

Проведение интра- и послеоперационной антигельминтной химиотерапии способствовало раннему выздоровлению, предотвращению послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, сокращению сроков стационарного и амбулаторного этапов лечения.

Выводы

1. Хирургический метод является основным в лечении абдоминальных осложнений паразитарных заболеваний. Вместе с тем применение хирургического метода в чистом виде возможно только в ограниченном числе случаев и может приводить к послеоперационным осложнениям и рецидивам заболевания. Поэтому хирургическое вмешательство должно дополняться химиотерапевтическим лечением в виде комбинированной или комплексной терапии.

2. Препаратом выбора для проведения курсов дооперационной и послеоперационной химиотерапии при хирургическом лечении осложнений аскаридоза кишечника и эхинококкоза печени является альбендазол.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ветшев, П. С.* Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы / П. С. Ветшев, Г. Х. Мусаев // *Анналы хирург. гепатологии.* — 2006. — Т. 11, № 1. — С. 111–116.
2. *Чернышева, Е. С.* Значение гельминтозов в развитии острого аппендицита / Е. С. Чернышева, Г. В. Ермакова, Е. Ю. Березина // *Хирургия.* — 2001. — № 10. — С. 30–32.
3. *Химиотерапия эхинококкоза / Ю. Л. Шевченко [и др.]* // *Анналы хирургии.* — 2005. — № 2. — С. 15–20.

УДК 616-053.3:[616.15:577.1]

ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Анкудович А. С., Михалкова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Кислородная недостаточность у плода приводит к асфиксии и нарушению адаптации новорожденного, а также к мертворождению. Для диагностики состояния плода в антенатальном и интранатальном периоде одним из ведущих методов диагностики состояния плода является кардиотокография (КТГ). Но не всегда показатели, отображаемые на КТГ, позволяют объективно оценить состояние плода [1]. Более точными показателями, позволяющими говорить о метаболическом ацидозе, испытываемым плодом антенатально и интранатально, являются показатели кислотно-основного состояния (КОС) и уровень лактата. Лактемия меньше 5 ммоль/л и (или) дефицит оснований менее 10 ммоль/л не приводили к неврологическим осложнениям. Концентрация лактата более 9 ммоль/л была связана с умеренной или тяжелой энцефалопатией с чувствительностью 84 % и специфичностью 67 %. При сравнении информативности определения рН и лактата в образце крови из кожи головки плода при гипоксии было установлено, что оба метода были одинаково эффективны, однако способ определения уровня лактата из подлежащей головке плода требует меньшего количества крови для выполнения анализа [2].

Цель

Изучить данные КТГ, уровень лактата и параметры КОС у новорожденных.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ 35 историй родов родового отделения ГОКБ за период апрель-июль 2015 при наличии патологических типов КТГ во время родов и (или) высокого уровня лактата у новорожденных. Статистическая обработка: с помощью прикладных программ Microsoft Office: качественных — Me (25;75 перцентилей), количественных — $n, p \pm sp$ %.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных — 25(22; 30) лет. Первыми предстоящие роды были у 27 (77,1 ± 7,1 %) человек. Юной была 1 первородящая (17 лет), одна — возрастной (38 лет), причем беременность была третьей. Вагинит на момент родов был диагностирован у 9 женщин (25,7 ± 7,5 %), а анемия легкой степени тяжести — у 5 (14,3 ± 6 %) женщин. 28 (80 ± 6,9 %) пациенток родоразрешены через естественные родовые пути, причем у 13 (37,1 ± 8,3 %) наблюдалась слабость родовой деятельности, что потребовало у 8 (23 ± 7,2 %) из них использования вакуум-экстрактора. Кесарево сечение выполнено у 7 (20 ± 6,9 %) женщин.

Оценка состояния плода по КТГ накануне родов 9 (8; 9). Минимальный показатель на КТГ, выраженный в баллах по шкале Фишера — 6, максимальный — 10. Пациентка с оценкой КТГ 6 баллов была первородящей в 38 лет, паритет беременностей — 3, родов — 1. Беременность осложнилась хронической плацентарной недостаточностью. У матери в родах наблюдалась родовая слабость, не поддающаяся медикаментозной коррекции, что потребовало выполнения операции кесарева сечения. Родился мальчик весом 3700 г. Оценка новорожденного по шкале Апгар 8/8 баллов. Лактат в 1-е сутки составил 1,5 ммоль/л.

Показатель STV накануне родов составил 8,5 (7,5; 10), минимум — 5,1 и максимум — 11,8. STV перед потугами 7,5 (5,9; 12,6), минимум — 3,6, максимум — 12,6. Пациентка с показателем STV накануне родов 5,1 и перед началом потуг 3,6 имела паритет беременности — 1, родов — 1. Беременность осложнилась хронической плацентарной недостаточностью. Родилась путем операции кесарева сечения, девочка весом 3550 г, Апгар на 1 и 5 минуте 8/8. Лактат у новорожденного был 6,4 ммоль/л.

Оценка детей по шкале Апгар на 1 минуте была 7 (6; 8). При этом, тяжелая асфиксия в родах была у одного ребенка. Пациентка была первородящей в 31 год. По данным УЗИ: однократное обвитие пуповины вокруг шеи плода. Раннее излитие околоплодных вод. Слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции. Острый дистресс-синдром новорожденного. Роды продолжались 450 минут, эпизиотомия, вакуум-экстракция плода. STV перед потугами был 7,5. Потужной период — 20 минут, родился мальчик, весом 3200 г с оценкой по шкале Апгар 2/5 баллов.

