

I и II степени (головокружение, головная боль, бессонница, перепады настроения) не были выраженными и составили 6,9 %, 4,9 %, 3,9 % и 2,8 % соответственно. Низкий уровень токсических осложнений связан с опосредованным противовоспалительным и ноотропным эффектом продигозана через систему цитокинов.

Анализируя динамику неспецифических адаптационных реакций было установлено, что исходно у пациентов преобладала «реакция тренировки» (уровень лимфоцитов 22–28%). В последующем, на протяжении 3 курсов АЛХТ с продигозаном, развития реакции стресса выявлено не было. В начале АЛХТ интегральный показатель составил $28,7 \pm 1,41$ и оставался без существенной динамики на протяжении всего курса $27,9 \pm 1,26$ ($p > 0,05$).

Изучение динамики уровня кальция в ликворе показало несущественные его колебания от $1,18 \pm 0,06$ в начале курса АЛХТ до $1,19 \pm 0,08$ после третьего курса ($p > 0,05$). Стабильный уровень содержания кальция в ликворе при АЛХТ с продигозаном свидетельствует о низком раздражающем действии интратекальной химиотерапии с применением иммуномодуляторов.

Выводы

Метод аутоликворохимиотерапии совместно с применением индуктора эндогенного интерферона — продигозана обладает менее выраженными нейротоксическими проявлениями, что улучшает качество жизни пациентов на фоне интратекальной химиотерапии вследствие хорошей переносимости.

Введение цисплатина разведенного на аутологичной жидкости (ликвор) и подключение в схему иммунотерапии способствует увеличению биоадаптационного потенциала адъювантной химиотерапии.

Стабильный уровень кальция в ликворе при АЛХТ с продигозаном свидетельствует о низком раздражающем действии цисплатина и стабилизирующем действии индукторов эндогенного интерферона на гематоэнцефалический барьер.

П. Н. ЧЕНЦОВА, Т. И. ЖЕЛОБКОВА, Т. Н. ЗАХАРЕНКОВА, Г. В. ВОРОНОВИЧ **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ГИПОКСИИ У ПЛОДА**

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Гипоксия плода — патологическое состояние, развивающееся под влиянием кислородной недостаточности во время беременности и в родах. В общем количестве родов она составляет 10,5 %. В настоящее время проблема гипоксического состояния плода остается актуальной, так как данная патология занимает ведущее место в структуре перинатальной смертности. Внутриутробная гипоксия ведет к нарушению развития или повреждению ЦНС в 60–80 %, увеличивая частоту соматической и инфекционной заболеваемости, снижая адаптацию новорожденных в раннем неонатальном периоде, приводя к нарушению психомоторного и интеллектуального развития детей.

Цель: установить факторы риска развития гипоксии плода, особенности течения беременности, сопровождающейся гипоксией плода, влияние способа родоразрешения на степень тяжести асфиксии.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 82 историй родов observationalного отделения роддома УГОКБ за период 2012 г. В 1-ю группу вошли 52 пациентки, дети которых имели при рождении низкую оценку по шкале Апгар (3–7 баллов на 1 минуте), во 2-ю группу — 30 пациенток, новорожденные которых были оценены на 1 минуте на 8–9 баллов по шкале Апгар.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы MedCalc с.13.0.6.0, различия между группами оценивались по Chi-squared test. Статистически значимое значение $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Факторами риска развития гипоксии плода были следующие: вредные привычки (курение, употребление алкоголя) во время беременности выявлены у 10 пациенток из 1 группы (19,2 %), у 7 (23,3 %) из 2 группы ($p = 0,87$); отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в 1 группе – у 44 пациенток (84,6 %), во 2 группе — 22 (73,3 %), ($p = 0,34$); инфекции, передающиеся половым путем выявлены у 13 пациенток (25 %) в 1 группе, у 3 (10 %) во 2 группе ($p = 0,17$); сопутствующую экстрагенитальную патологию имели 17 пациенток (32,7 %) 1 группы, 14 (46,7 %) 2 группы ($p = 0,3$); изменения со стороны плаценты (хориодецидуит, хориоамнионит, петрификаты) наблюдались у 40 пациенток (76,9 %) из 1 группы, у 9 (30 %) — из 2 группы ($p = 0,0001$). Мекониальные околоплодные воды были обнаружены в 1 группе у 14 рожениц (26,9 %), во 2 группе у 2 рожениц (6,7 %), $p = 0,05$.

Таблица 1 — Способы родоразрешения в зависимости от степени тяжести асфиксии

Степень асфиксии /число новорожденных	Способ родоразрешения
Асфиксия легкой степени тяжести (7 баллов на 1 минуте по шкале Апгар), n=4 (7,7 %)	Оперативные роды — 1 (25 %) Per vias naturalis — 3 (75 %)
Асфиксия средней степени тяжести (5-6 баллов на 1 минуте по шкале Апгар), n=43 (82,7 %)	Оперативные роды — 27 (62,8 %) Per vias naturalis — 16 (37,2 %)
Асфиксия тяжелой степени тяжести (3-4 балла на 1 минуте по шкале Апгар), n=5 (9,6 %)	Оперативные роды — 3 (60 %) Per vias naturalis — 2 (40 %)

Общее число родов, закончившихся оперативно в 1 группе было значимо больше, чем во 2-ой (31 (59,6 %) против 3 (10 %), $p < 0,0001$); per vias naturalis в 1 группе — 21 (40,4 %), во 2 группе — 27 (90 %), тем не менее зависимости степени тяжести асфиксии от способа родоразрешения выявлено не было ($p = 0,34$).

Выводы

Основными факторами риска асфиксии новорожденного являются воспалительные и инволютивно-дистрофические изменения со стороны плаценты (хориодецидуит, хориоамнионит, петрификаты) и наличие мекониальных околоплодных вод.

Наличие асфиксии при рождении не было связано с влиянием хронических факторов во время беременности, а степень тяжести асфиксии не зависела от способа родоразрешения.

Ю. М. ЧЕРНЯКОВА, Г. В. ДИВОВИЧ

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ШВА СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ: ПРИЧИНЫ, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Повреждения сухожилий пальцев сопровождают около 3 % ранений кисти. Ургентное восстановление сухожилий в 37,8–47 % случаев имеет неудовлетворительные функциональные результаты, обусловленные в 82–86 % ошибками хирургического и реабилитационного лечения. Повторные операции выполняют в случаях выраженного нарушения движений при рубцовой контрактуре пальца или при разрыве сшитого сухожилия. Повторное восстановление сгибательного аппарата пальца является технически сложным вмешательством, поскольку выполняется в неблагоприятных условиях выраженного рубцевания фиброзно-синовиального канала, дегенеративных изменений