

вого диальдегида, что сопровождается активацией антиоксидантных систем. Уровень малонового диальдегида (конечных продуктов ПОЛ) в крови является индикатором активности свободнорадикальных процессов в организме и высокое его содержание как правило соответствует тяжелой степени эндогенной интоксикации [5]. В эритроцитарной массе возрастает содержание триеновых конъюгатов, при этом снижается концентрация восстановленного глутатиона. Интенсивность процессов ПОЛ при холестазах в значительной степени находятся под контролирующим влиянием эндогенного пула восстановленного глутатиона – низкий уровень восстановленного глутатиона ассоциируется с высокой скоростью процессов ПОЛ [4].

Литература

1. Болховитин, Н.И. Реологические и поверхностно-активные свойства крови при заболеваниях желчных путей / Н.И. Болховитин, В.А. Евгеньев, Э.В. Бюль // *Здравоохранение Казахстана*. – 1986. - № 9. – С. 50-52.
2. Клинико-экспериментальное обоснование применения антиоксидантов в лечении механической желтухи / Г.А. Гавриленко [и др.] // *Хирургия*. – 1991. - № 11. – С. 35-43.
3. Прооксидантно-антиоксидантное состояние плазмы крови у крыс при создании условий супрадуоденального холестаза / С.В. Емельяничик [и др.] // *Вестник ГрГУ*. – 2001. – Серия 2, № 2 (6). – С. 111-115.
4. Взаимосвязь между активностью глутатионтрансферазы, перекисным окислением липидов и уровнем восстановленного глутатиона у больных с желчнокаменной болезнью / В.Е. Карпович [и др.] // *Актуальные вопросы гепатологии / под ред. Проф. В.М. Цыркунова*. – Материалы Второго Белорусского симпозиума гепатологов (1-2 окт. 1996). – Гродно, 1996. – С. 103.
5. Кишкун, А.А. Лабораторная диагностика неотложных состояний / А.А. Кишкун. – М.: Лабора, 2012. – 816 с.
6. Перекисное окисление липидов и нарушение свойств эритроцитов у больных с механической желтухой / Е.Б. Петухов [и др.] // *Хирургия*. – 1990. - № 1. – С. 27-30.
7. Антиоксиданты в комплексном лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста / Г.Л. Феofilов [и др.] // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. – 1992. – Т. 148, № 1. – С. 16-21.
8. Юльметов, Н.Ш. Состояние перекисного окисления липидов у больных механической желтухой до и после декомпрессии желчных путей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Н.Ш. Юльметов // *Оренбургский гос. мед. ин-т*. – Оренбург, 1995. – 23 с.
9. Assessment of bilirubin toxicity to erythrocytes. Implication in neonatal jaundice management / M.A. Brito [et al.] // *Eur. J. Clin. Invest.* – 2000. – Vol. 30, № 3. – P. 239-247.

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Клименко В.А., Давиденко Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Актуальность проблемы перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) обусловлена, прежде всего, эпидемиологическим аспектом - ППЦНС составляют (65 - 75) % всех заболеваний нервной системы в детском возрасте. В Украине Смиян И.С., 2010 отмечает наличие ППЦНС у 2-8 % доношенных, от 3 % недоношенных и до 100 % детей с экстремально низкой массой при рождении. ППЦНС – важная социальная проблема, т.к. является причиной инвалидности у 35–40% детей-инвалидов. В последние годы с развитием инновационных техноло-

гий в неонатологии, позволяющих выхаживать глубоконедоношенных детей, тенденции к росту как распространенности, тяжести, так и неблагоприятных прогнозов ППЦНС будут сохраняться, что обуславливает актуальность изучения проблемы.

Целью работы явилось определение факторов риска ППЦНС на современном этапе и изучение последствий ППЦНС у детей грудного возраста.

Методы исследования. Работа выполнена на базе отделения детей раннего возраста КУОЗ «Областная детская клиническая больница №1» г. Харькова. Обследовано 106 пациентов в возрасте от 29 дней до 1 года, находившихся на лечении по поводу обструктивного бронхита. Основную группу составили 73 ребенка, перенесшие ППНЦС гипоксически-ишемического генеза, группу контроля - 33 пациента без неврологической патологии.

Для выявления факторов риска развития ППЦНС при изучении анамнеза использовали опросник Барашнева Ю.И., 2001. Статистически данные обработаны на он-лайн калькуляторе (сайт «Медична статистика» методом анализа бинарных четырех-польных таблиц с расчетом квадрата Пирсона, квадрата Пирсона с поправкой Йейтса или точного критерия Фишера. Оценка психомоторного развития ребенка проводилась с учетом критериев «Клинического протокола медицинского наблюдения за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет» (Приказ МЗ Украины от 20.03.2008 № 149). Задержку развития оценивали «эпикризными» интервалами, которые в этом возрасте составляют 1 мес. Верификация неврологических синдромов проводилась в соответствии с рекомендациями Мартынюка В.Ю., 2001, совместно с детским неврологом, в периоде реконвалесценции бронхита и после отмены всех медикаментов у пациента. Из параклинических методов для оценки состояния ЦНС использовали метод нейросонографии с помощью медицинского диагностического ультразвукового комплекса «Philips HD 11XE», «Philips HD 7» (датчики секторного сканирования с частотой 5 Мгц.). Работа выполнена в соответствии с положениями GCP и международными этическими принципами биомедицинских исследований с участием людей.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты по возрасту были разделены на группы: до 3 мес. - 31,4 %; 3-6 мес. – 38,3 %; 6-9 мес. – 9,6 % и 9-12 мес. – 20,5 %. При выявлении факторов риска ППЦНС анализировали демографические критерии (возраст матери младше 16 или старше 35 лет, рост матери ниже 152 см, масса тела ниже на 20 % от нормы, отягощенная наследственность, отягощенный акушерский анамнез: бесплодие, аборт, выкидыши, мертворождение, смерть новорожденных в анамнезе, многоплодные беременности, рождение недоношенных детей, наличие детей с пороками развития); материнские факторы (гестозы беременной, наличие

