

Литература:

1. Онегин, Е.В.. Лечение эпилепсии: методическое пособие/ Е.В. Онегин, О.Е. Онегина.- Гродно: ГрГМУ, 2007.– 29с.
2. Формулярный подход к назначению эпилептических препаратов в невропедиатрии : методическое пособ. для врачей)/ А.А. Баранова; под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А. Баранова. - Москва, 2003. - 28 с.
3. Шанько Г.Г., Барановская Н.Г., Ивашина Е.Н., Шалкевич Л.В. Классификация, диагностика и лечение эпилепсии у детей: пособие для врачей/ Г.Г. Шанько и др.– Минск, 2003.- 77 с.

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ПОРОКОВ У АБОРТИРОВАННЫХ ПЛОДОВ

Онищенко Л.Ю., Минько Н.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доцент Пальцева А.И.

По материалам ВОЗ, 4-5% всех детей появляются на свет с той или иной врожденной патологией. Среди 1000 родившихся живыми в среднем 10 детей страдают моногенными, 6 – хромосомными болезнями, у 20 выявляются врожденные пороки развития иного происхождения. По оценкам американских специалистов, годовые затраты на ребенка с врожденным пороком развития (ВПР) составляют до 70 тыс. долларов. В дородовой диагностике и профилактике ВПР и наследственных болезней человека в последние 2-3 десятилетия в стране достигнуты большие успехи. Основная нагрузка по выявлению ВПР у плодов ложится на врачей ультразвуковой диагностики [1].

В 2006 году медики Гродненщины вынуждены были поставить 51 семью перед непростым выбором – отказаться от больного ребенка и искусственно прервать беременность или принять ответственность за ребенка-инвалида, который никогда не станет здоровым человеком.

Цель исследования: изучить структуру ВПР и совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов у абортированных плодов по медико-генетическим показаниям.

Нами проанализированы медицинские карты стационарного больного и протоколы патоморфологического исследования (вскрытия) 51 плода, абортированного по генетическим показаниям. В анализируемой группе женщин, беременность которых была прервана по генетическим показаниям, в основном были женщины от 19 до 35 лет - 41 (80,4%), после 35 лет - 10 (19,6%). Среди них преимущественно были городские женщины – 44 (86,3%) и только 7 (3,7%) сельских женщин. К сожалению, до 12 недель проведено прерывание беременности только у 2-х (3,9%) женщин; у 94,1% случаев - в сроках 16-22 недели и у 1-й женщины - после 22 недель беременности. Прерывание беременности после 12 недель связано с поздней антенатальной диагностикой ВПР. Среди абортированных плодов с ВПР одинаково часто встречались плоды мужского и женского пола (49,0% и 45,2%) не установлен пол у 5,8% абортусов.

Для анализа спектра выявленных пороков у абортированных плодов нами проведено объединение пороков по системам: пороки центральной нервной системы (ЦНС) – 12 (23,5%); пороки сердечно-сосудистой системы – 9 (17,6%); расщелина губы и неба - 5 (9,8%); пороки желудочно-кишечного тракта - 3 (5,9%); пороки мочевой системы - 1 (1,96%); пороки костной системы - 3 (5,9%); хромосомная болезнь - 3 (5,9%); пороки легких - 4 (7,8%); множественные врожденные пороки развития (МВПР) – 10 (19,6%). Наибольшее число прерываний по генетическим показаниям было проведено в связи с формированием у плодов пороков развития ЦНС, ВПС и МВПР.

Однако кариотипирование было проведено всего лишь в 2-х (3,9%) случаях.

Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов имело место только в 40 (78,4%) случаях, в 10 (19,6%) подтвердить диагноз было невозможно из-за резкого аутолиза тканей, в 1 (1,96%) нозологический диагноз не подтвержден, хотя прерывание было обосновано в связи с выявлением других пороков развития, несовместимых с жизнью. Во всех случаях прерывание беременности было обоснованным.

Таким образом, проведенный анализ на ретроспективном материале показал, что пороки развития были выявлены чаще у женщин в возрасте от 19 до 36 лет, а наиболее частыми из них явились пороки ЦНС, ВПС и МВПП, что требует обязательного антенатального кариотипирования.

Литература:

1. Бочков Н.П., Жученко Н.А. Мониторинг врожденных пороков развития// Российский вестник педиатрии, 1996.

РОЛЬ СОСТОЯНИЯ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Осипович А.И., Волосюк Е.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Гурин А.Л.

Актуальность: В структуре острых гинекологических заболеваний внематочная беременность составляет 47%. Основой механизма в формировании внематочной беременности являются патологические процессы, нарушающие транспорт оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе и изменяющие свойства плодного яйца.

Цель: Изучить причины развития внематочной беременности и проанализировать результаты лечения.

Материалы и методы: В ходе работы был проведен ретроспективный анализ 28 карт стационарного больного в период с июня 2005г по июнь 2006г. Больные прооперированы в областном эндоскопическом гинекологическом центре на базе 4-й Городской клинической больницы г. Гродно.

Результаты: Менструальная функция у данной группы пациенток имела следующие особенности: у 53,4% (15 чел.) менструации начались с 14 лет, у 28,6% (8 чел.) - с 13 лет, у 7,2% (2 чел.) - с 12 лет, по 3,6% (1 чел.) – с 11, 15 и 17 лет. У 100% (28 чел.) пациенток длительность менструального цикла составляет от 3 до 6 дней. Большинство женщин, перенесших внематочную беременность, начали вести половую жизнь с 18 лет. У 21,4% (6 чел.) женщин внематочная беременность явилась 1-й беременностью, у 28,6% (8 чел.) - 2-й беременностью по счету (из них у 7,2% (2 чел.) 1-я беременность была внематочной, у 7,2% (2 чел.) 1-я беременность закончилась абортom, а у 14,4% (4 чел.) – родами). 10,7% (3 чел.) пациенток в анамнезе уже имели внематочные беременности. 50% (14 чел.) в анамнезе имели аборты, 53,6% (15 чел.) - роды. Наибольшая частота внематочных беременностей наблюдалась у женщин в возрасте 35-38 лет. Наиболее распространенной операцией у женщин с внематочной беременностью была лапароскопическая тубэктомия. В 10,7% (3 чел.) случаев выявлена сочетанная патология яичников и дополнительно к основной операции выполнено: у 3,6% (1 чел.) - овариэктомия, у 3,6% (1 чел.) - цистэктомия, у 3,6% (1 чел.) – резекция яичника. У 10,7% (3 чел.) по желанию пациенток сделана стерилизация. У 10,7% (3 чел.), в связи с большой кровопотерей, проведена лапаротомная тубэктомия. У 78,6%