

У детей с нарушениями ритма сердца 23 (54,8 %) матери имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Инфекции, передаваемые половым путем, выявлены у 3 (13 %) женщин, кольпит — у 8 (34,78 %). ОРВИ во время беременности перенесли 7 (30,4 %) женщин. Угроза прерывания беременности наблюдалась у 8 (34,8 %) беременных. У 9 (39,1 %) женщин родоразрешение проведено путем кесарева сечения.

Из 18 (42,9 %) детей, имеющих нарушения ритма сердца как основной диагноз, у 8 (44,4 %) детей нарушения ритма сердца были проявлением синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы, у 2 (11,2 %) — проявлением врожденных нарушений ритма, у 8 (44,4 %) детей основной диагноз — нарушение ритма сердца.

Нарушение возбудимости зафиксировано у 13 (72,2 %) детей, из них, у 10 (76,9 %) детей — экстрасистолия, у 3 (23,1 %) — пароксизмальная тахикардия. Нарушение проводимости — у 4 (22,2 %) детей, из них, у 3 (75 %) детей — WPW-синдром и у 1 (25 %) ребенка — АВ-блокада 3 степени. Нарушение автоматизма — у 1 (5,6 %) ребенка, у которого выявлена синусовая тахикардия.

Синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у 7 (87,5 %) детей проявлялся экстрасистолией, у 1 (12,5 %) ребенка — синусовой тахикардией. Экстрасистолия в 100 % случаев (2 детей) была проявлением врожденных нарушений ритма сердца. Нарушения ритма сердца, как основной клинический диагноз, проявлялся экстрасистолией (1 (12,5 %) ребенок), пароксизмальной тахикардией (3 (37,5 %) детей), синдромом WPW (3 (37,5 %) детей) и АВ-блокадой 3 степени (1 (12,5 %) ребенок).

У 13 (54,2 %) детей нарушения ритма сердца выявлены на фоне острой патологии органов дыхания (пневмония, бронхит), у 7 (29,2 %) детей — с неонатальной желтухой, у 3 (12,5 %) — на фоне энцефалопатии новорожденных и у 1 (3,4 %) ребенка с внутриутробной инфекцией.

Наиболее часто встречались нарушения возбудимости (19 (79,2 %) детей), из которых желудочковая экстрасистолия зафиксирована у 11 (57,9 %) детей, суправентрикулярная экстрасистолия — у 5 (26,3 %), пароксизмальная тахикардия — у 3 (15,8 %) человек. Нарушение проводимости выявлено у 3 (12,5 %) детей: WPW-синдром (2 (66,7 %) ребенка), АВ-блокада 1 степени (1 (33,3 %) ребенок). Нарушение автоматизма обнаружено у 2 (8,3 %) детей, основным проявлением которого в 100 % случаев являлась синусовая брадикардия.

#### **Выводы**

Наиболее часто нарушения ритма сердца диагностированы у новорожденных мальчиков на первой неделе жизни. Ведущими нарушениями ритма сердца являются нарушения возбудимости в виде экстрасистолии. Экстрасистолия — наиболее частое нарушение ритма сердца, являющееся проявлением как основного заболевания (синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы), так и проявление нарушений ритма сердца, диагностируемое на фоне различной соматической патологии (острые заболевания органов дыхания, неонатальная желтуха).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Прахов, А. В. Неонатальная кардиология / А. В. Прахов. — Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2008. — 388 с.
2. Транзиторные нарушения сердечно-сосудистой системы у новорожденных / А. В. Сукало [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2015. — № 3. — С. 5–11.
3. Физиология и патология сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни / под ред. М. А. Школьниковой, Л. А. Кравцовой. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 160 с.

УДК 616-053.3:612.357.131

## **НЕОНАТАЛЬНЫЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНИИ**

*Асташкевич Л. Г.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Неонатальная желтуха — появление видимого желтушного окрашивания кожных покровов и слизистых вследствие повышения уровня общего билирубина в сыворотке крови.

Гипербилирубинемия является наиболее часто встречающимся состоянием в периоде новорожденности. Всего насчитывается около 50 заболеваний, которые сопровождаются появлением желтушности кожных покровов. Неонатальная желтуха чаще всего носит физиологический характер, является транзиторным состоянием и не требует лечения. В то же время это может быть симптомом серьезного заболевания, требующего своевременной диагностики и терапии. Наиболее опасное осложнение непрямого билирубинемии — развитие нейротоксического эффекта, приводящего к тяжелым неврологическим осложнениям. Наиболее часто это встречается у недоношенных детей и детей первых дней жизни. Задача врача педиатра заключается в своевременной оценке состояния ребенка, исключения патологии, нуждающейся в более детальном обследовании и лечении.

#### **Цель**

Изучить факторы риска развития, частоту и особенности течения неонатальных желтух у детей.

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

Было проанализировано 84 карты стационарного пациента детей с неонатальной желтухой, находившихся на лечении в педиатрическом отделении для новорожденных в ГОДКБ в январе-июне 2016 г. В процессе исследования было проанализировано гендерное соотношение пациентов, гестационный возраст, масса тела при рождении, время появления желтухи, оценка по шкале Апгар, сопутствующая патология у новорожденных, акушерско-гинекологический анамнез матери.

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

В исследуемой группе новорожденных отмечалось преобладание мальчиков — 49 (58 %) детей; девочек — 35 (42 %) детей).

