

## ЛИТЕРАТУРА

1. Эффективность лечения больных хроническим гепатитом С с 1-м генотипом вируса стандартным интерфероном  $\alpha$  / П. О. Богомолов [и др.] // Клиническая перспектива гастроэнтерологии, гепатологии. — 2011. — № 6. — С. 17–22.
2. Депрессии при интерферонотерапии гепатита С: диагностика и лечение / Н. Н. Иванец [и др.] // Психические расстройства в общей медицине: прил. к журн. «Психиатрия и психофармакотерапия». — 2014. — № 3/4. — С. 25–30.
3. Морозов, А. О. Депрессии у больных хроническим вирусным гепатитом С, получающих противовирусную терапию: дис. ... канд. мед. наук / А. О. Морозов. — М., 2006.
4. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection // Journal of Hepatology. — 2011. — Vol. 55. — P. 245–264.

УДК 616-001.8-053.3-071

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДА РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ В СОСТОЯНИИ АСФИКСИИ

*Полудо К. А., Кабков А. А.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Л. В. Кривицкая*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Несмотря на улучшение акушерской помощи и совершенствование комплекса мероприятий, проводимых в родильном зале, асфиксия новорожденных остается одной из наиболее важных проблем в неонатологии [1]. Основной причиной асфиксии новорожденного является гипоксия плода, возникающая на фоне нарушений фетоплацентарного кровообращения вследствие множества причин, связанных с состоянием здоровья матери, течением беременности и родов. Проблема изучения перинатальных последствий у детей, перенесших асфиксию, несмотря на то, что ей уделяется достаточное внимание, остается актуальной, что обусловлено высоким уровнем летальности и неврологических последствий [2, 3].

#### **Цель**

Изучить факторы риска, клинические особенности и основные показатели кислотно-основного состояния крови (рН, рО<sub>2</sub>, рСО<sub>2</sub>, АВЕ, лактата) в периоде ранней неонатальной адаптации у детей, родившихся в асфиксии различной степени тяжести.

#### **Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ 49 историй развития новорожденных с асфиксией различной степени тяжести, находившихся на лечении в ОАИР УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в 2015 г.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

При анализе ante- и перинатальных факторов риска развития асфиксии, был выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у матерей, а также ряд соматических заболеваний у женщин. Наиболее часто встречающимися экстрагенитальными заболеваниями были заболевания щитовидной железы — в 15,8 % случаев (6 матерей), анемия легкой степени тяжести — в 15,8 % случаев (6 матерей), НЖО 1–2 степени — в 10,5 % случаев (4 матери), ВСД — 10,5 % (4 матери). В 65,5 % случаев (32 матери) отмечался отягощенный гинекологический анамнез. Наиболее часто встречающейся урогенитальной патологией матерей являлась эрозия шейки матки — 25 % случаев (8 матерей), кольпит — 18,8 % случаев (6 матерей), хронический пиелонефрит — 12,5 % (4 матери). Проведенный анализ течения настоящей беременности у матерей, показал, что у 45 (91,8 %) матерей беременность протекала с различными осложнениями. Преобладающей патологией во время беременности у матерей были ОРИ — 42 (26,6 %) случаев, анемия беременных — 38 (24,1 %) случаев, ХВМГП — 25 (15,8 %) случаев. В структуре патологии родов превалировало раннее излитие околоплодных вод — 16 (39 %) случаев, грязные околоплодные воды — 13 (31,7 %) слу-

чаев, острая гипоксия плода — 6 (14,6 %) случаев. В 26 (53 %) случаях родоразрешение было проведено путем кесарева сечения, в 18 (36,7 %) случаях — через естественные родовые пути, в 5 (10,3 %) случаях применялась вакуум-экстракция.

Срок гестации новорожденных с асфиксией, распределился следующим образом: доношенных — 35 (71,4 %) случаев; недоношенных — 14 (28,6 %) случаев, из них: срок гестации 36–37 нед. — 8 (16,3 %) случаев, 34–35 нед. — 6 (12,3 %) случаев. Среди новорожденных с асфиксией в 37 (75,5 %) случаях выявлена асфиксия умеренной степени с оценкой по шкале Апгар 4–7 баллов, в 12 (24,5 %) случаях — асфиксии тяжелой степени с оценкой по шкале Апгар 0–3 балла.

