

Медикаментозное лечение может включать введение глюкокортикостероидов в прокцию запястного канала, которое дает положительный эффект в 80 % случаев, но этот вид терапии для женщин в период беременности или лактации весьма спорен ввиду возможных побочных эффектов у матери и негативного влияния на ребенка. При тяжелой выраженности симптомов, неэффективности консервативного лечения рекомендуется хирургическое лечение, которое на сегодняшний день используется крайне редко. В более 90 % случаев после операции отмечается положительный эффект [4].

На сегодняшний день возможна перспектива использования метода лечения поляризованным полихроматическим некогерентным светом (Bioptron). По результатам исследований Европейского университета Кипра, которые показывают, что свет Bioptron является надежным, безопасным и эффективным вариантом лечения у беременных с СЗК, но для установления абсолютной и относительной эффективности этого вмешательства необходимы контролируемые клинические испытания [5].

Выводы

Распространенность СЗК относительно высока у беременных женщин. Раннее выявление симптомов СЗК у беременных женщин играет важную роль, поскольку оно позволяет своевременно выбрать тактику лечения, которое в большинстве случаев снижает вероятность прогрессирования и рецидивов при повторной беременности, и улучшает качество жизни во время и после беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гильвег, А. С.* Синдром запястного канала / А. С. Гильвег, В. А. Парфенов // Доктор.Ру. — 2017. — № 1 (130). — С. 30–34.
2. Синдром запястного канала в послеродовом периоде / И. А. Строков [и др.] // Неврологический журнал. — 2013. — № 3. — С. 43.
3. Современные методы диагностики синдрома запястного канала / Н. В. Заболотских [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. — 2015. — № 5 (154). — С. 135–136.
4. *Kim Edward.* Carpal Tunnel Syndrome / Kim Edward, Wayne Cestia // American Family Physician. — 2011. — Vol. 8. — P. 957–958.
5. *Dimitrios, S.* Treatment of Carpal Tunnel Syndrome in pregnancy with Polarized Polychromatic Non-coherent Light (Bioptron Light) / S. Dimitrios, L. Stasinopoulos // A Preliminary, Prospective, Open Clinical Trial. — 2017. — Vol. 26 (4). — P. 289–295.

УДК 616.235-007.17

БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПАЗИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ

Климович Н. С., Палий Д. Е.

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

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) — это хроническое заболевание легких, которое развивается у новорожденных, преимущественно недоношенных, обычно получавших оксигенотерапию и нуждавшихся в искусственной вентиляции легких.

В настоящее время БЛД является наиболее распространенной формой среди хронических заболеваний легких у детей раннего возраста. Средняя частота данной патологии у детей с массой тела при рождении менее 1000 г составляет 15–44 %, 1000–1500 г — 3–16 %, свыше 2000 г — 1 %. Заболевание может встречаться у доношенных детей после тяжелых легочных заболеваний, но значительно реже, чем у недоношенных.

Основными факторами, способствующими формированию БЛД, является незрелость структур легких, волюмотравма и баротравма, а также пролонгированная оксигенотерапия. Недостаточная осведомленность педиатров о данной патологии, угроза инвалидизации пациентов, сложности диагностики и определения тактики лечения, все это придает проблеме БЛД не только большую медицинскую, но и социальную значимость.

Цель

Изучить факторы риска формирования БЛД и характер сопутствующей патологии, влияющей на течение этого заболевания.

Материал и методы исследования

Ретроспективно были проанализированы 30 медицинских карт стационарного пациента недоношенных детей, находившихся на лечении в педиатрическом отделении для недоношенных Гомельской областной клинической больницы с диагнозом БЛД (Р.27.1). При анализе медицинской документации учитывались пол, масса тела при рождении, срок гестации, акушерско-гинекологический анамнез матери, гистология плаценты, оценка по шкале Апгар, характер сопутствующей патологии у недоношенных детей, а также длительность ИВЛ и оксигенотерапии.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен анализ 30 карт стационарного пациента недоношенных новорожденных; из них 14 детей родились в сроке от 22 до 28 недель; гендерное соотношение распределилось поровну — по 7 (50 %) новорожденных. 15 детей родились в сроке от 28 до 32 недель: из них 11 новорожденных были мальчиками (73 %), 4 ребенка — девочки (27 %); 1 девочка родилась в сроке 33 недели.

Масса тела и срок гестации в значительной степени определяют вероятность формирования БЛД и степень ее тяжести. Так, с очень низкой массой тела в пределах 1500 до 1000 г родилось 17 (57 %) детей, с экстремально низкой массой тела менее 1000 г — 13 новорожденных (43 %).

Экстрагенитальная патология, хронические заболевания мочевой сферы, субклинические инфекции и бактериальное носительство часто приводит к риску внутриутробного инфицирования, преждевременным родам, рождению недоношенных детей с дефицитом сурфактанта. Практически у всех женщин, родивших недоношенных детей, отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Наиболее часто, у 13 (43 %) женщин, была выявлена хроническая внутриматочная гипоксия плода, у 6 (20 %) — гестоз; у 9 (30 %) женщин в течении беременности отмечалась патология плаценты; в 20 % случаев (6 новорожденных) был диагностирован синдром задержки внутриутробного развития плода. Генитальные инфекции, кольпит и маловодие были выявлены соответственно у 4 (13 %) женщин. Преждевременное излитие околоплодных вод отмечено у 7 (23 %) беременных. Патология течения беременности и родов привела к необходимости оперативного родоразрешения: кесарево сечение было проведено в 8 случаях (27 % родов).

