

ходимо для выявления отклонений массы тела от нормы, а также для построения и планирования оптимальных вариантов проведения учебных и самостоятельных занятий студентов, а также занятий спортом, так как регулярная двигательная активность повышает качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов, Б. П. Оценка состояния здоровья населения России / Б. П. Денисов // Клиническая эпидемиология и общественное здоровье. — 2005. — № 3. — С. 31–36.
2. Капилевич, Л. В. Физиологический мониторинг здоровьесберегающей деятельности в процессе физического воспитания студентов / Л. В. Капилевич, В. Г. Шилько, А. В. Кабачкова // Бюллетень сибирской медицины. — 2011. — № 4 — С. 76–82.

УДК 616-007-053.1-053.2(476.2)

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Телкова Д. С., Коваленко Т. А.

Научный руководитель: *Л. С. Сергейчик*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Количество врожденных пороков развития в последнее десятилетие заметно увеличилось, а удельный вес наследственной и врожденной патологии в структуре заболеваемости и смертности новорожденных и детей раннего возраста продолжает расти. По данным ВОЗ в мире ежегодно рождается 4–6 % детей с ВПР, а их вклад в структуру младенческой смертности достигает 30–40 %. Наиболее частые формы ВПР являются пороками мультифакториального генеза. В их происхождении помимо наследственного фактора существенную роль играет среда.

По данным Белорусского регистра ВПР в республике ежегодно выявляется свыше 2,5 тыс. новорожденных и плодов с ВПР. Установлено, что частота дефектов нервной трубки (ДНТ) в Республике Беларусь за последние 10 лет снизилась в 2 раза (с 2,1 до 0,9 ‰). В последние годы наблюдается более чем двукратное повышение частоты регистрации врожденных пороков сердца (ВПС с 6,3 до 13,4 ‰) и агенезий/гипоплазий почек (АГП с 0,2 до 0,7 ‰), что может быть связано с улучшением диагностики клинически неосложненных состояний.

Цель

Изучить факторы риска возникновения и особенности течения врожденных пороков развития у новорожденных детей.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе У «Гомельская областная клиническая больница». Был проведен ретроспективный анализ 100 историй родов и 100 историй развития новорожденных с врожденными пороками развития, находившихся на этапе ранней неонатальной адаптации в отделении для новорожденных детей в период с декабря 2016 по ноябрь 2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди всех врожденных пороков развития наиболее часто встречались врожденные пороки сердца — 39 (39 %) детей и врожденные пороки мочевыводящей системы — 36 (36 %) детей. Другие аномалии развития встречались значительно реже: опорно-двигательный аппарат — 7 (7 %) детей, комбинированные пороки развития — 7 (7 %) детей, прочие (болезнь Дауна — 2 ребенка; левосторонний крипторхизм; киста брюшной полости; гипоплазия и деформация ушной раковины справа, атрезия наружного слухового прохода справа; синдром 2-й тип Денди — Уокера; врожденная киста левого яичника; Spina bifida posterior L5; множественные гемангиомы: туловища, конечностей, печени. Синдром Казабаха — Меррита; гемангиома в области левого коленного сустава; кавернозная гемангиома нижней трети левого предплечья больших размеров — по 1 ребенку) — 11 (11 %) детей.

Анализ проведенного исследования показал, что среди детей с врожденными пороками развития преобладали мальчики — 59 (59 %) детей, девочки с врожденными пороками рождались реже — 41 (41 %) ребенок.

Врожденные пороки развития чаще встречались у детей, родители которых проживали в городской местности — 71 (71 %) ребенок, в сельской — 29 (29 %) детей.

Наиболее часто встречались врожденные пороки развития у детей, рожденных от матерей в возрасте 25–35 лет — 60 (60 %) детей, в возрасте 18–25 лет — 21 (21 %) ребенок, старше 35 лет — 16 (16 %) детей, до 18 лет — 3 (3 %) ребенка; от отцов в возрасте 25–35 лет — 55 (55 %) детей, старше 35 лет — 27 (27 %) детей, 18–25 лет — 11 (11 %) детей, до 18 лет — 3 (3 %) ребенка. Отсутствовали данные об отце у 7 (7 %) детей.

Одним из факторов риска развития врожденных пороков развития у детей являются соматические заболевания матери [4]. В основном они были представлены заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной и мочеполовой систем. Так МАРС были выявлены у 9 (9 %) женщин, артериальная гипертензия — 5 (5 %) женщин, миокардиодистрофия — 5 (5 %) женщин, гипотиреоз и узловой зоб — 8 и 6 женщин (8 и 6 %) соответственно, хронический пиелонефрит — 9 (9 %) женщин. Отсутствие соматических заболеваний — 33 (33 %) женщины.

Оценивая течение настоящей беременности отсутствие акушерско-гинекологической патологии наблюдалось только у 12 (12 %) женщин.