Был проведен анализ основных клинических проявлений асфиксии новорожденных в зависимости от степени тяжести. При асфиксии умеренной степени наиболее часто встречались: акроцианоз — 37 (100 %) случаев, тахипноэ — 21 (56,7 %) случай, ретракция грудной клетки — 21 (56,7 %) случай, мышечная гипотония — 21 (56,7 %) случай, синдром возбуждения ЦНС — 19 (51,3 %) случаев, тахикардия более 140 — 19 (51,3 %) случаев, синдром угнетения ЦНС — 18 (48,3 %) случаев. Реже отмечалось апноэ — 12 (32,4 %) случаев, судороги — 1 (2,8 %) случай, угнетение сознания 1 (2,8 %) случай. Асфиксия тяжелой степени характеризовалась следующими клиническими проявлениями: наиболее часто отмечалось брадипноэ — 12 (100 %) случаев, ретракция грудной клетки — 10 (83,3 %) случаев, синдром угнетения ЦНС — 9 (75 %) случаев, мышечная гипотония — 9 (75 %) случаев, угнетение сознания — 9 (75 %) случаев, общий цианоз — 8 (66,6 %) случаев. Реже встречались следующие симптомы: апноэ — 4 (33,4 %) случая, акроцианоз — 4 (33,4 %) случая, судороги — 3 (25 %) случая, синдром возбуждения ЦНС — 3 (25 %) случая.

Анализ частоты использования ИВЛ у новорожденных в асфиксии показал, что в 16 (32,6 %) случаях из 49 новорожденных проводилась ИВЛ: в 12 случаях ИВЛ была использована у новорожденных с тяжелой асфиксией, в 4 случаях — при умеренной асфиксии. Максимальное количество дней, проведенных на ИВЛ — 4 дня, минимальное количество — 1 день.

Анализируя показатели КОС крови детей, родившихся в умеренной асфиксии, было выявлено, что в 28 (75,6 %) случаях средний уровень рН составил  $7,1 \pm 0,5$ , в 9 случаях (24,4 %) —  $7,0 \pm 0,5$  ммоль/л. При тяжелой асфиксии в 58,3 % (7 случаев) уровень рН составил  $6,7 \pm 0,5$ , в 5 случаях —  $6,8 \pm 0,5$ .

При умеренной асфиксии у 35 % новорожденных (13 случаев) показатель  $pO_2$  был  $35 \pm 10$  mmHg, у 24 (65 %) —  $55 \pm 10$  mmHg, показатель  $pCO_2$  в 20 (54 %) случаях составил  $25 \pm 10$  mmHg, в 17 (46 %) случаях —  $35 \pm 10$  mmHg.

При тяжелой асфиксии отмечались значительные проявления гипоксии и гиперкапнии. Так уровень  $pO_2$  в 4 (33 %) случаях был  $25 \pm 10$  mmHg, в 8 (67 %) случаях —  $35 \pm 10$  mmHg, а уровень  $pCO_2$  в 8 (67 %) случаях был  $45 \pm 10$  mmHg, у 4 новорожденных он составил  $75 \pm 10$  mmHg.

При умеренной асфиксии у 26 (70,3 %) случаях средний уровень лактата в крови составил  $3,6 \pm 1,2$  ммоль/л, в 11 (29,7 %) случаях —  $4,8 \pm 1,2$  ммоль/л. При тяжелой асфиксии отмечались явления декомпенсированного метаболического ацидоза. Так в 58,3 % (7 случаев) уровень лактата составил  $7,2 \pm 1,2$  ммоль/л. В 5 (41,6 %) случаях —  $8,4 \pm 1,2$  ммоль/л.

Средний уровень дефицита оснований в крови у новорожденных при умеренной асфиксии в 31 (83,7 %) случае был  $-15,0 \pm 3,0$  ммоль/л. В 6 (16,3 %) случаях —  $-18,0 \pm 3,0$  ммоль/л. При тяжелой асфиксии в 12 (100 %) случаях был выявлен дефицит оснований  $-30,0 \pm 3,0$  ммоль/л.

