

Наибольшие показатели заболеваемости были отмечены (по убыванию) в Светлогорском, Октябрьском, Жлобинском, Калинковичском и Речицком районах. Наименьший уровень заболеваемости зарегистрирован в Мозырском районе.

Анализ динамики заболеваемости показал выраженную тенденцию к росту заболеваемости среди населения Ветковского, Житковичского, Жлобинского, Рогачевского районов и г. Мозыря; также заболеваемость ВИЧ-инфекцией увеличивалась в Брагинском, Добрушском, Наровлянском, Петриковском, Речицком, Светлогорском районах и в г. Гомеле. В остальных рассматриваемых районах изменение уровня заболеваемости носило невыраженный характер, исключение составил лишь Хойницкий район, в котором было отмечено снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией за исследуемый период.

Достоверных различий между уровнем заболеваемости мужчин и женщин ВИЧ-инфекцией, проживающих в Гомельской области, не обнаружено ($F(0,097) < F_{\text{крит.}}(4,960)$). В результате анализа динамических рядов показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией отдельно мужского и женского населения Гомельской области, была отмечена неустойчивая тенденция к увеличению уровня заболеваемости в обеих группах.

Выводы

Для предотвращения пагубных последствий заболевания ВИЧ/СПИД, которые сказываются на общем благополучии страны, необходимо комплексное изучение причин и факторов развития эпидемии, основных механизмов распространения и рискованных форм поведения различных групп населения, приводящих к заражению ВИЧ-инфекцией. Знание этих особенностей позволит отслеживать и прогнозировать темпы и направления развития эпидемии, объяснять специфику развития эпидпроцесса и принимать адекватные эпидемиологической ситуации управленческие решения в области профилактики ВИЧ/СПИДа как на республиканском, так и на региональном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский; под общ. ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000. — 496 с.
2. Рахманова, А. Г. ВИЧ-инфекция (клиника и лечение) / А. Г. Рахманова. — СПб.: Изд-во ССЗ, 2000. — 368 с.

УДК 618.396:612.014.31

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРСА ДЕКСАМЕТАЗОНОПРОФИЛАКТИКИ

Кравцова Ю. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Эйныш

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время актуальной остается проблема преждевременных родов [1]. Преждевременные роды продолжают оставаться главной причиной перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности. В развитых странах преждевременные роды встречаются с частотой 7–12 %, причем одна треть из них происходит до 34-й недели беременности [2]. Уровень преждевременных родов Республике Беларусь удерживается в пределах 4–4,1 % без тенденции к снижению, что приводит к высокой заболеваемости недоношенных. В связи с внедрением заместительной сурфактантной терапии и пренатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома новорожденных структура патологии легких у новорожденных изменилась [3].

Цель

Оценить структуру патологии раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных, провести ее сравнительный анализ в зависимости от курса дексаметазонопрофилактики в антенатальном периоде.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 50 историй родов и новорожденных, родоразрешенных на сроках гестации 27–34 нед. в родильном и наблюдательном отделениях УО «ГГКБ № 3» за 2015 г. Для количественных данных вычислены медианы, 25 и 75 квартили, для качественных признаков — доля. Сравнение групп проведено с помощью критерия χ^2 , значимыми считали результаты при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток составил 28 (19,38) лет. Первородящих было 22 (44 %) первородящих — 28 (56 %). Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 47 (94 %) пациенток: патология шейки матки — 17 (34 %), истмико-цервикальная недостаточность — 7 (14 %), вагиниты — 3 (6 %), самопроизвольные выкидыши и медицинские аборт — 11 (22 %), миома матки — 5 (10 %), оперированная матка — 5 (10 %), неразвивающаяся беременность — 4 (8 %), бесплодие — 2 (4 %). Соматическая патология выявлена у 43 (86 %) пациенток. В структуре соматической патологии преобладали заболевания щитовидной железы — 10 (20 %), анемия — 22 (44 %), миопия — 16 (32 %), заболевания почек — 7 (14 %), заболевания сердечно-сосудистой системы — 4 (8 %) случая, резус-отрицательная принадлежность крови — 5 (10 %). Из осложнений беременности были выявлены преждевременное излитие околоплодных вод — 10 (20 %), хроническая внутриматочная гипоксия плода — 18 (36 %), синдром задержки роста плода — 6 (12 %), преэклампсия умеренной степени — 10 (20 %), маловодие — 4 (8 %), тазовое предлежание — 2 (4 %).

