

Литература

1. GOLD. Guidelines, 2008. [Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких].
2. Бутаев, Т.Д., Трешкур, Т.В., Овечкина, М.А., Порядина, И.И., Пармон, Е.В. Врожденный и приобретенный синдром удлиненного интервала QT: учебно-методическое пособие / Т.Д. Бутаев, Т.В. Трешкур, М.А. Овечкина, И.И. Порядина, Е.В. Пармон: – С-Пб: ИНКАРТ, 2002. – 48 с.

ФАКТОРЫ РИСКА АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ

*Войтукевич Н.М.¹, Ганчар Е.П.², Лазаревич С.Н.¹,
Семенцова С.В.¹, Геращенко Н.В.¹*

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской
помощи г. Гродно»¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»²

Актуальность. Аспирационный синдром – осложнение у новорожденного, возникающее в результате гипоксии плода во время родового акта. Аспирационный синдром занимает 7-е место (2,5%) среди причин ранней неонатальной смертности новорожденных. В последние годы отмечается тенденция к снижению количества детей, умерших от аспирационного синдрома. Прежде всего эти изменения следует связать с внедрением новых мониторинговых методов контроля состояния плода во время родов, а также увеличением частоты кесарева сечения, выполняемого по различным показаниям. Средняя частота аспирационного синдрома, по данным разных авторов, колеблется от 2 до 3%.

В УЗ «ГКБСМП г. Гродно» частота аспирационного синдрома новорожденных составляет 0,2-0,3%.

Несмотря на современные подходы к ведению беременности и родов, аспирационный синдром новорожденных остается актуальной проблемой в акушерстве.

Цель исследования - определить возможные факторы риска развития аспирационного синдрома новорожденных.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 22 пациенток, роды у которых закончились рождением

детей с аспирационным синдромом. Проведен анализ амбулаторных карт, историй родов, историй развития новорожденных, протоколы гистологического исследования плацент. Данные, полученные в результате исследований, подвергались статистическому анализу с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток, роды у которых закончились рождением детей с аспирационным синдромом, составил $25,4 \pm 2,3$ лет. Среди данной категории пациенток 12 (54,6%) были первобеременные, 6 (27,3%) повторобеременные первородящие и 4 (18,2%) повторнородящие. У всех пациенток, включенных в анализ, роды произошли в головном предлежании.

У 20 (90,9%) женщин роды были своевременными, у 2 (9,1%) - запоздалыми. У 6 (27,3%) беременных в анамнезе имело место воспаление придатков матки, у 3 (13,6%) дисфункция яичников. Экстрагенитальная патология у обследованных пациенток была выявлена в 72,7% случаев. Заболевания сердечно-сосудистой системы выявлены в 31,8%, в частности, артериальная гипертензия (18,2%), нейроциркуляторная дистония (13,6%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (27,3%); заболевания эндокринной системы (27,3%), в частности, ожирение (22,7%); заболевания почек (20%), хронические заболевания органов дыхания (4,6%). При анализе течения беременности выявлено, что 8 (36,4%) пациенток получали лечение по поводу угрозы прерывания беременности в I и II триместрах, 6 (27,3%) – по поводу анемии, 5 (22,7%) – по поводу урогенитальной инфекции. 90,9% женщин перенесли острую респираторную инфекцию во время беременности. Задержка внутриутробного развития плода имела место у 10 (45,5%) беременных. Течение беременности у 14 (63,6%) женщин основной группы осложнилось гестозом, в том числе у 8 (36,6%) – легкой степени, у 4 (18,2%) – II степени и у 2 (9,1%) – III степени тяжести. Фетоплацентарная недостаточность имела место у 14 (63,6%) пациенток: компенсированная форма – у 3 (13,6%), субкомпенсированная - у 10 (45,5%) и декомпенсированная - у 1 (4,6%).

