

Список литературы:

1. Zwierchowski H., Synder M., Garncarek P., Ultrasonography of infant hip joint. Lublin. 1994 - p. 99
2. Филиппкин М.А., Ватолин К.В., Пыков М.И. Ультразвуковая диагностика врождённого вывиха бедра./Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии 1994 г. N 3 - с. 90 – 96
3. R. Graf . (The diagnosis of hip dislocation by compound treatment. Arch. Orthop. Traumat. Surg. 97, 1980)
4. К.Н. Борисевич, В.В. Лашковский, С.К. Борисевич. Исследование тазобедренного сустава новорожденных и детей первого года жизни Гродно. ГрГМУ, 2009

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПЛОДА ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

Кеда Л.Н.– заместитель главного врача по медицинской части,
Юргель Е.О. – врач акушер-гинеколог, Пашенко Е.Н. – врач акушер-гинеколог, заведующая родовым отделением, Усков С.И. – врач акушер-гинеколог родового отделения

*УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
Гродно, Беларусь, grodnoOKRD@tut.by*

Введение. Одна из самых частых причин высокой смертности недоношенных детей – развитие респираторного дистресс-синдрома (РДС) [1]. Введение глюкокортикоидов до начала преждевременных родов, когда полностью предотвратить их уже невозможно, позволяет снизить риск возникновения этого серьезного заболевания [2]. Антенатальное введение глюкокортикоидов значительно повышает эффективность реанимационных и лечебных мероприятий, которые сохраняют жизнь новорожденному [3].

Целью данной работы был анализ результатов беременности и родов в сроках гестации 24-35 недель; оценка состояния новорожденного после антенатального проведения профилактики РДС дексаметазоном.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ случаев преждевременных родов в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» за 2010 г. Изучались следующие показатели: частота развития РДС, кровоизлияний в желудочки головного мозга, случаи ранней неонатальной смертности при применении антенатально глюкокортикоидов; течение раннего неонатального периода, послеродового периода после антенатального применения глюкокортикоидов; степень

эффективности антенатального использования глюкокортикоидов.

Результаты и обсуждение. За 2010 год в Гродненском областном клиническом перинатальном центре проведено 207 преждевременных родов, из них 188 в сроке от 24 до 35 недель. Проанализировано 188 историй родов и 192 истории новорожденных (4 двойни). Профилактика РДС плода проведена в полном объёме в течение 24 часов в 100 случаях (53%) – 1 группа, не проведена в 88 случаях (47%) – 2 группа. Среди обследованных женщин было 92,6% жительниц города и 7,4% сельских жительниц. Возраст беременных (16-37 лет) составил в среднем 26,5 лет. Для женщин 1-й группы 29 лет, а 2-й – 24 года. При анализе паритета родов выявлено, что первобеременных было 36,0%, из них в 1-й группе – 16 (16,0%), во 2-й группе – 28 (32,0%). Среди рожениц первородящие составили 62% (в 1-й группе – 51,5%, 2-й группе – 67,4%), повторнородящие – 38% (соответственно, 48,5% и 32,6%). Анализируя структуру экстрагенитальной патологии, необходимо указать на преобладание хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у 19,0% беременных, хронических заболеваний мочеполовой системы – 4,3%.

Среди генитальной патологии преобладали хронические воспалительные заболевания – 56,0% беременных, эрозии шейки матки – у 37,0%.

Отягощённый акушерский анамнез по невынашиванию (искусственные аборт, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды) встречались у 41,0% беременных (1-я группа- 37,0%, 2-я группа –40,0%) $p < 0,05$.

Данная беременность у 146 (76,6%) протекала с осложнениями. Характер осложнений во время беременности представлен в таблице 1.

Таблица 1– Осложнения беременности при преждевременных родах

Осложнения	Группа			
	1-я		2-я	
	абс.	%	абс.	%
Угроза прерывания беременности	64	64	53	60,2
ИЦН	13	13	10	11,4
ОРЗ	9	9	8	9,1
Анемия	6	6	3	3,4
Кольпит	23	23	21	23,9
Всего	100	100	88	100

Примечание: $p < 0,05$

У 83,0% беременных роды закончились через естественные родовые пути, 17,0% беременных родоразрешены путём операции кесарева сечения. Из них операция в связи с ухудшением состояния плода выполнена у 4 (12,5%) женщин, в 28 (87,5%) – по показаниям со стороны ма-

тери (длительно текущий гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты). Общая продолжительность родов при консервативном ведении составила $5,25 \text{ ч} \pm 0,52$ у повторнородящих и $6,35 \text{ ч} \pm 0,54$ у первородящих.

