

Функции программирования и контроля важны для организации собственной деятельности и низкий их уровень может приводить к трудностям в обучении. Показатели детей, проживающих на территории радиоактивного загрязнения, по уровню развития функции программирования и контроля распределились следующим образом: достаточный его уровень был у большинства детей ($70,5 \pm 4,9 \%$), что говорит о их способности организовывать собственную деятельность; высокий уровень выявлен у 3 ($3,5 \pm 2 \%$) детей — они умели ставить перед собой цель, контролировать процесс деятельности (в 100 % случаев данные дети принадлежали к категории «старший школьный возраст»); низкий уровень показателя наблюдался в $26 \pm 4,7 \%$ случаев.

Выводы

Дети, проживающие на территориях радиоактивного загрязнения, в большинстве своем доброжелательны, общительны, неконфликтны, имеют достаточный уровень развития психических процессов, эмоциональной и мотивационно-волевой сферы, интеллектуального развития. Полученные данные о психолого-педагогическом статусе детей, проживающих на территориях радиоактивного загрязнения, позволили не только оценить особенности развития психических процессов, эмоциональной и мотивационно-волевой сферы данных детей, а также выявить ряд «проблемных зон»: $39,8 \pm 5,2 \%$ детей имеют трудности в сосредотачивании внимания, $44,3 \pm 5,3 \%$ — низкую способность к переключению внимания, у $26 \pm 4,7 \%$ детей недостаточно сформированы функции программирования и контроля. Кроме этого, $16 \pm 3,9 \%$ детей имеют низкую продуктивность деятельности, $18,1 \pm 4,1 \%$ — быструю утомляемость, $18,2 \pm 4,1 \%$ — ограниченный объем внимания, $16 \pm 3,9 \%$ детей имеют низкий уровень мотивации, у $18,2 \pm 4,1 \%$ — отсутствует инициатива в сфере учебы, $19,3 \pm 4,2 \%$ детей необщительны. Изучение психолого-педагогического статуса детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, может быть ориентиром в направлениях психолого-педагогической коррекции детей данной категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пілінська, М. А. Цитогенетичні наслідки у Чорнобильських контингентів пріоритетного спостереження / М. А. Пілінська // Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції. — Київ, 2007. — С. 156–169.
2. Чешик, А. А. Структура заболеваемости гемобластозами у дітей 0–18 лет, подвергнувшись воздействию ионизирующей радиации вследствие Аварии на Чернобыльской АЭС / А. А. Чешик // Материалы международной научно-практической конференции «Современные проблемы радиационной медицины: от науки к практике», Гомель, 11 апреля 2014 / ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»; под ред. А. В. Рожко. — Гомель, 2014. — С. 215–217.

УДК 616-007-053.2

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ. ФАКТОРЫ РИСКА

Зарянкина А. И., Кривицкая Л. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Врожденные пороки развития у детей стабильно занимают 1-е место среди причин детской инвалидности и 2-е место в структуре детской смертности детей 1-го года жизни. С позиции современной науки и практики врожденные пороки развития необходимо рассматривать в первую очередь как следствие разнообразных нарушений здоровья родителей, и в первую очередь матери [1, 2].

Врожденные пороки развития формируются в результате воздействия на организм беременной и эмбрион современного комплекса экзогенных факторов окружающей среды. Речь идет об ассоциативном влиянии комплекса повреждающих экзо- и эндогенных факторов в критические периоды развития эмбриона или отдельных его органов [2, 3].

По данным ВОЗ, врожденные пороки развития встречаются у 4–6 % детей рожденных в мире, при этом в 50 % случаев это летальные и тяжелые пороки, требующие хирургической коррекции.

Цель

Изучить влияние генитальной, экстрагенитальной патологии матери на формирование врожденных пороков развития у плода.

