникновение некротизирующего энтероколита у новорожденных детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Ретроспективное исследование. Всего за период 2008 – 2012 год наблюдалось 13 новорожденных, которые были переведены в УЗ «ГОДКБ» с диагнозом: «Пневмоторакс». Из них 12 мальчиков и 1 девочка. Анализировались следующие факторы: гестационный возраст, масса тела, степень гипоксии и характер респираторной поддержки, использование сурфактантов, характер патологии легких, причины пневмоторакса, развитие некротизирующего энтероколита.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Гестационный возраст составил от 30 до 41 недели, четверо новорожденных были недоношенными (срок гестации 30 – 36 недель).

Большинство детей родились путём кесарева сечения (10). В трёх случаях роды происходили естественным путём. По массе тела дети распределились следующим образом: очень низкая масса тела (< 1500г) отмечена у 1 ребёнка, низкая (от 1501 – 2500г) у 4 младенцев, масса тела соответствовала гестационному возрасту (2501 – 4000г) у 6 детей и высокая масса тела (> 4000г) отмечена у 2 пациентов. Тяжелая гипоксия наблюдалась у одного ребенка (оценка по шкале Апгар на первой минуте была менее 3 баллов), умеренная - у 6 младенцев. К 5 минуте жизни трое детей были переведены на ИВЛ, умеренная гипоксия выявлена у 3 пациентов. Все эти дети (10) были переведены на ИВЛ: к исходу первого часа – 7 детей, на втором часу жизни – 1 ребёнок и ещё 1 пациент через 20 часов после рождения. Все дети после рождения требовали интенсивной оксигенотерапии: кислородозависимость колебалась от 40 до 100%. У большинства младенцев использовали ИВЛ в стандартном режиме. Только в одном случае подача кислорода осуществлялась через кислородную маску. Высокочастотная вентиляция лёгких в перинатальном центре проводилась 5 детям.

После рождения 9 младенцам было показано введение суфракта в дозе от 80 до 120мг/кг. Четырём пациентам потребовалось повторное введение суфракта в дозе от 60 до 120мг/кг.

Пневмоторакс был диагностирован в первый час от момента рождения у 12 детей и у 1 ребёнка на втором часу жизни. Локализация пневмоторакса справа отмечена у 8 детей, слева - у 3, двухсторонний пневмоторакс диагностирован у 2 пациентов. Причинами пневмоторакса были: аспирация мекония (5 новорождённых); пневмония (6 пациентов); лобарная эмфизема и слабость родовой деятельности – по одному ребенку.

Трём больным вследствие наличия отграниченного пристеночного пневмоторакса не потребовалось хирургическое лечение. У двух пациентов удалось ликвидировать пневмоторакс однократной плевральной пункцией. Остальным детям по результатам выполнения плевральной пункции были выполнены торакоцентез и дренирование плевральной полости. Воздух из плевральной полости по дренажу выделялся в течение 3 – 8 суток. Длительность стояния дренажа составила от 4 до 12 суток. Все пациенты выздоровели. В срок до одного месяца жизни у этих детей не было диагностировано признаков развития некротизирующего энтероколита.

ВЫВОДЫ.

Пневмоторакс является частой проблемой во всех весовых и возрастных категориях новорождённых.

Преимущественно страдают мальчики.

Основными причинами развития пневмоторакса являются патология легких, аспирация мекония.

В большинстве случаев роды происходят путем кесарева сечения.

Искусственная вентиляция легких является фактором риска.

Наиболее часто пневмоторакс возникает справа.

Плевральная пункция и дренирование плевральной полости наиболее оптимальный способ лечения.

Пневмоторакс новорожденных не является фактором риска развития некротизирующего энтероколита.

АСНОЎНЫЯ ЭТАПЫ ФАРМІРАВАННЯ БЕЛАРУСКАЙ МЕДЫЦЫНСКАЙ ТЭРМІНАЛОГІІ

Варанец В.І.

УА “Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт”

Вывучэнне праблем беларускага тэрміназнаўства з’яўляецца важнай задачай лінгвістыкі. На працягу ўсёй гісторыі развіцця чалавецтва тэрміналогія адыгрывала і адыгрывае значную ролю ў зносінах паміж людзьмі, з’яўляецца эфектыўнай прыладай засваення розных спецыяльнасцей, сродкам паскарэння навукова-тэхнічнага прагрэсу, што надае актуальнасць дадзенаму даследаванню.

Уласная беларуская тэрміналогія звязана сваімі вытокамі з агульнаіндаеўрапейскай мовай-асновай і агульнаславянскай мовай-асновай, на базе якіх і ўзнікла беларуская мова. Агульнаславянскае слова ўрач мае агульны карань са словам “ўракаць”, што азначала чарадзея, які лячыў рознымі замовамі хваробы і ўрокі. Захаваліся да нашых дзён рукапісныя крыніцы з першай медыцынскай лексікай агульнаславянскага пласта: воспа, галава, сэрца, вуха рука і інш. Арганічна папоўнілі беларускую літаратурную мову і старабеларускія словы: зрок, дыхавіца, каса, макаўка, шыя, сківіца і інш. Цесная сувязь з Еўропай, асабліва пасля стварэння Рэчы Паспалітай (1569), садзейнічала запазычанню і засваенню нашамі суайчыннікамі грэка-лацінскай лексікі, у тым ліку і медыцынскага характару: адэноід, кампрэс, тубус і інш. Досыць вялікі ўплыў на беларускую медыцынскую тэрміналогію зрабіла польская мова, якая амаль два стагоддзі панавала на тэрыторыі тагачаснай Беларусі. Трывала прыжыліся ў нашай мове такія словы, як гуз (Guz – Tuber), раменьак (Kosc ramienna – Humerus), патыліца (Potylicia – Occiput), скроневае косць (Kosc skroniowa – Os temporale) і інш.

Пасля трэцяга падзелу Рэчы Паспалітай і далучэння Беларусі да Расійскай імперыі (1795) у медыцынскай лексіцы з’явіліся словы ампула, кансіліум, акуліст, пацыент і інш. Аднак уласнабеларуская тэрміналагічная лексіка ў гэты перыяд практычна не распрацоўвалася, паколькі працягвалася дыскрымінацыя беларускай мовы з боку расійскіх уладаў. Тыпова беларускія тэрміны можна было сустрэць толькі на дыялектным узроўні: тутніца, вурзпель, кабылянец, кукса і інш.

Першая палова 20-га стагоддзя адзначылася працэсам актыўнай беларусізацыі. У 1921 годзе пачала сваю працу Беларуская навукова тэрміналагічная камісія. Вялікую ўвагу яна надавала распрацоўцы медыцынскай тэрміналогіі. З 24-х выпускаў беларускай навуковай тэрміналогіі тры былі прысвечаны менавіта медыцынскай тэрміналогіі.