Учитывая факт медленного развития ферментных систем печени, наиболее вероятен риск развития неонатальной гипербилирубинемии у недоношенных и незрелых детей. Доношенные дети со сроком гестации более 37 недель составили 75 % (63 ребенка), в сроке от 28 до 37 недель родился 21 (25 %) ребенок. При этом массу тела при рождении более 3000 г имели 55 (70 %) детей, масса тела 2500–3000 г наблюдалась у 20 (26 %) детей и только у 3 (4 %) новорожденных имели массу менее 2500 г.

Гипоксические состояния у новорожденных неблагоприятно влияют на становление ферментных систем печени и снижают их физиологическую активность. Так в анализируемой нами группе 11 (13 %) детей родились в умеренной асфиксии с оценкой по шкале Апгар 4–7 баллов на первой минуте. Кроме того, 26 (31 %) детей были рождены путем кесарева сечения, что в определенной степени влияет на механизм адекватной неонатальной адаптации.

Неонатальные гипербилирубинемии в подавляющем большинстве случаев носят доброкачественный характер и визуально появляются на 2–3 сутки жизни. Анализ сроков появления желтухи в исследуемой группе новорожденных показал, что у большинства новорожденных (31 (36 %) ребенок) желтуха появилась на 3-и сутки жизни, на 2-е сутки — у 16 (19 %) детей, на 4-е сутки — у 12 (14,5 %) детей, позднее 5 суток — у 10 (12 %) детей. У 15 (18,5 %) новорожденных появление желтухи было отмечено в 1-е сутки, что потребовало углубленного обследования для исключения ее патологического характера.

Сопутствующая патология, сопровождающаяся развитием гипоксии, интоксикации в значительной мере пролонгирует морфофункциональную незрелость в печени а также удлиняет сроки гипербилирубинемии и ее интенсивность. В исследуемой группе пациентов у 36 (43 %) детей были выявлены различные проявления внутриутробной инфекции: в 72 % случаев (26 детей) — врожденная пневмония, в 8 % случаев (по 3 ребенка) — врожденный ринит и конъюнктивит, поражение ЖКТ и остеомиелит составили соответственно по 6 % случаев (2 ребенка).

Патологические изменения со стороны нервной системы были обусловлены незрелостью ЦНС, и возможно, токсическим действием непрямого билирубина на головной мозг. Так у 55 (66 %) новорожденных отмечались проявления энцефалопатии токсико-гипоксического генеза. При этом в большинстве случаев (45 (82 %) детей) наблюдался синдром угнетения ЦНС,

синдром двигательных нарушений был выявлен у 10 (18 %) детей. Практически во всех случаях неврологическая симптоматика характеризовалась симптомами гипотонии и гипорефлексии.

Со стороны сердечно-сосудистой системы чаще всего были выявлены функционирующие фетальные коммуникации — 35 (53 %) новорожденных. У 8 (12 %) детей были диагностированы врожденные пороки сердца, малые аномалии развития сердца наблюдались у 22 (32 %) новорожденных.

Более частое и длительное течение неонатальных желтух в ряде случаев связывают с общим состоянием здоровья и питания беременных женщин, а так же с неблагоприятным воздействием внешне средовых факторов. Проведенный нами анализ акушерско-гинекологического анамнеза матерей и структуры экстрагенитальной патологии выявил значительные отклонения здоровья женщин, а также патологию течения беременности и родов. Наиболее часто отмечались инфекции мочеполовой системы (в том числе кольпит, сифилис и т. д.), которые были выявлены у 32 (38 %) женщин, эрозия шейки матки у 10 (12 %) женщин. Угроза прерывания беременности в I, II, III триместрах наблюдалась у 24 (29 %) женщин. 23 (27 %) женщины перенесли острые респираторные заболевания в различные сроки беременности. Экстрагенитальная патология (артериальная гипертензия, вегетативная дисфункция, хронический гастрит, анемия и т. д.) отмечались у 20 женщин. Патология родов (преждевременное излитие околоплодных вод, тугое обвитие пуповины, узлы пуповины и т. д.) была выявлена у 17 (20 %) женщин.

#### **Выводы**

Проведенными исследованиями установлено, что неонатальные желтухи чаще всего развивались на 2–3 сутки жизни и носили, в основном, конъюгационный характер. Гипербилирубинемия сопровождалась проявлениями гипоксии и интоксикации, обусловленными внутриутробными инфекциями, в первую очередь врожденной пневмонией. У значительного числа детей токсическое действие непрямого билирубина проявлялась в виде энцефалопатии токсикогипоксического генеза. Развитию неонатальных желтух в значительной мере способствовали экстрагенитальная патология и неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез матерей.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дементьева, Г. М. Профилактика нарушений адаптации и болезней новорожденных: лекция для врачей / Г. М. Дементьева, Ю. Е. Вельтишев. — М., 2003. — 75 с.
2. Володин, Н. Н. Основные причины желтух у новорожденных детей и принципы дифференциальной диагностики / Н. Н. Володин, А. В. Дегтярева // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. — 2004. — № 5. — С. 18–23.
3. Болезни печени и желчевыводящих путей : рук-во для врачей / под ред. В. Т. Ивашкина. — М.: М-вест, 2002. — 416 с.

**УДК 612.821.33:057.34**

## **ЗАВИСИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МИНУТЫ СТУДЕНТОВ ОТ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ**

*Атдаев Н. Ч.*

**Научный руководитель: ассистент Н. Ю. Бондаренко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Восприятие времени у человека не является врожденным. С формированием личности ребенка, с возникновением и развитием самосознания начинается этап осознания человеком течения времени своей жизни.

Работа «внутренних часов» отражает активность физиологических процессов, а также зависит от особенностей высшей нервной деятельности (уровня тревоги).

Внутренний отсчет отрезков времени лежит в основе чувства временной пунктуальности, необходимого для успеха и результативности многих видов деятельности (учебная