

ЛИТЕРАТУРА

1. Газарян, Г. А. Чрескожные коронарные вмешательства при рецидивах ишемии после успешного тромболитического / Г. А. Газарян, И. В. Захаров // Врач. — 2006. — № 10. — С. 16–19.
2. Иоселиани, Д. Г. Комбинация эндоваскулярных процедур и догоспитальной системной тромболитической терапии при лечении больных острым инфарктом миокарда / Д. Г. Иоселиани, И. С. Элькис // Кардиология. — 2005. — № 3. — С. 4–9.
3. Овасапян, Ю. А. Тромболитическая терапия острого Q-образующего инфаркта миокарда на догоспитальном этапе в условиях бригад кардиологического профиля и интенсивной терапии / Ю. А. Овасапян, В. А. Борисова // Международный журнал интервенционной кардиологии. — 2006. — № 10. — С. 28–32.
4. Цеденова, Е. А. Выбор метода диагностики для оценки степени риска сердечно-сосудистых осложнений и летальности у больных Q-образующим инфарктом миокарда, подвергшихся тромболитической терапии, с симптомным и малосимптомным течением постинфарктного периода / Е. А. Цеденова, Н. А. Волон // Российский кардиологический журнал. — 2007. — № 4 (65). — С. 42–49.

УДК: 616.2-008.6-053.31

СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кривицкая Л. В., Зарянкина А. И.

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром дыхательных расстройств (СДР), по данным ВОЗ, занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной смертности. Летальность от СДР и его последствий, по данным разных авторов, составляет от 3 до 50 % [1].

В последние годы за счет совершенствования медицинской помощи новорожденным появилась возможность выхаживать младенцев с очень низкой и экстремально низкой массой тела, и вместе с тем, возросла частота развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденных.

Цель исследования

Изучить факторы риска развития СДР.

Методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ 42 историй болезни новорожденных с СДР, находившихся на лечении в отделении реанимации и педиатрическом отделении для новорожденных Гомельской областной детской клинической больницы.

Результаты и обсуждение

Наиболее важными и значительными причинными факторами СДР являются количественный дефицит и качественный дефект сурфактанта, а также незрелость легких. Согласно современным представлениям, сурфактант начинает вырабатываться у плода в сроке 22–24 недели внутриутробного развития и полностью система сурфактанта формируется к 35–36 неделям внутриутробного развития. В связи с этим сроки гестации и масса тела при рождении являются значительными факторами риска формирования СДР. В анализируемой нами группе новорожденных 17 детей (40,5 %) родилось в сроке гестации 25–28 недель, 14 детей (33,3 %) — в 29–31 неделю, 7 новорожденных (16,7 %) — в 32–34 недели; 3 ребенка (7,1 %) — в 35–37 недель и лишь 1 ребенок был доношенным (срок гестации — 38 недель).

Соответственно, масса тела 2500 г и более отмечалась у 3 детей (8 %); остальные дети родились недоношенными: низкая масса тела (2500–1500 г) была выявлена у 13 новорожденных (31 %), очень низкая (1500–1000 г) — у 17 детей (40 %), экстремально низкая масса (менее 1000 г) — у 9 детей (21 %).

Важным предполагающим фактором риска развития СДР является незрелость легких у плодов, развивающихся в неблагоприятных условиях, а именно, при наличии акушерско-гинекологической и соматической патологии у матерей [2].

Проведенный анализ показал, что в группах детей с экстремально низкой и очень низкой массой при рождении у матерей преобладала патология беременности, в группе детей с низкой массой тела у матерей в разных соотношениях отмечалась гинекологическая и соматическая патология. Среди гинекологической патологии у женщин преобладал кольпит (6 случаев; 28 %); у 5 женщин (19 %) был выявлен уреоплазмоз; также в 5 случаях отмечалась эрозия шейки матки. У 6 женщин (24 %) был выявлен эндоцервицит и хронический сальпингоофорит. В анамнезе у 2 женщин отмечался токсоплазмоз. Среди соматической патологии преобладали перенесенные женщинами острые респираторные заболевания в различные сроки беременности (11 случаев, 38 %). В 4 случаях (14 %) отмечалось обострение хронического пиелонефрита. По 3 случая (11 %) никотиновой зависимости и НЦД по гипертоническому типу, единичные случаи ВИЧ-инфекции, хронического вирусного гепатита С, хронического калькулезного холецистита, диффузного токсического зоба.

Патологическое течение беременности в значительной степени влияет на сроки гестации и степень морфологической незрелости новорожденного.

Патология беременности у женщин, в основном, была представлена угрозой прерывания беременности в I–II триместре — 16 случаев (66,7 %). В 3 случаях отмечался сочетанный гестоз и анемия беременных (по 12,5 %), в 2 случаях (8,3 %) — истмикоцервикальная недостаточность.

