

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Розумко К. И.

Научный руководитель: ассистент *Л. А. Алексеева, С. Н. Коваль*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Недоношенные дети испытывают дыхательную недостаточность из-за незрелости легочной ткани и дыхательного центра, дефицита сурфактанта. До недавнего времени считалось, что недоношенный ребенок с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении не в состоянии обеспечить адекватный газообмен без искусственной вентиляции легких. Для таких детей обязательными были интубация трахеи с первых минут жизни, введение сурфактанта и респираторная поддержка в той или иной форме. [1] Применение длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) является причиной развития осложнений, способствуя увеличению частоты развития внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК), бронхолегочной дисплазии (БЛД), интубация трахеи и санация трахеобронхиального дерева повышает риск развития нозокомиальной инфекции. Эти обстоятельства привели к поиску неинвазивных методов вентиляции [2, 3].

К минимально инвазивным методам вентиляции легких относится СРАР (continuous positive airway pressure) — обеспечение постоянного положительного давления в дыхательных путях, может проводиться с помощью маски, мононазальной трубки, систем жесткого потока и др. [5] Создание и поддержание непрерывного положительного давления в дыхательных путях является необходимым элементом ранней стабилизации состояния недоношенного ребенка, способствует созданию и поддержанию функциональной остаточной емкости легких, препятствует ателектазированию [4].

Цель

Оценить эффективность и безопасность использования респираторной поддержки в виде неинвазивного СРАР с первых минут жизни у недоношенных новорожденных с массой тела до 1500 г.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось ретроспективно по историям болезни 13 недоношенных новорожденных детей, за период с января по сентябрь 2014 г., находившихся на лечении в отделении анестезиологии, реаниматологии, интенсивной терапии акушерства и неонатологии УГОКБ. Масса тела новорожденных составляла от 840 до 1490 г (7 — девочек, 6 — мальчиков). У 9 детей СРАР применялся с первых минут жизни (1 группа), у 4 — с первых минут жизни применяли ИВЛ с интубацией трахеи и сурфактантной терапией (2 группа). У всех детей был использован в лечении неинвазивный СРАР.

Результаты исследования и их обсуждение (таблица 1)

При анализе первой группы, дети находились на данном виде респираторной поддержки от 1 до 8 суток. Из этой группы 2 детям вводились препараты сурфактанта интратрахеально через катетер. Трое новорожденных были заинтубированы и переведены на ИВЛ из-за нестабильности гемодинамики.

Вторая группа детей с первых минут жизни находилась на ИВЛ с интубацией трахеи. Всем детям этой группы была проведена сурфактантная терапия. Далее были переведены на СРАР и находились на нем от 4 до 9 суток. Из этой группы один новорожденный ребенок после перевода на СРАР был повторно заинтубирован и переведен на ИВЛ (нестабильная гемодинамика) (таблице 1).

Таблица 1 — Результаты сравнения применения nCPAP

| | 1 группа | 2 группа |
|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| Минимальное время нахождения на nCPAP | 1 сутки | 4 суток |
| Максимальное время нахождения на nCPAP | 8 суток | 9 суток |
| Сурфактантная терапия | Не проводилась, за исключением 2 детей | Проводилась всем детям данной группы |
| Перевод на ИВЛ | 3 из 9 (34 %) | 1 из 4 (25 %) |

Выводы

1. Данный метод неинвазивной респираторной поддержки эффективен у детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при относительно стабильной гемодинамике.

2. При использовании неинвазивного CPAP сокращается время проведения аппаратной поддержки.

3. Использование неинвазивного CPAP позволяет сократить расходы на лечение за счет уменьшения доз препаратов сурфактанта и препаратов седации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Manual of neonatal care/ John P. Cloherty [et al.]. — 2012. — P. 408–416.
2. Nasal CPAP (infant flow) applied at birth in extremely low birth weight newborns / A. Nowicka [et al.] // Development Period Medicine. — 2014. — № 18. — P. 216–220.
3. Neonatalogie / Georg Thieme Verlag. — 2010. — P. 166–180.
4. Ведение новорожденных с респираторным дистресс синдромом. Методические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина. — 2014. — С. 23–28, 44–62.
5. Неонатология: практические рекомендации / под ред. Райнхард Рооз. — 2011. — С. 219–238.

УДК 616.5 – 006.6 (476)

РОЛЬ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ КОЖИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Романюк А. А.

Научный руководитель: к.б.н., доцент *В. Б. Мاسякин*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальнейшей в мире после болезней системы кровообращения является проблема нарастающей заболеваемости злокачественными образованиями. Согласно данным Международного агентства по исследованию рака заболеваемость злокачественными заболеваниями в мире ежегодно растет на 3–3,5 %. Одной из локализаций, показывающей высокий рост является рак кожи.

Цель

Выявить особенности формирования первичной и общей заболеваемости раком кожи в регионах Республики Беларусь и их возможную связь с действием основных экологических факторов.

Материалы и методы исследования

Данные Международного агентства по изучению рака (МАИР) и Белорусского канцеррегистра. Анализ научной литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Злокачественные новообразования кожи в общей структуре онкологической заболеваемости населения Беларуси занимают 3-е и 2-е места соответственно: у мужчин —