

Уменьшение с возрастом числа детей с дефектами речи служит показателем эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Заключение

На протяжении ряда последних лет лидирующую позицию в заболеваемости детского населения занимает патология органов дыхания, которая относится к экологозависимым заболеваниям, что свидетельствует о необходимости поиска причинно-следственных связей и более детального изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гребняк, Н. П. Состояние здоровья детского населения мегаполиса / Н. П. Гребняк, С. В. Вытрщак // Гигиена и санитария. — 2004. — № 2 — С. 50–53.
2. Мустахова, Э. М. Анализ заболеваемости детского населения по данным городских поликлиник / Э. М. Мустахова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2006. — № 4. — С. 12–15.

УДК 618.3:616.12-008.331.1

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ченцова П. Н., Шалыга А. И., Санкевич Н. С.

Научный руководитель: к.б.н., доцент кафедры нормальной физиологии Н. И. Штаненко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания у беременных представляют большую проблему как для терапевтов и акушеров, так и для педиатров. По данным экспертов ВОЗ, артериальная гипертония (АГ) встречается у 15–20 % беременных. Считают, что с наличием АГ связано большое количество осложнений беременности и родов. Так, у женщин с имевшейся до беременности АГ, частота мертворождаемости составляет 3,8 %, преждевременных родов — 15,3 %, внутриутробной задержки развития плода — 16,6 %, угрожающего состояния плода — 25,8 %.

Цель

До сих пор остается актуальным вопрос о развитии артериальной гипертонии у беременных. Целью представленной работы явился анализ литературных данных для определения возможных причин развития гипертонии при беременности.

Результаты

Артериальное давление показывает, с какой силой давит кровь на стенки сосудов. Артериальная гипертония — это болезнь, которая характеризуется стойким повышением уровня артериального давления. Изменения, происходящие в организме во время беременности, предрасполагают к развитию гипертонии и потому у беременных женщин риск развития артериальной гипертонии выше, чем среди общего населения. Если артериальная гипертония отмечается на 20-й неделе беременности, это может быть признаком преэклампсии.

Преэклампсия — выраженное нарушение работы сердечно-сосудистой системы и почек во время беременности, которое включает: гипертонию и нарушение работы почек. Это серьезное состояние как для матери, так и для плода. При высоком артериальном давлении отмечается нарушение плацентарного кровообращения, в результате чего плод получает меньшее количество крови, а следовательно, кислорода и питательных веществ. Это может привести к недоразвитию плода. Кроме того, артериальная гипертония повышает риск преждевременных родов и мертворождений. Кроме того, она

влияет на состояние печени, почек и головного мозга матери. Финальной фазой преэклампсии является эклампсия, которая характеризуется судорогами.

С чем же связано развитие гипертензии во время беременности? В первую очередь с изменениями, которые происходят в организме беременной женщины. Во время беременности организм женщины приспосабливается к новым условиям функционирования, которые включают обеспечение жизнедеятельности и развития плода. Со стороны сердечно-сосудистой системы в организме беременной женщины происходят следующие изменения: увеличение объема циркулирующей крови и появление плацентарной кровеносной системы — необходимо для обеспечения питания и развития ребенка. У беременных женщин объем циркулирующей крови увеличивается на 25–30 %, что кроме обеспечения питания ребенка позволяет женщинам терять часть крови во время родов, без значительного ущерба для здоровья; учащение работы сердца; повышение внутрибрюшного давления, повышение диафрагмы и изменение позиции сердца в грудной клетке из-за значительного увеличения размеров матки; постепенное увеличение веса беременной женщины; прирост объема плазмы опережает увеличение массы эритроцитов, что может привести к физиологической анемии беременных. Все описанные изменения увеличивают нагрузку на сердце и сосуды беременной женщины, что могло бы вызывать гипертонию, однако у здоровых женщин во время беременности артериальное давление не повышается, а несколько снижается (от 5 до 15 мм рт. ст.). Это связано с сосудорасширяющим действием ряда биологически активных веществ, выделяющихся в организме беременной женщины. Таким образом, во время беременности нормальный уровень артериального давления формируется за счет взаимодействия факторов повышающих давление и снижающих его. Нарушение баланса этих факторов и является причиной развития гипертонии во время беременности.

