

Выводы. К ведущим факторам риска рождения детей с ВПС следует отнести острые респираторные заболевания, перенесённые матерью в первом триместре беременности, соматические заболевания матери.

Сохранили свою причинную значимость производственные вредности матери и отца. В последние годы наряду с известными возросло значение работы на персональном компьютере как фактора риска рождения ребенка с ВПС.

Особенности гемодинамики плода обеспечивают рождение ребенка с ВПС в срок с нормальными масса-ростовыми показателями.

Литература

1. Балыкова, Л.А. Факторы риска возникновения врожденных пороков сердца / Л.А. Балыкова, О.М. Солдатов, Е.И. Науменко // *Материалы X Всероссийского семинара памяти проф. Н.А. Белоконь.* – Архангельск, 2003. – С. 16–18.

2. Фалюш, Л.Н. Факторы риска врожденных пороков сердца / Л.Н. Фалюш, В.В. Флоренсов. – *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*, 2010. – № 6 (76), Ч. 2. – С. 67–69.

3. Пантюк, И.В. Биологические факторы психического здоровья населения Республики Беларусь / И.В. Пантюк // *Вестник беларускага дзяржаўнага універсітэта.* – Сер. 2. – 2007. – № 2. – С. 59–64.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Вязова Л.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. У новорожденных детей с перинатальной патологией, в том числе и недоношенных, уже с первых часов жизни заселение микроорганизмами происходит афизиологично. Еще более этот процесс усугубляется, если ребенок находится на смешанном или искусственном вскармливании.

Цель исследования. Проанализировать особенности микробного пейзажа кишечника у новорожденных детей с перинатальной патологией.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 139 новорожденных детей с перинатальной патологией (73 доношенных и 66 недоношенных), поступивших из родильных домов на второй этап лечения в стационар. Все младенцы находились на смешанном вскармливании. Состояние их при первичном обследовании было средней степени тяжести за счет сочетанной перинатальной патологии.

Для выявления характера микробной колонизации кишечника у детей проводились микробиологические исследования, включающие качественное и количественное определение состава микрофлоры фекалий. Оценку кишечного биоценоза осуществляли классическим бактериологическим методом. Степень выраженности нарушений различали по классификации Блохиной И.Н.

Результаты и их обсуждение. У всех детей были выявлены нарушения микробной колонизации кишечника. Средние величины облигатной нормофлоры у доношенных новорожденных были наполовину меньше «защитных» уровней. Из условно-патогенных бактерий ведущие места занимали: кишечная палочка со сниженной ферментативной активностью, клостридии, энтеробактер, кандиды, а популяционный уровень золотистого стафилококка был выше, чем у преждевременно рожденных младенцев.

Характер дисбиозов был различным, но у большинства детей отмечались сочетанные нарушения анаэробных и аэробных компонентов микробиоценоза кишечника, что выражалось в дефиците или полном отсутствии микробов рода *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *E. Coli*.

Средние значения титров бифидобактерий у недоношенных детей практически приближались к нулевой отметке. Снижение титров лактобацилл и полноценных эшерихий было менее существенным.

При комплексном анализе содержания условно-патогенных микроорганизмов было установлено, что в общем составе микрофлоры кишечника превалировала условно-патогенная флора семейства *Enterobacteriaceae*. Чаще всего встречались микроорганизмы, относящиеся к родам *Proteus* (у 24,7% доношенных и 31,8% недоношенных новорожденных), *Clostridium* (у 23,3% и

30,3% детей соответственно). Грибы рода *Candida* в высоких титрах обнаруживались у 34,2% доношенных новорожденных и 48,5% преждевременно рожденных младенцев. Грамположительная флора была представлена в основном стафилококками, причем в группе доношенных детей отмечалось преобладание *S. aureus* (20,5% против 15,2% у недоношенных новорожденных). Остальные стафилококки были коагулазоотрицательных видов.

При анализе результатов состава кишечного содержимого не было выявлено ни одного случая эубиоза. У половины доношенных и у подавляющего большинства недоношенных детей установлена III степень дисбиоза кишечника. В группах доношенных новорожденных дисбиотические нарушения I степени имели около 10% детей, II - 40% младенцев. Обращают на себя внимание выраженные явления дисбиоза (III степень) у большинства недоношенных детей.

Выводы. У всех новорожденных детей с перинатальной патологией при исследовании содержимого толстого кишечника обнаружены изменения как в составе защитной (облигатной), так и факультативной условно-патогенной микрофлоры.

Более выраженные отклонения показателей кишечной микроэкологии выявлены у недоношенных новорожденных.

Видовые и количественные соотношения представителей кишечной микрофлоры зависят от заболеваний перинатального периода, характера вскармливания, физиологической зрелости ребенка, состояния здоровья матери.

Выявленные нарушения антагонистической активности микрофлоры у новорожденных детей с перинатальной патологией можно считать результатом разбалансирования или декомпенсации функциональной активности кишечника.

Литература

1. Николаева И.В. Референтные значения состава кишечной микрофлоры у детей раннего возраста // Практическая медицина. Педиатрия. 2012. № 7 (62). С. 114–117.
2. Ткаченко Е.И., Суворов А.Н. Дисбактериоз кишечника. Руководство по диагностике и лечению. Санкт–Петербург, 2007. 237 с.
3. Урсова Н. И. Микробиоценоз открытых биологических систем организма в процессе адаптации к окружающей среде // Русский медицинский журнал. Детская гастроэнтерология и нутрициология. 2004. Т. 12. № 16. С. 957–959.

4. Shi H.N., Walker A. Bacterial colonization and the development of intestinal defences. Can J Gastroenterol. 2004; 18(8): 493–500.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Ганчар Е.П., ¹Гурин А.Л., ²Костяхин А.Е., ²Евсиевич В.И.,
²Парфененко И.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

Актуальность. Новообразования яичников - одна из актуальных проблем современной гинекологии. Социальная и медицинская значимость рассматриваемой патологии обусловлена не только увеличением частоты её встречаемости с 11% до 25% [1], преобладанием доброкачественных форм в 70-80% [2], но и развитием в молодом возрасте. Беременность при опухолях яичников диагностируют в 0,02 - 0,46% случаев, чаще всего в репродуктивном возрасте. Этиологические факторы опухолей яичников многообразны (отягощенная наследственность, гормональные нарушения, отсутствие беременности в течение длительного времени, частые аборт, наличие инфекций передающихся половым путём и др.) и до конца не изучены [1]. Одной из проблем ведения беременности у женщин с новообразованиями яичников является выбор тактики их лечения [3,4]. На основании УЗ-диагностики и его мониторинга, часто не представляется возможность дифференцировать доброкачественные опухоли от злокачественных образований, что указывает на необходимость проведения динамических исследований (гистологические исследования, определение онкомаркеров и т.д.). Вместе с тем вопросы тактики обследования, введения беременности, необходимости оперативного лечения истинных опухолей и опухолевидных образований яичников во время беременности остается малоизученным, что и является актуальным для проведения настоящего анализа.

Цель исследования: провести анализ случаев оперативного лечения беременных с новообразованиями яичников.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2014 гг. в Городской клинической больнице № 4 г. Гродно оперативно пролечено