### **Выводы**

Таким образом, антенатальные и интранатальные факторы и их сочетанный характер прямо пропорционально влияют на степень тяжести асфиксии новорожденных. В раннем неонатальном периоде у новорожденных, родившихся в умеренной асфиксии чаще всего наблюдалась изменения со стороны центральной нервной системы (синдром возбуждения и угнетения ЦНС), органов дыхания (тахипноэ, ретракция грудной клетки), сердечно-сосудистой системы (тахикардия). При тяжелой асфиксии чаще отмечалась церебральная депрессия, угнетение сознания, мышечная гипотония, судорожный синдром; реже отмечалась апноэ, синдром возбуждения ЦНС.

Для анализа кислотно-основного состояния крови, при умеренной асфиксии был характерен тяжелый метаболический ацидоз (рН менее 7,0, рО<sub>2</sub> менее 55 mmHg, рСО<sub>2</sub> более 35 mmHg, лактат до 6,0 ммоль/л, дефицит оснований (BE) ниже -15,0 ммоль/л). При тяжелой асфиксии характерен выраженный декомпенсированный ацидоз (рН менее 6,8, рО<sub>2</sub> ниже 25 mmHg, рСО<sub>2</sub> выше 75 mmHg, лактат более 6 ммоль/л, дефицит оснований (BE) ниже -20,0 ммоль/л).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Асфиксия новорожденных / Н. П. Шабалов [и др.]. — М.: Медэкспресс, 2004. — 224 с.
2. Барашнев, Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. — М.: Триада-Х, 2001. — 638 с.
3. Miller, S. P. The spectrum of abnormal neurologic outcomes subsequent to term intrapartum asphyxia / S. P. Miller, N. Hall // Pediatric Neurology. — 2009. — Vol. 41, № 6. — P. 399–405.

УДК 616.12-008.331.1-085:616.61

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

*Полянский Д. В.*

Научный руководитель: д.м.н., профессор *Г. С. Маль*

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
г. Курск, Российская Федерация

#### *Введение*

В современном обществе артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее часто встречаемых вариантов патологии сердечно-сосудистой системы. Одной из главных клинических задач и проблем остается выбор оптимальной тактики ведения и лечения больных АГ. Выбор неадекватной тактики лечения АГ в сочетании с патологией почек ведет к ухудшению состояния больного, дестабилизации в работе органов и систем с последующим развитием ХБП, что еще больше усложняет поиск корректной схемы лечения.

#### *Цель*

Оценка качества жизни пациентов с АГ после фармакологической коррекции при помощи опросника SF-36.

#### *Материал и методы исследования*

Под наблюдением находились 120 больных, страдающих эссенциальной АГ (II–III степени, III стадии) в сочетании с ХБП (I–II стадии). Средний возраст составил 60 ± 4 лет. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от типа медикаментозной коррекции: 1-я группа пациентов (n = 60) получала лечение Лозартаном калия в дозе 12,5 мг/сут (лориста, КРКА-Рус, ООО, Россия) в комбинации с Индапамидом (2,5 мг/сут) (Nemofarm CardioLogica, Сербия); 2-я группа (n = 60) Периндоприлом (10 мг/сут) (пристриумА, Производитель: Сердикс, ООО) и Индапамидом (2,5 мг/сут).

Критериями включения являлись: наличие эссенциальной АГ III стадии; поражение органов-мишеней (от МАУ до ХБП); возраст от 51 до 70 лет; прием на момент скрининга препаратов группы иАПФ, диуретиков, желание пациентов принять участие в клиническом исследовании и дать информационное согласие на проведение данной работы.

Критерии исключения: симптоматическая АГ; АГ I стадии; ХСН выше I ст.; ИБС; нарушения мозгового кровообращения; сахарный диабет; тяжелые соматические патологии; перенесенные острые заболевания или хирургические вмешательства менее, чем за месяц до исследования; ожирение выше I степени.

Диагноз АГ определяли по клинической картине, результатам офисного измерения и суточного мониторирования. Оценка качества жизни проведена при помощи опросника SF-36. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием «Statis-tica» 10.0 (StatSoftInc., США).