Во всех случаях рождения недоношенных детей было проведено гистологическое исследование плаценты. Наиболее часто был выявлен хориодецидуит — в 12 (40 %) случаях, в 6 случаях (по 20 % обследования) отмечался хориоамнионит и незрелость плаценты; облитерирующая ангиопатия сосудов плаценты и омфаловаскулит были выявлены в 4 случаях.

Все новорожденные исследуемой группы перенесли асфиксию в процессе рождения: 2 (7 %) детей родились в тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 0-3 балла, у 28 (93 %) детей была диагностирована асфиксия средней степени тяжести с оценкой по шкале Апгар от 4 до 7 баллов. После рождения реанимационные мероприятия проводились 10 (30 %) новорожденным.

Длительность ИВЛ и кислородотерапия с FiO_2 более 0,4 относятся к значительным модифицируемым экзогенным факторам риска развития БЛД. Длительность ИВЛ до 7 дней была необходима 10 (33 %) новорожденным; у 13 (43 %) новорожденных ИВЛ проводилась от 8 до 28 дней; 5 (17 %) недоношенных детей с экстремально низкой массой тела нуждались в ИВЛ более 28 дней. На 1-й неделе жизни в FiO_2 от 21 до 30 % нуждалось 18 (60 %) новорожденных, в FiO_2 более 30 % — 12 (40 %) детей. На 1-ом месяце в оксигенотерапии нуждалось 22 ребенка, причем FiO_2 21–30 % в параметрах ИВЛ была у 17 (57 %) новорожденных, $FiO_2 > 30 %$ — у 5 (17 %). На 2-м месяце жизни FiO_2 в объеме до 30 % сохранялась у 15 (50 %) детей, FiO_2 более 30 % только у 2 новорожденных.

Сопутствующая патология, особенно характеризующаяся изменениями со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, в значительной мере негативно влияет на

состояние сурфактантной системы и созревание структуры легких. В исследуемой группе детей наиболее часто БЛД формировалась на фоне респираторного дистресс-синдрома — в 12 (40 %) случаях. Врожденная пневмония была диагностирована у 7 (23 %) новорожденных, внутриутробная инфекция — у 8 (27 %). У 1 новорожденного ребенка был выставлен диагноз сепсиса. Развитию гиперволемии малого круга кровообращения способствуют функционирующие фетальные коммуникации и врожденные пороки сердца.

У 17 (57 %) недоношенных с рождения отмечались функционирующие фетальные коммуникации, включающие в себя симптоматический открытый артериальный проток и межпредсердное сообщение. В последующем у 7 новорожденных (23%) был диагностирован дефект межпредсердной перегородки. В исследуемой группе недоношенных детей легкая степень тяжести БЛД была диагностирована у 8 детей (27%), у 15 детей (50%) отмечалась средняя степень тяжести этого заболевания, у 7 (23%) — тяжелая форма БЛД.

Выводы

Таким образом, БЛД является трудно поддающимся профилактике и лечению заболеванием. Существенную роль в ее развитии играют недоношенность, хориоамнионит и постнатальное недоразвитие легких.

Снижение частоты невынашивания беременности, ранее выявление и санация инфекций у беременных, адекватное лечение внутриутробных инфекций в определенной степени снижают риск развития врожденного дефицита сурфактанта.

Совершенствование техники ИВЛ, предупреждение симптомов функционирования фетального кровообращения смогут предотвратить повреждение бронхиол, появление альвеолярного и интерстициального отека легких, и как итог, развитие фиброзных изменений в легочной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овсянников, Д. Ю. Хронические заболевания легких новорожденных: подходы к определению, критерии диагностики и вопросы современной классификации / Д. Ю. Овсянников // Вопросы практической педиатрии. — 2008. — № 3. — С. 97–102.
3. Coalson, J. J. Pathology of new bronchopulmonary dysplasia / J. J. Coalson // Seminars in neonatology. — 2003. — № 8. — P. 73–81.

УДК 616.127-005.8

ВЕДУЩИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Климович Ю. В., Пугач А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Г. Шуст

**Учреждение здравоохранения
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

В последние годы во всем мире наблюдается стойкая тенденция к увеличению заболеваемости ишемической болезнью сердца, что происходит по ряду причин: в связи со стремительным возрастанием средней продолжительности жизни, а также неправильного образа жизни на фоне ухудшения экологических условий с ростом так называемого «генетического груза» населения. Последствия же данного заболевания являются социально-значимыми, серьезно влияющими на народное хозяйство, что обуславливает всеобщий интерес к вопросам лечения данной патологии. Она занимает первое место по мировой заболеваемости, а также является главной причиной смертности.

Цель

Проанализировать ведущие механизмы развития ИБС у населения РБ на современном этапе, а также дать характеристику основным способам реваскуляризации миокарда.