

В структуре смертей от нетуберкулезной патологии наибольшую роль по прежнему играют онкологические заболевания, хотя их доля постепенно снижается с половины случаев в 2001 году, до четверти в 2006. В структуре общей смертности в стационаре доля этой патологии снизилась с 14,6% до 6,5% ($p < 0,05$). Отмечена явная тенденция роста значимости сердечной патологии. Ее доля выросла за тот же период с 18,2% до 26,3% ($p < 0,05$). Количество смертей от неспецифической патологии резко снизилось, скорее всего в связи с перепрофилированием коечного фонда ГОПТД и сокращением общего числа таких пациентов. Доля этих процессов в структуре общей смертности в стационаре снизилась с 7,3% до 2,6% ($p < 0,05$). Заслуживает внимания высокий процент смерти от патологии внутренних органов, прежде всего хр. почечной и печеночной недостаточности. В 2005 году он достиг 26,1%, что составило 6,5% среди общей смертности по стационару. Такие высокие цифры, безусловно, требуют более тщательного анализа факторов риска, объема и длительности терапии, побочных эффектов препаратов.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Толкина В.Ю., Ганцовская С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н. доц., Янковская Н.И.

Инфекционные заболевания являются ведущей причиной госпитализации новорожденных. По данным Всемирной организации здравоохранения, в структуре причин неонатальной смертности тяжёлые инфекции составляют более 36% [1].

Под наблюдением находилось 38 новорождённых с внутриутробной инфекцией (ВУИ), в том числе 17 доношенных младенцев с массой тела при рождении $3452,0 \pm 156,1$ (2760,0-4150,0), гестационный возраст 38-40 недель и 21 недоношенный ребёнок с массой тела $1680,0 \pm 126,5$ (820,0-2040,0), гестационный возраст 25-35 недель. Все новорождённые родились у женщин с отягощённым соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом. Хронические соматические заболевания были выявлены у 35 (92%) женщин, заболевания репродуктивных органов – у 5 (13%), у 23 (60,5%) – инфекционно-воспалительные заболевания. У всех женщин наблюдалось неблагоприятное течение беременности в виде угрозы прерывания – у 15 (39,5%), гестоза – у 8 (21%), фетоплацентарной недостаточности – у 18 (47,4%). Осложнения в родах в виде длительного безводного периода, нарушений продолжительности родов имели место у 8 (21%) женщин. Большая часть детей (60,5%) родились естественным путём. Родоразрешение путём кесарева сечения было проведено в 39,5% случаев. Неблагоприятные факторы, наблюдавшиеся в анте- и интранатальном периодах, обусловили рождение большинства детей (78,9%) в тяжёлом состоянии. В асфиксии с оценкой по шкале Апгар 1-6 баллов родились 13 (34,2%) детей. Все младенцы находились на стационарном лечении по поводу ВУИ, пневмонии. У 34 (89,5%) новорождённых ВУИ протекала на фоне перинатального поражения ЦНС, у 6 (15,8%) из них с внутрижелудочковыми кровоизлияниями II-III ст, у 3 – на фоне ВПС, у 15 - респираторного дистресс-синдрома, у 13 – аспирации мекониальных околоплодных вод. Всем больным проведено микробиологическое обследование трахеобронхиальных аспиратов, крови, мазков с задней стенки глотки, носа, эндотрахеальной трубки. Посевы сделаны на фоне уже начатой терапии до перевода ребёнка в стационар. Для верификации диагноза ВУИ младенцы обследованы на токсоплазмоз, цитомегаловирусную (ЦМВ), герпетическую инфекции методом ИФА и ПЦР.

Получены все отрицательные результаты ПЦР кроме одного ребёнка, у которого выявлен herpes I-II типов. В то же время ИФА на токсоплазмоз (Ig G) - в 24 (63,2%) случаях положительная, на ЦМВ (Ig G) - в 7 (18,4%), на герпетическую инфекцию (Ig G) - у 14 (37%) новорождённых. Из госпитальных микроорганизмов у 16 (42%) выделена *Pseudomonas aeruginosa*. В 76,3% случаев выделены грам (+) кокки (*Streptococcus pneumoniae*, *saprophitis*). Стафилококки (*S. caritis*, *epidermidis*, *maltophilia*, *hemolyticus*), были обнаружены у 15 (39,4%) новорождённых, из них почти у половины больных - *S. epidermidis*. Ассоциация двух микроорганизмов имела место в 26,3% случаев. Это были сочетания клебсиеллёзной инфекции с грибковой, грамм (+) с грамм (-), стрептококка со стафилококком, стафилококка с синегнойной палочкой. Одинаково часто (10,5%) были обнаружены грибы типа *Candida* и *Klebsiella pneumoniae*.

Таким образом, использование ИФА в диагностике ВУИ у новорождённых является малоинформативным. После начала эмпирического антибактериального лечения инфекций у новорождённых необходим переход на целенаправленную терапию против конкретного возбудителя с учётом результатов микробиологического обследования, проведенного у конкретного больного.

Литература:

1. Цхай В.Б. и др. Особенности перинатального периода при внутриутробном инфицировании. Педиатрия 2002, №6, С. 14-17.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНОЙ ИГРЕ КАК ПРИМЕР НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Трещайко В.В., Курбат М.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра биологической химии*

Зависимость от игры в последние годы стала одной из серьезных социальных и медицинских проблем во всем мире. Патологическая страсть к игре отмечается во всех возрастных группах, причем, более подвержена мужская часть населения. Патологическое влечение к азартным играм современные исследователи относят к нехимической зависимости. Объектом зависимости является не психоактивное вещество, а поведенческий паттерн. Проблема патологической зависимости от игры рассматривается в связи с основными причинами: возникновение социальных и финансовых проблем у патологических игроков; распространенность противоправных действий; высокий суицидальный риск.

Существует множество классификаций критериев диагностики нехимической зависимости от игры, принадлежащих разным авторам. Большинство авторов в своих классификациях сходятся на следующих пунктах: частое участие и увеличение времени проводимого за игрой; изменение круга интересов и постоянная концентрация мыслей на игре; невозможность контролировать интенсивное влечение к игре как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей; состояние психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, приступов агрессии через довольно короткий промежуток времени после участия в игре.

Среди факторов риска развития нехимической зависимости от игры можно выделить несколько групп, в которых сходятся мнения многих ученых: социальные факторы (участие в играх родственников, друзей, вещизм, переоценка значения материальных ценностей, зависть к более богатым знакомым, уверенность, что с помощью денег можно решить все проблемы); обсессивно-компульсивные расстройства (представленные как импульсивные нарушения личности в виде патологического стремления к азартным играм); личностные и характерологические свойства личности;