Материал и методы исследования

Данное исследование проводилось на базе Гомельской областной детской клинической больницы. Были проанализированы 178 карт стационарного пациента новорожденных детей, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных в период с января по декабрь 2015 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Хронические соматические заболевания женщины осложняют течение беременности, способствуют развитию фетоплацентарной недостаточности, хронической и острой гипоксии плода, а также последующему инфицированию. Состояние здоровья достоверно чаще бывает отягощено различной хронической патологией — заболеваниями ЛОР-органов, вегетососудистой дистонией, артериальной гипертензией, ожирением и другой патологией [3, 4].

В исследуемой группе чаще всего была выявлена анемия беременных — 43 (24,2 %) случая, ожирение — 24 (13,5 %) случая, никотиновая зависимость — 16 (9 %) случаев, узловой зоб — 13 (7,3 %) случаев, хронический пиелонефрит — 10 (5,6 %) случаев, хронический гастрит — 9 (5,1 %) случаев, артериальная гипертензия и вегетососудистая дистония — по 4 (2,2 %) случая.

В эмбриональном периоде возникновение любого инфекционного процесса в организме матери является серьезной угрозой, так как инфицирование плодного пузыря может привести к раннему выкидышу, тяжелым воспалительным изменениям или лежать в основе формирования эмбриопатий и врожденных аномалий развития плода [3].

Проанализировав течение настоящей беременности у матерей, включая экстрагенитальную соматическую патологию, было установлено, что только у 17 (9,6 %) женщин беременность протекала без патологии, в том числе соматической. У 161 (90,4 %) женщины беременность протекала на фоне различных инфекционных заболеваний.

Так, острая респираторная инфекция была выявлена у 27 (15,2 %) беременных, уреоплазмоз — у 10 (5,6 %), хламидиоз и трихомониаз — у 8 (4,5 %) женщин, микоплазмоз — у 7 (3,9 %), у 5 (2,8 %) женщин отмечался хронический гепатит С, в единичных случаях — ВИЧ-инфекция, сифилис, гепатит В.

Наличие в анализе у женщин бесплодия, замершей беременности, а также воспалительных заболеваний половой сферы (кольпит, эндометрит, кисты яичников и т. д.) свидетельствуют о возможных иммунных, эндокринных и генетических нарушениях и способствуют формированию патологии течения беременности.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза, было выявлено, что эрозия шейки матки (как в анамнезе, так и на фоне настоящей беременности) отмечалась у 96 (53,9 %) женщин, вагинит — у 55 (30,9 %).

Совокупность неблагоприятных факторов, характеризующих состояние здоровья женщины, приводит к патологическому течению беременности, что в ранние сроки может отрицательно воздействовать на формирование систем и органов плода.

Так, у 27 (15,2 %) женщин отмечалась хроническая внутриматочная гипоксия плода, у 19 (10,7 %) — гестоз, у 15 (8,4 %) — хроническая фетоплацентарная недостаточность, у 5 (2,8 %) женщин — задержка внутриутробного развития плода.

Большинство новорожденных имело удовлетворительную массу тела при рождении, лишь у 69 (38,7 %) детей она была ниже 3000 г.

Среди всех врожденных пороков развития весомое место заняли врожденные пороки сердца (ВПС), из них: дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) — 51 (28,7 %) случая, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — 39 (21,9 %) случаев, стеноз легочной артерии — 24 (13,5 %) случая, ДМПП + ДМЖП — 17 (9,6 %) случаев, открытый артериальный проток — 12 (6,7 %), аортальная недостаточность — 9 (5,1 %), реже встречалась недостаточность клапанов легочной артерии — 5 (2,8 %) случаев, недостаточность митрального клапана, аномальное отхождение коронарных артерий, двустворчатый аортальный клапан и атрио-вентрикулярные коммуникации — по 3 (1,7 %) случая, коарктация аорты и тетрада Фалло — по