Уровень лактата у новорожденных в 1 сутки составил 6,9 (4,7; 9,6) ммоль/л. Минимум — 1,5 ммоль/л, максимум — 16 ммоль/л. Паритет беременности матери, у которой ребенок имел показатель лактата 16 ммоль/л, был 3, родов — 1. Беременность сопровождалась угрозой прерывания. Оценка КТГ накануне родов, выраженная в баллах по шкале Фишера, была 9 баллов, STV был 8,2. Перед потугами данные КТГ оценивались на 8 баллов. Наблюдалась родовая слабость. Родился доношенный мальчик 3270 г, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. У новорожденного была патология неонатального периода гипоксического генеза (легочная гипертензия, асфиксия умеренной степени), а также пороки внутриутробного развития: мышечный ДМЖП. ФФК: ООО, ОАП НК 0 ст.

Показатель лактата новорожденных на 3 сутки 1,4 ммоль/л (1,3; 1,95). Минимум — 0,7 ммоль/л, максимум — 6,9 ммоль/л. Паритет беременности матери, у которой ребенок имел показатель лактата 6,9 ммоль/л, был 2, родов — 1. Беременность осложнилась хронической плацентарной недостаточностью. Показатель STV в день родов был 8,1. У матери в родах наблюдалась родовая слабость. Родился доношенный мальчик 3500 г. Оценка новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте была 8/8. Уровень лактата новорожденного на 1-е сутки после родов составил 10,2 ммоль/л. Была патология неонатального периода гипоксического и инфекционного генеза.

Уровень SBE 1 суток — 20–10 ммоль/л был у 9 (45 ± 11,41 %) новорожденных, что соответствует тяжелой и (или) хронической гипоксии, а 10–5 ммоль/л — у 11 (55 ± 11,41 %) детей, что соответствует умеренной степени гипоксии.

Показатель pH пуповинной крови 1 сутки 7,2 (7,1; 7,2) При этом минимум — 6,9; максимум — 7,3. Уровень pH < 7 был у 2 (10 ± 6,9 %) новорожденных, что соответствует тяжелой и (или) хронической гипоксии, pH 7,0–7,25 у 14 (70 ± 10,57 %), что соответствует умеренной гипоксии pH > 7,25 у 4 (20 ± 10,18 %), что соответствует легкой степени гипоксии.

Патология неонатального периода гипоксического генеза (асфиксия, дыхательная недостаточность, церебральная депрессия) была диагностирована у 22 ($62,9 \pm 8,3$ %) новорожденных, при этом у 9 ($25,7 \pm 7,5$ %) она сочеталась с инфекционной патологией (врожденная пневмония).

Выводы

Данные исследования показывают, что определение уровня лактата крови у новорожденных, перенесших асфиксию, позволяет более точно и своевременно оценить состояние организма, находящегося в состоянии гипоксии и метаболического ацидоза, проводить адекватную терапию и тем самым улучшить постнатальный прогноз. В дополнение к вышесказанному нужно указать, что не всегда показатели на КТГ показывали истинное состояние плода в родах. Поэтому определение уровня лактата в интранатальном периоде необходимо шире внедрять в родовспомогательных учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Carbonne, B. Fetal scalp blood sampling during labour for pH and lactate measurements / B. Carbonne, K. Pons, E. Maisonneuve // Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. — 2016. — Vol. 30. — P. 62–67.*
2. *Lactate detection in the brain of growth-restricted fetuses with magnetic resonance spectroscopy / I. Cetin [et al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2011. — Vol. 205, Is. 4. — P. 350–350.*

УДК 796.42/.43:378-057.875

АНАЛИЗ СКОРОСТНО-СИЛОВОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОК 3 КУРСА ОСНОВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ В 2014–2015 УЧЕБНОМ ГОДУ

Антюхова Т. А.

Научный руководитель: С. А. Ломако

Учреждение образования

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

Введение

Физическая подготовка является основой физического воспитания и спорта. Физическая подготовка населения в рамках государственных образований имеет первостепенное значение и прикладной характер. От уровня физической подготовленности (как результата процесса физической подготовки) зависит здоровье населения, его готовность к труду и воспроизводству материальных благ [1].

Физическая подготовка — это процесс, направленный на воспитание физических качеств и развитие функциональных возможностей, создающих благоприятные условия обеспечения жизнедеятельности человека. Она подразделяется на общую и специальную.

Общая физическая подготовка предполагает разностороннее развитие физических качеств, функциональных возможностей и систем организма, слаженность их проявления в процессе мышечной деятельности.

Специальная физическая подготовка характеризуется уровнем развития физических способностей, возможностей органов и функциональных систем, которые необходимы для конкретной спортивной дисциплины (вида спорта) или вида трудовой деятельности, при этом она ориентирована на предельную степень развития данных способностей.

Физическая культура студентов представляет собой неразрывную составную часть высшего образования. Она выступает качественной и результирующей мерой комплексного воздействия различных форм, средств и методов на личность будущего специалиста в процессе формирования его профессиональной компетенции. Материализованным результатом этого процесса является уровень индивидуальной физической культуры каждого студента, его духовность, уровень развития профессионально значимых способностей [2].