В целом, в группе детей с экстремально низкой массой тела, у 62% матерей отмечалась патология беременности, у 56 % женщин — гинекологическая патология. В группе детей с очень низкой массой тела у 80 % матерей было выявлено патологическое течение беременности, у 75 % — гинекологическая патология.

Следовательно, угроза прерывания беременности в I–II триместре, острые респираторные инфекции у беременных, а также воспалительные заболевания у матери являются наиболее значительными факторами риска возникновения СДР у новорожденных. Наиболее интенсивный выброс сурфактанта происходит в момент родов. Поэтому острый перинатальный стресс и удлинение времени родов в значительной мере могут снизить частоту, а также тяжесть СДР [2].

В анализируемой группе новорожденных в 50 % случаев было проведено кесарево сечение; в основном, в связи с отслойкой плаценты и тяжелым гестозом у матери.

По данным ряда исследований, дефицит образования и выброса сурфактанта, его качественный дефект и быстрое разрушение может вызвать перинатальная гипоксия, асфиксия в родах и ацидоз [1].

У 28 новорожденных (67 %) в анамнезе была выявлена хроническая внутриматочная гипоксия плода; 5 новорожденных (11,9 %) родились в тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 0–3 балла; 26 детей (64,3 %) — в умеренной асфиксии с оценкой 4–7 баллов.

Наиболее часто тяжелая асфиксия отмечалась в группах детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении: 33 и 31 % соответственно.

Таким образом, синдром дыхательных расстройств, особенно у недоношенных детей, является серьезной проблемой неонатологии, требующей применения высокотехнологических методик лечения и значительных материальных затрат. Дальнейшее изучение этой проблемы, а также устранение факторов риска формирования СДР позволит значительно снизить частоту этой патологии, избежать инвалидизации и значительно улучшить качество жизни детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология : практ. рекомендации / под ред. Райнхард Рооз. — М. : Медлитература, 2011. — 568 с.
2. Шабалов, Н. П. Неонатология : учеб. пособие : в 2 т. / Н. П. Шабалов. — М. : МЕДпресс-информ, 2006. — Т. 1. — 608 с.

УДК 616.89-008.19:616.89-008.61:614.253.1.

МОДУЛИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ СНА, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И АСТЕНИИ У РАБОТАЮЩИХ В НОЧНУЮ СМЕНУ ВРАЧЕЙ

Крот А. Ф., Скугаревский О. А., Григорьева Н. К.

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

Введение

Профессиональный стресс в среде практикующих врачей в последние годы все чаще становится объектом изучения специалистов различных медицинских специальностей. Поводом тому являются данные о крайне неблагоприятном воздействии его на психическое и, опосредованно, на физическое здоровье членов профессиональной группы. Подобные состояния рассматриваются международной классификацией болезней десятого пересмотра в рубрике Z 73 — «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью», и кодируются Z 73.0 — «выгорание» [2, 3, 4]. Понятие профессионального стресса для врача любой специальности включает в себя сменную работу в ночное время. Острый десинхроноз, формирующийся на физиологическом уровне в условиях профессионально-детерминированной депривации сна в сочетании с психологическим грузом, обусловленным ответственностью и высокими требованиями, предъявляемыми к специалисту, влияют на показатели как психического, так и физического благополучия. Со временем подобная ситуация будет приводить к функциональным и органическим расстройствам в соматической сфере, опосредованно определяя качество и эффективность работы профессионала, замыкая, таким образом, патологический круг. В связи с этим представляется интерес изучение факторов, способных оказывать модулирующее влияние на болезненные процессы, обусловленные профессиональной суточной дизритмией с целью разработки методов предупреждения негативных последствий ночных дежурств для психического и соматического здоровья.

Цель исследования

Установить связь между показателями эмоционального выгорания, характеристиками сна, показателями астении с одной стороны и социально-демографическими факторами и профессиональными характеристиками, связанными с циркадной дизритмией у врачей с другой.

Материалы и методы

Нами было проведено поперечное обсервационное исследование 36 врачей, в том числе 10 (27,8 %) мужчин и 26 (72,2 %) женщин в возрасте 33 (24–56) года. Из них 24 (66,6 %) респондента состояло в браке. Все врачи, принявшие участие в опросе, регулярно дежурили в ночную смену. В исследуемой группе были выделены подгруппы в зависимости от стажа работы в ночную смену: менее 1 года — 4 респондента (11,1 %), от 1 до 4 лет — 11 респондентов (30,6 %), 5–9 лет — 11 респондентов (30,6 %), 10–15 лет — 4 респондента (11,1 %), свыше 15 лет — 6 респондентов (16,7 %); в зависимости от частоты ночных дежурств в месяц: 1–2 дежурства — 3 респондента (8,3 %), 3–4 дежурства — 11 респондентов (30,6 %), 5–6 дежурств — 5 респондентов (13,9 %), 7–8 дежурств —