В 1 триместре беременности наиболее частым осложнением течения беременности были: угроза прерывания беременности — 18 (18 %) женщин, кольпит — 15 (15 %) женщин; во 2 триместре: кольпит — 19 (19 %) женщин, угроза прерывания беременности — 16 (16 %) женщин, анемия — 15 (15 %) женщин, ОРИ — 8 (8 %) женщин; в 3 триместре: кольпит — 31 (31 %) женщина, анемия — 16 (16 %) женщин; угроза преждевременных родов — 9 (9 %) женщин; преэклампсия — 7 (7 %) женщин; ОРИ — 5 (5 %) женщин.

В данном исследовании преобладают новорожденные, родившиеся в сроке гестации 37–42 недели — 96 (96 %) детей; в сроке гестации до 36 недель рождены 4 (4 %) ребенка.

Наибольшее число врожденных пороков развития приходится на период сентябрь-ноябрь — 30 (30 %) детей, март-май — 25 (25 %) детей, декабрь-февраль — 24 (24 %) ребенка, июнь-август — 21 (21 %) ребенок.

При проведении анализа физическое развитие соответствовало гестационному возрасту у 74 (74 %) детей; физическое развитие ниже среднего для данного гестационного возраста и крупный для данного гестационного возраста — по 8 детей (по 8 %); физическое развитие выше среднего для данного гестационного возраста — 6 (6 %) детей; задержка внутриутробного развития — 4 (4 %) ребенка.

Охват беременных женщин внутриутробным скринингом составил 99 %. Внутриутробно диагностировали врожденный порок развития 32 (32 %) детям.

Выводы

Чаще с врожденными пороками развития рождаются мальчики, от родителей из городской местности и родившиеся в осенний период (сентябрь-ноябрь).

Наиболее часто врожденные пороки развития встречались у детей, рожденных от матерей и отцов в возрасте 25–35 лет.

Большинство детей, вошедших в объем нашего исследования, были рождены в сроке гестации 37–42 недели, имели достаточную массу тела при рождении (от 2500 до 4000 г) и физическое развитие, соответствующее гестационному возрасту. Наиболее часто врожденные пороки развития встречаются у детей, рожденных от матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (угроза прерывания беременности, кольпит и анемия беременных).

В структуре врожденных пороков развития преобладали врожденные пороки сердца, из них 65 % приходится на дефект межжелудочковой перегородки. Также к наиболее часто встречающимся врожденным порокам развития относятся врожденные пороки мочевой системы, самый частый порок — удвоение почки.

Внутриутробный скрининг врожденных пороков развития проводился согласно протоколам. Охват беременных женщин составил 99%. Внутриутробно диагностировали врожденный порок развития 32 детям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черненко, Ю. В. Диагностика, профилактика и коррекция врожденных пороков развития / Ю. В. Черненко, В. Н. Нечаев // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2009. — Т. 5, № 3. — С. 379–383.
2. Барашнев, Ю. И. диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей / Ю. И. Барашнев, В. А. Бахарев, П. В. Новиков. — М.: Триада-х, 2004. — С. 12–87.

УДК 616-053.31-001.8

КЛИНИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ «АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО»

Тельнова А. А.

Научный руководитель: ассистент А. М. Карамышев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, показатель младенческой смертности за последние 10 лет снизился почти в 2 раза и в 2016 г. составил 3,2 ‰, что является достаточно низким уровнем [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, одной из основных причин смерти новорожденных, наряду с преждевременными родами и низкой массой тела при рождении, инфекциями и родовыми травмами, является асфиксия [2]. Асфиксия новорожденного — клинический синдром, проявляющийся в первые минуты жизни нарушением проходимости верхних дыхательных путей или отсутствием спонтанного дыхания у ребенка. У большинства детей также отмечают угнетение безусловной нервно-рефлекторной деятельности и острую сердечно-сосудистую недостаточность. Частота рождения детей в асфиксии составляет 1–1,5 % (с колебаниями от 9 % у детей с гестационным возрастом при рождении менее 36 недель и до 0,5 % у детей со сроком гестации более 37 недель) [3, 4].

В связи с этим существенное значение имеет качество проведения реанимационных мероприятий в родильном зале, что предполагает наличие у врачей специальных навыков, которые должны быть отработаны до автоматизма. Важная роль в этом в настоящее время отводится использованию симуляционных обучающих технологий, которые стали неотъемлемым компонентом современного образовательного процесса в медицине [5].

Цель

Отработка навыков по оказанию медицинской помощи при асфиксии новорожденного тяжелой степени.

Материал и методы исследования

Этап сценария (клиническое состояние) — комплекс параметров новорожденного (ЭКГ, ЧСС, АД, ЧД, SpO₂ и др.).

Клинические параметры симулятора соответствуют параметрам при данной нозологии, что проверяется опытным врачом. Лечение соответствует протоколам, стандартам и порядку оказания медицинской помощи.

Сценарий предназначен для работы на тренажере «SimNewB».

Результаты исследования и их обсуждение

Разработанный нами сценарий «Асфиксия новорожденного» позволяет отработать такие практические навыки, как оценка состояния новорожденного по шкале Апгар, оценка тяжести асфиксии, выбор тактики лечения, отработка алгоритма действий, оценка эффективности терапии, работа в команде, стресс-менеджмент. Алгоритм действий включает в