У 13 (59,1%) пациенток роды произошли через

естественные родовые пути. Оперативно родоразрешены 11 (50%) женщин: кесарево сечение – у 9 (40,9%), вакуум-экстракция плода – у 2 (9,1%). Основными показаниями к кесареву сечению явились аномалии родовой деятельности – у 4 (18,2%), прогрессирование признаков хронической гипоксии плода в родах – у 2 (9,1%), клинически узкий таз – у 2 (9,1%), и длительно текущий гестоз – у 1 (4,6%) роженицы. В ряде случаев имели место комплексные показания со стороны как матери, так и плода. Течение родов осложнилось несвоевременным излитием околоплодных вод – у 17 (77,3%) рожениц, слабостью родовой деятельности – у 8 (36,4%), дискоординированной родовой деятельностью – у 2 (9,1%). У 10 (45,5%) длительно (от 4 до 9 ч) применялись утеротонические средства с целью родовозбуждения и родостимуляции. Обвитие пуповины вокруг шеи имело место у 21 (95,5%) новорожденного. Общая продолжительность родов составила 9 ч 25 мин ± 30,25 мин.

При анализе гистологического исследования плацент признаки плацентита выявлены у 15 (68,2%) пациенток.

Состояние детей при рождении потребовало реанимационных мероприятий и лечения в палате интенсивной терапии. Всем новорожденным проводилась санация верхних дыхательных путей с отсасыванием содержимого трахеи. Масса новорожденных составила 3650±394 г. Крупный плод выявлен в 6 (27,3%) случаях. С оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов родились 7 (31,8%) детей, 6/8 баллов – 13 (59,1%), 5/ИВЛ баллов – 1 (4,6%) и 4/ИВЛ балла – 1 (4,6%) ребенок. Концентрация водородных ионов (pH) в вене пуповины у новорожденных составила в среднем 7,15±0,02, в артерии пуповины - 7,12±0,08. Парциальное напряжение углекислого газа (pCO₂) 46,11±0,1 мм рт. ст., кислорода (pO₂) 20,35±0,21. Дефицит оснований (BE) - 14,83±0,3. Гипоксическое поражение ЦНС имело место у 9 (40,9%) новорожденных, гипоксически-травматическое – у 2 (9,1%). В раннем неонатальном периоде диагноз аспирации мекония подтвержден рентгенологически. С признаками внутриутробного инфицирования родились 17 (77,3%) новорожденных. Из всех новорожденных этой группы только 5 (22,7%) детей были выписаны домой на 8-12-е сутки после рождения, остальные 17 (77,3%) на 2-5-е сутки жизни

переведены в детскую клиническую больницу.

Вывод. Учитывая полученные данные, можно выделить факторы, которые потенциально опасны для новорожденного развитием аспирационного синдрома. Факторы можно разделить на антенатальные и интранатальные. К антенатальным факторам относятся острые респираторные заболевания, перенесенные во время беременности, гестозы, фетоплацентарная недостаточность, гипотрофия плода, крупный плод. Интранатальные факторы - несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, длительное применение утеротонических свойств, обвитие пуповины.

Литература

1. Абрамченко, В.В. Беременность и роды высокого риска. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. 400с.
2. Сидорова, И.С., Эдокова А.Б., Макаров И.О. и др. О риске развития аспирационного синдрома у новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. - № 3. С. 13-16.
3. Хан, Дж., Кароткин Э. Отдельные случаи патологии новорожденных. Справочник калифорнийского университета / пер. с англ.; под редакцией К. Нисвайдера и А. Эванса. - М.: Практика, 1999. 704 с.
4. Абрамченко, В.В., Киселев А.Г., Орлова О.О. и др. Ведение беременности и родов высокого риска. М.: Медицинское информационное агентство, - 2004. - 400 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БАНКОВСКИХ СЛУЖАЩИХ

Волков В.Н., Лопухова А.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной онкологии, занимая ведущее место по показателям заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в женской популяции. Характерными особенностями РМЖ являются высокий темп прироста и территориальная неравномерность заболеваемости во всем мире. Именно поэтому большое значение приобретают онко-эпидемиологические исследования, проведение которых позволяет выявить факторы риска, оказывающие влияние на развития данного заболевания [1].