ожирения, анемии, хронических заболеваний, алкоголизма, курения); плодово-материнские факторы (наличие гемолитической болезни новорожденных, инфекций TORCH, внутриутробная задержка развития, крупный плод); плацентарные факторы (нарушение фетоплацентарного кровообращения, многоводие, отслойка плаценты, маточные кровотечения); родовые факторы (преждевременные или запоздалые более, чем на 2 недели, роды, продолжительность первых родов более 24 часов и последующих родов - больше 12 часов, разрывы околоплодного пузыря за 24 часа и более до родов, диспропорции таза матери и размеров плода, кесарево сечение); неонатальные факторы (масса тела при рождении ниже 2500 г. или более 4000 г., несоответствие размеров тела ребенка календарному возрасту, оценка по шкале Апгар менее 4 баллов на 1-й минуте, наличие пороков развития). Статистический анализ показал, что среди 36 анализируемых факторов лишь для пяти признаков выявлены достоверные отличия от группы контроля: бесплодие, которому предшествовали аборт, самопроизвольные выкидыши, рождение до срока 38 нед. гестации, гестоз беременности, оценка по шкале Апгар менее 4 баллов на 1-ой минуте. По сравнению с предыдущими годами, обращает внимание снижение роли инфекционного фактора (TORCH инфекций) в развитии патологии нервной системы.

Анализ структуры выявленных неврологических нарушений показал, что у детей грудного возраста, перенесших ППЦНС, чаще всего встречаются синдром двигательных нарушений (44 пациента - 60,3 %); на втором месте - синдром вегето-висцеральных дисфункций - 31 (42,4 %) ребенок. Также имели место синдромы гидроцефальный, судорожный и задержки психомоторного развития - у 14 (19,1%), 11 (15,0%) и 3 (4,1%) пациентов соответственно. У 21 (28,7%) больного имело место сочетание двух, а у 9 (12,3%) пациентов - трех неврологических синдромов. Синдром двигательных нарушений проявлялся: увеличением двигательной активности - у 11 (15,0%) детей; уменьшением двигательной активности - у 10 (15,8%), мышечной дистонией - у 9 (14,2%), гипотонией - у 5 (7,9%) пациентов. Основными клиническими проявлениями синдрома вегето-висцеральных дисфункций были мраморность кожных покровов у 10 (33,3%) детей, дисфункция кишечника с тенденциями к запору - у 9 (29%), частые срыгивания - у 6 (19,4%), рвота - у 3 (9,7%), лабильность пульса - у 2 (6,5%), нарушение ритма дыхания - 2 (6,5%), нарушения терморегуляции - у 2 (6,5%) пациентов. Гидроцефальный синдром у всех пациентов подтвержден наличием ультразвуковых критериев диагностики; клинически увеличение размеров головы обнаружено у 1 ребенка, увеличение размеров большого родничка - у 2 детей, симптом Грефе - у 1 пациента. Судорожный синдром наблюдался у 7 больных (11,1%) - у 6 пациентов на фоне вы-

сокой температуры и интерпретирован как фебрильные судороги, у 1 - в неонатальном периоде по данным анамнеза. Синдром задержки психомоторного развития отмечен у 3 детей – у всех пациентов задержка составила более 1, но менее 2 эпикризных интервалов.

Выводы. 1. Среди факторов риска развития ППЦНС на современном этапе в Украине основное значение имеют: бесплодие, которому предшествовали аборт, самопроизвольные выкидыши, недоношенность, гестоз беременной и оценка ребенка по шкале Апгар менее 4 баллов на 1-ой минуте. 2. В анамнезе у детей грудного возраста, перенесших ППЦНС гипоксически-ишемического генеза, имеют место синдромы: двигательных нарушений (60,3%); вегето-висцеральных дисфункций (42,4%); гидроцефальный (19,1%); судорожный (15,0 %); задержки психомоторного развития(4,1%). У 28,7% больных имеет место сочетание двух, а у 11 (15%) пациентов - трех неврологических синдромов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ЖИВОТА

Климович И.И.¹, Страпко В.П.¹, Амбрушкевич И.Г.² Варсевич И.Г.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно»

Актуальность. С каждым годом количество различных по этиологии травм живота увеличивается, поэтому проблема приобретает не только медицинское, но и социальное значение [1,2]. По данным ВОЗ, от травм во всем мире гибнет ежегодно более 1млн. 300 тыс. трудоспособных людей, а 8-9 млн. человек получают повреждения различной степени тяжести [1].

Цель. Выяснить причинные факторы травм живота и оценить результаты диагностики и лечения пациентов.

Материалы и методы исследования. Нами проанализировали 164 истории болезней пациентов с открытыми и закрытыми травмами живота, находившихся на лечении в хирургическом отделении клинической больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2008 по 2014 гг.

Результаты исследования. Среди пациентов мужчин было 139(84,76%), женщин 25(15,24%). Возраст пациентов колебался от 18 до 83 лет, в среднем составил 39,4±4,7 лет. Открытая травма живота наблюдалась у 86(52,44%) пациентов, ножевые ранения были у 51(59,30%), колото-резанные у 18(20,93%), кататравма у 10(11,63%), ДТП у 7(8,14%). Закрытая травма живота диагностирована у 78(47,56%), причинными факторами которой были ДТП у 33(42,31%), падение по неосторожности у 27(34,61%), непосредственный удар в живот у 16(20,51%), спортивная травма у 2(2,56%). При открытой