2 (1,1 %) случая. Другие врожденные аномалии развития встречались значительно реже: головчатая гипоспадия — 2 (1,1 %) случая, болезнь Гиршпрунга — 2 (1,1 %) случая, расщелина твердого и мягкого неба — 5 (2,8 %) случаев, микрогнатия — 2 (1,1 %) случая, колобома век и ушные привески — 1 (0,6 %). У 8 (4,5 %) новорожденных отмечалась врожденная непроходимость носослезного канала, у 3 (1,7 %) — врожденные пороки развития кисти, у 2 (1,1 %) — двусторонняя частичная атрезия хоан, у 1 (0,6 %) ребенка — врожденная косолапость. Отмечалось значительное разнообразие среди врожденных аномалий развития желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей. Так, врожденный гипертрофический пилоростеноз был выявлен у 4 (2,2 %) детей, атрезия ануса — у 2 (1,1 %) детей, ректоуретральный свищ — у 1 (0,6 %) ребенка. Из врожденных аномалий мочевой системы наиболее часто встречалась гидронефротическая трансформация почек — 7 (3,9 %) случаев, двусторонний уретерогидронефроз и удвоение почек — по 3 (1,7 %) случая, уретероцеле и пиелэктазия — по 2 (1,1 %) случая, гипоплазия почек и врожденный мультикистоз почек — по 1 (0,6 %) случаю. Реже отмечались врожденные пороки развития головного мозга: гипоплазия мозжечка — 2 (1,1 %) случая, агенезия мозолистого тела — 1 (0,6 %) случай.

Возможно, совместное влияние комплекса неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов привело к формированию малых аномалий развития сердца, которые были выявлены у 93 (52,2 %) новорожденных.

На фоне врожденных аномалий развития у новорожденных отмечалось формирование различных заболеваний, которые в значительной степени усугубляли тяжесть состояния детей. Так, у 62 (34,8 %) новорожденных была выявлена энцефалопатия токсико-гипоксического генеза и синдром угнетения, у 38 (21,3 %) — врожденная пневмония. Неонатальная желтуха была диагностирована у 31 (17,4 %) ребенка, гипертензионный синдром — у 20 (11,2 %) детей, реже встречалась анемия — 18 (10,1 %) случаев и острый пиелонефрит — 9 (5,1 %) случаев.

Выводы

Врожденные аномалии развития плода чаще всего имеют мультифакториальную природу и в значительной степени обусловлены соматической и гинекологической патологией матери. В связи с этим для профилактики формирования врожденных пороков развития важное значение имеют вопросы здоровья женщины, предупреждение заболеваний матери в период беременности, санация хронических очагов инфекции и своевременное и адекватное лечение патологии беременности. Своевременное выявление факторов риска развития врожденных аномалий развития, их различный прогноз для жизни и здоровья новорожденного на своевременном этапе, делают особенно адекватной их профилактическую диагностику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Первичная профилактика врожденных пороков развития в Республике Беларусь на основе изучения динамики частот наиболее распространенных мультифакториальных заболеваний / И. В. Наумчик [и др.] // Достижения медицинской науки Беларуси. — 2010. — С. 61–62.
2. Петриковский, Б. Н. Врожденные пороки развития: пренатальная диагностика и тактика / Б. Н. Петриковский, М. В. Медведь, Е. В. Юдинова. — М., 1999. — С. 59–90.
3. Линде, В. Л. Эпидемиологические аспекты невынашивания беременности: обзор литературы / В. Л. Линде, Н. А. Татарева // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — № 6. — С. 89–93.
4. Подзолкова, Н. М. Клинические и патогенетические аспекты неразвивающейся беременности / Н. М. Подзолкова, В. Г. Истратов, Т. В. Золотухина // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2003. — № 2. — С. 40–44.

УДК 616.5-006.81

МЕТАСТАЗЫ МЕЛАНОМЫ ИЗ НЕУСТАНОВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

Зверькова В. А., Новик С. И.

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Меланома — злокачественная опухоль из меланинообразующих клеток кожи, характеризующаяся быстрым ростом и ранним лимфогенным и гематогенным метастазированием. В общей структуре злокачественных новообразований она занимает 1–4 %. Меланома из невы-