Гестационный возраст новорожденных находился в пределах 24-35 недель. Масса тела новорожденных распределилась следующим образом и представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Масса новорожденных, родившихся преждевременно

Масса тела, г	Количество новорожденных	
	абс.	%
500-1000	12	6,3
1000-1500	36	18,8
1500-2000	62	32,2
2000-2500	82	42,7
Всего	192	100

Средняя масса детей 1-й группы составила 1820,0 г, 2-й группы 1940,0 г.

Средние оценки по шкале Апгар на 1-й минуте 6 баллов как в 1-й, так и во 2-й группе, на 5-й минуте 80,0% детей интубированы, в 20,0% случаев оценка по шкале Апгар была 8 баллов. Существенных различий по группам не выявлено.

Курорсурф вводился 96 новорожденным (50,0%), 38 из 1-й группы (36,5%) и 58 из 2-й группы (65,9%).

РДС развился в 82,0% случаев в 1-й группе и в 100% случаев во 2-й группе. Длительность нахождения на ИВЛ в 1-й группе в среднем составила 2 суток, во 2-й группе - 4 суток ($p < 0,05$). Кровоизлияния в желудочки головного мозга в 1-й группе не отмечены, во 2-й группе в одном случае (1,1%). Ранней неонатальной смертности не зафиксировано. Врожденная пневмония наблюдалась в 16 случаях (8,3%), в 1-й группе – 9 (8,7%), во 2-й группе – 7 (8%). Во всех случаях у матерей отмечены инфекционные заболевания.

Послеродовый период был осложнен анемией у двух родильниц, прооперированных по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Выводы:

1. Антенатальное применение глюкокортикоидов способствует значительному снижению частоты развития РДС, неонатальной смертности и кровоизлияний в желудочки головного мозга.

2. Стоимость и продолжительность интенсивной терапии новорожденных уменьшается в результате проведения кортикостероидной терапии.

3. Антенатальное применение глюкокортикоидов не повышает риска развития инфекционных осложнений со стороны матери или плода.

Список литературы:

1. Сидельникова, В.М. Преждевременные роды, недоношенный ребенок / В.М. Сидельникова, А.Г. Антонов. - М. 2006. - С.32.
2. Чернуха, Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха. - М. Триада 2003.-С. 328-337.
3. Chiswick, M. Antenatal TRH M. Chiswick // Lancet. – 1995. – P. 345-872.

БОЛЕЗНЬ КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ, СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**Клечан С.И. – заведующий кардиоревматологическим отделением;
Лазарчик И.В. – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской
части; Зайцев Д.В. – главный врач**

*УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Минск, Беларусь,
modkb@inbox.ru*

The Kawasaki disease is studied among children. The review of clinical case.

Key words: children, Kawasaki disease.

Болезнь Кавасаки (слизисто-кожный лимфонулярный синдром) – острый системный васкулит, поражающий средние и мелкие артерии, изменяющий слизистые оболочки, кожу, лимфоузлы. Возможно поражение коронарных и других висцеральных артерий. Недуг описан впервые японским педиатром Томисаку Кавасаки в 1967 году. Встречается преимущественно у восточных народов. В Японии ежегодно регистрируется до 3 тыс. случаев. Болеют дети младше 5 лет (около 80%), чаще мальчики. Этиология заболевания неизвестна. Среди этиологических факторов указывается на роль вирусных агентов (парвовирус, цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барр и др.). В нашей стране (по данным статистических отчетов) – менее 10 случаев в год. Но знать, на что способен коварный синдром, необходимо [1, 2, 5].

Клиническая картина многогранна и характеризуется системными проявлениями, так как в основе патогенеза патологического процесса имеет место системный васкулит. Заболевание начинается остро – с высокой температуры. Характеризуется цикличностью проявлений, выраженной лихорадкой, на фоне которой развивается поражение слизистых оболочек, кожи, лимфатических узлов, сердечно-сосудистой системы. При отсутствии лечения лихорадка продолжается 1–2 недели. В течение нескольких дней появляются гиперемия конъюнктивы, слизистой ротовой полости, губ, сухость, отек сосочков языка.

Вскоре на туловище, конечностях, в паховых областях возникает