Механизм развития АГ у беременных окончательно не выяснен. Во время гестации возможна реализация наследственной предрасположенности к данному заболеванию. Гипертензия может быть связана с недостаточной выработкой в плаценте 17-оксипрогестерона, являющегося промежуточным стероидом в биосинтезе глюкокортикоидов, андрогенов и эстрогенов; чувствительностью сосудов к ангиотензину II, мощному сосудосуживающему пептиду; чрезмерной активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Увеличение выработки ренина, ангиотензина II и секрецию вазопрессина обуславливает ишемию почек. На фоне гормональных изменений, сопутствующих беременности, расслабляются гладкие мышцы сосудов, происходит последующее формирование плацентарного кровотока и кровообращения плода. Для беременности характерна задержка натрия и воды. Также обычно имеет место дилатация приносящей артериолы клубочка с увеличением на 50 % почечного плазматока и клубочковой фильтрации. Другой физиологический феномен состоит в изменении при беременности регуляции антидиуретического гормона. Возникает сдвиг «пусковой точки» высвобождения этого гормона. Следствием этого является диспропорциональная задержка воды в организме, умеренная гипонатриемия разведения и снижение осмоляльности сыворотки крови. Кроме того, в третьем триместре под действием плацентарной вазопрессиназы увеличивается метаболический распад антидиуретического гормона, в связи с чем могут возникать симптомы несахарного диабета. Среди механизмов, приводящих к повышению АД во время беременности, рассматриваются колебания уровней гормонов прессорной и депрессорной систем, таких, как натриуретический пептид и эндотелиальные факторы. Изменяется секреция вазодилатирующих простаноидов, NO-синтазы и оксида азота, ответственных за снижение периферического сопротивления при нормально протекающей беременности.

Вывод

В результате проведенной работы было установлено, что заболевание вызывает функциональные и морфологические изменения сосудов в результате сужения их просвета. При

этом на ранних сроках беременности возникают нарушения в плацентарном ложе, что может привести к плацентарной недостаточности, гипоксии и гипотрофии плода. В связи с этим АГ повышает риск возникновения преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гестоза с характерными осложнениями для матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова, Е. И. Артериальная гипертензия у беременных / Е. И. Баранова. — М.: Медицина. — 2006. — № 12(1). — С. 7–15.
2. Артериальная гипертензия беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению / А. Л. Верткин [и др.] // РКЖ. — 2003. — № 6. — С. 59–65.
3. Давидович, И. М. Артериальная гипертензия и беременность: механизмы формирования, эффективность амлодипина / И. М. Давидович, И. А. Блощинская, Т. А. Петричко // РМЖ. — 2003. — № 4. — С. 197–200.
4. Оксид азота: роль в развитии осложненной беременности и их профилактике у женщин с гипертонической болезнью и хроническим нефритом / О. В. Зозуля [и др.] // Тер. арх. — 1997. — № 6. — С. 17–20.

УДК: 616.24 – 002.1 – 053.37

ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Чернобровкин А. Ю.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пневмония — одно из наиболее распространенных, а зачастую и тяжело диагностируемых заболеваний у детей раннего возраста.

Высокая частота встречаемости острой пневмонии у детей раннего возраста объясняется иммунологической, функциональной и анатомической незрелостью организма ребенка, широким диапазоном возбудителей заболевания, социально-экономическим и экологическим неблагополучием в регионе.

Цель исследования

Изучение особенностей течения острой внебольничной пневмонии у детей раннего возраста, проживающих в городе Гомеле и Гомельской области.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы 50 историй болезни детей раннего возраста, находившихся в инфекционном отделении № 1 УЗ «ГОДКБ» с диагнозом острая пневмония в период с января по ноябрь 2011 г.

Результаты исследования

Согласно медицинской документации наиболее часто с острой внебольничной пневмонией госпитализируются дети в возрасте 2–3 лет. В этом возрасте было госпитализировано 23 (46 %) пациента, в возрасте от 1 до 2 лет — 15 (30%) детей, до 1 года — 12 (24 %). Во все возрастные периоды болеют примерно одинаково мальчики (26) и девочки (24), 52 и 48 % соответственно. Из числа поступивших в стационар 34 (68 %) пациента — жители города, 16 (32 %) — жители села.

В большинстве случаев (68 %) больные дети поступают в стационар по направлению участкового педиатра в связи с отсутствием положительной динамики от амбулаторного лечения, из них симптоматическое лечение амбулаторно получало 19 (38 %) пациентов, антибактериальную терапию — 15 (30 %). Экстренно каретой скорой помощи было доставлено 16 (32 %) детей, амбулаторное лечение которым не проводилось.

Причиной госпитализации в стационар, наряду с отсутствием положительной динамики от амбулаторного лечения, явилась степень тяжести общего состояния. 27 (54 %) детей госпитализированы в тяжелом состоянии, 23 (46 %) ребенка — в состоянии средней степени тяжести (таблица 1).