Срок гестации к моменту родов составил 223 (189, 234) дня. В 6 (12 %) случаях женщина самостоятельно обратилась в ГГКБ № 3, в 5 (10 %) случаях в родах, по направлению женской консультации — 19 (38 %), до ставлена машиной скорой помощи — 14 (28 %), в связи с преждевременным излитием околоплодных вод — 10 (20 %), схватками — 5 (10 %), кровянистыми выделениями из половых путей — 6 (12 %). Через естественные родовые пути родоразрешено 12 (24 %) пациентки, путем кесарева сечения — 38 (76 %) пациенток. Показаниями к кесареву сечению были: оперированная матка — 4 (8 %), субкомпенсация хронической внутриматочной гипоксии плода при отсутствии условий для быстрого родоразрешения — 3 (6 %), преждевременное излитие околоплодных вод при незрелых родовых путях — 6 (12 %), преэклампсия умеренной степени — 8 (16 %), центральное предлежание плаценты и преждевременная отслойка плаценты по 2 (4 %) случая. Максимальный безводный промежуток составил 72 ч, минимальный 10 мин. Антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома дексаметазоном проводилась в 15 (30 %) случаях. Неполный курс профилактики в дозе 8 мг дексаметазона был проведен 3 (20 %) пациенткам, 12 мг — 3 (20 %) беременным, полный курс профилактики (24 мг) — 9 (60 %) беременным. Родоразрешение было проведено в 9 (60 %) случаях через 1 сут, в 2 случаях через 4 (13,3 %) сут, по одному случаю роды произошли через 0, 2, 6 и 10 сут. Родилось 56 недоношенных детей. Двойни наблюдались в 6 (12 %) случаях. Среди новорожденных преобладали девочки — 32 (64 %). Масса тела новорожденных составила 1884 (800, 2670) г, рост — 43 (35, 51) см. На 1 мин. оценка 8 баллов по шкале Апгар была у 21 (37,5 %) новорожденных, 7 баллов — 1 (1,78 %), 6 баллов — 25 (44,6 %), 5 баллов — 6 (10,71 %), 4 балла — 2 (3,5 %), 1 балл — 1 (1,7 %). На 5 мин. оценка 8 баллов наблюдалась 26 (46,4 %), 7 баллов — 4 (7,1 %), ИВЛ — 26 (46,4 %). Из новорожденных, матерям которых была проведена антенатальная дексаметазонопрофилактика, только двоим не потребовалась заместительная терапия препаратами сурфактанта. С целью заместительной сурфактантной терапии 28 (56 %) новорожденным были введены: альвеофакт 108 мг — 6 (21,40 %), курсурф 120 мг — 16 (57,1 %), сурванта 100 мг — 8 (28,57 %). Все новорожденные были переведены в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. В структуре заболеваний у новорожденных отмечались энцефалопатия новорожденного токсико-гипоксическая и синдром угнетения ЦНС у 47 (94 %), врожденная пневмония — 22 (44 %), анемия — 27 (54 %), неонатальная желтуха — 11 (22 %), поражение кишечника — 12 (24 %), врожденная цитомегаловирусная инфекция — 1 (2 %), дополнительная хорда левого желудочка 9 (18 %), открытое овальное окно — 14 (28 %), открытый артериальный проток — 5 (10 %), кишечная непроходимость — 2 (4 %), ДН 1 ст. —

19 (38 %), внутриутробная инфекция недифференцированная — 20 (40 %). Была выставлена группа здоровья: 2 а в 1 (1,7 %) случае, 2 б — 46 (82,1 %), 3 а — 7 (12,5 %), 3 б — 2 (3,5 %).

Проведено сравнение структуры патологии раннего неонатального периода у детей пациенток, получивших полный (1 группа, 9 пациенток) и неполный (2 группа, 6 пациенток) курсы. В 1 группе внутриутробная пневмония встречалась у 4 (23,5 %) новорожденных, во 2 группе — у 6 (35,2 %); внутриутробная недифференцированная инфекция с преимущественным поражением легких и кишечника наблюдалась у 3 (17,6 %) новорожденных 1 группы и 2 (11,7 %) во 2 группе; анемия недоношенных была выявлена в 1 группе у 7 детей (41,1 %), во 2 группе у 5 (29,4 %); неонатальная желтуха встречалась, как в 1, так и во 2 группе у 1 новорожденного (5,8 %); энцефалопатия новорожденных токсико-гипоксическая отмечалась у 9 (52,9 %) новорожденных 1 группы и 7 (41,1 %) во 2 группе; синдром угнетения ЦНС — 10 (58,8 %) детей 1 группы и 7 (41,1 %) во 2 группе.

Выводы

1. В структуре патологии раннего неонатального периода у недоношенных детей преобладали токсико-гипоксическая энцефалопатия новорожденного и синдром угнетения ЦНС у 47 (94 %), анемия — 27 (54 %), малые аномалии развития сердца (дополнительная хорда левого желудочка, открытое овальное окно) — 23 (46 %) врожденная пневмония — 22 (44 %), поражение кишечника — 12 (24 %), неонатальная желтуха — 11 (22 %).

2. Статистически значимо чаще у новорожденных с неполным курсом дексаметазонопрофилактики отмечалась пневмония в раннем неонатальном периоде ($\chi^2 = 3,9$, $p = 0,04$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ № 363. — Ноябрь, 2012.
2. Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов / О. В. Макаров [и др.] // Рос. вестн. акуш.-гин. — 2007. — № 6. — С. 10–15.
3. Барсуков, А. Н. Итоги работы организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям, в 2011 году и задачи на 2012 год / А. Н. Барсуков // Охрана материнства и детства: IX съезд акушеров-гинекологов Республики Беларусь. — 2012. — № 1(19). — С. 11–16.

УДК 618.3+616.98]:618.36

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ХЛАМИДИОЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кравцова Ю. Н., Козловская Т. В.

Научный руководитель: ассистент Т. В. Козловская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Урогенитальный хламидиоз — одно из наиболее распространенных заболеваний, передаваемых половым путем, является причиной бесплодия, невынашивания беременности, поражения плода и новорожденного. По данным проф. А. М. Савичевой и проф. М. А. Башмаковой, хламидийная инфекция гениталий у матери в 40–70 % случаев передается плоду. Хламидийная инфекция может протекать как в острой (активной) форме, так и в персистентной или латентной форме. Преобладание малосимптомных клинических форм затрудняет своевременную диагностику данного заболевания, а развитие серьезных осложнений со стороны репродуктивной системы (хронические воспалительные процессы, предраковые состояния, бесплодие, патология беременности, инфицирование плода) позволяет рассматривать хламидийную инфекцию не только как медицинскую, но и социально-экономическую проблему.

Цель

Изучить частоту встречаемости и структурно-морфологические особенности в строении плаценты у женщин с диагностированным и пролеченным хламидиозом во время беременности.