

с диоксидом титана. Целесообразно продолжить изучение топической лекарственной формы с НДЦ как перспективного фотопротектора.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Runger, T. M.* Mechanisms of melanoma promotion by ultraviolet / T. M. Runger // J. Invest. Dermatol. — 2016. — Vol. 136, № 9. — P. 1751–1752.
2. *Pasparakis, M.* Mechanisms regulating skin immunity and inflammation / M. Pasparakis, I. Haase, F. O. Nestle // Nat. Rev. Immunol. — 2014. — Vol. 14, № 5. — P. 289–301.
3. Нанокристаллический диоксид церия: свойства, получение, применение / В. К. Иванов [и др.]. — Томск: Изд-во Томского университета, 2013. — 284 с.

УДК 616-053.36:[618.3+616.36-008.8]

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

Полторан А. А.

Научный руководитель: *Л. С. Сергейчик*

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

Введение

В настоящее время во врачебной практике участились случаи заболеваний печени и желчевыводящих путей у беременных. Наиболее часто встречающаяся форма патологии печени у беременных — гестационный холестаз. Распространенность его составляет приблизительно 1 случай на 500 беременных. Заболевание характеризуется нарушением оттока желчи, в результате которого в крови накапливаются ее составные части: непрямого билирубин, желчные кислоты, холестерин, липиды, повышается активность ферментов печени.

Главная опасность заболевания заключается в отрицательном влиянии на плод. Часто исходами гестационного холестаза на ранних сроках беременности является выкидыш, гибель ребенка в раннем неонатальном периоде; на более поздних — преждевременные роды, развитие острой гипоксии плода или респираторного дистресс-синдрома новорожденных.

Дети, рожденные от матерей с гестационным холестазом, отличаются иммунными нарушениями и относятся к часто болеющим. У них часто встречаются как острые, так и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы. Для этих детей характерны психоневрологические расстройства и отставания в умственном развитии, снижение слуха и зрения. Поэтому проблема гестационного холестаза очень важна для изучения, так как он может привести к нарушениям в развитии ребенка.

Цель

Изучить развитие детей на первом году жизни, рожденных от матерей с гестационным холестазом.

Материал и методы исследования

Ретроспективно было проанализировано 35 историй развития новорожденных и 35 историй развития детей (ф 112/у), рожденных от матерей с гестационным холестазом, которые родились в Учреждении «Гомельская городская клиническая больница № 2» и находятся под наблюдением в филиалах ГУЗ «Гомельская городская детская клиническая поликлиника».

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно данным исследования, чаще дети от матерей с гестационным холестазом рождаются с массой тела 2500–4000 — 16 (46 %) детей, менее 2500 г — 15 (42,6 %) детей, более 4000 г — 4 (11,4 %) ребенка.

Рост при рождении был 47–54 см — у 16 (45,7 %) детей, у 11 (31,4 %) детей составил менее 47 см, у 8 (22,9 %) детей — более 54 см.

7 (20 %) детей течение раннего неонатального периода сопровождалось физиологической желтухой.

У 3 (8,57 %) детей при рождении была диагностирована асфиксия умеренной степени.

У 2 (5,71 %) детей выявлен врожденный везикулёз.

У 10 (28,5 %) детей прибавка массы тела в первом полугодии жизни происходила неравномерно, опережая физиологические нормы, во втором полугодии — у 13 (37,1 %) детей ежемесячные прибавки массы тела опережали физиологические.

Прибавка роста в первом полугодии жизни, опережала физиологическую норму у 8 (22,8 %) детей, во втором — у 16 (45,7 %) детей.

Оценивая нервно-психическое развитие, следует отметить, что 8 (22,8 %) детей начали держать голову в 2 месяца, 24 (68,5 %) ребенка — в 3 месяца, 3 (8,7 %) ребенка — в 4 месяца.

12 (34,2 %) детей начали гулить в 2 месяца, 22 (62,8 %) ребенка — в 3 месяца, 1 (3 %) ребенок — в 4 месяца.

В 6 месяцев впервые сели 7 (20 %) детей, в 7 месяцев — 13 (37,1 %) детей, в 8 месяцев — 15 (42,9 %) детей.

9 (25,7 %) детей начали ходить в 10 месяцев, 11 (31,4 %) детей — в 11 месяцев, 9 (25,7 %) детей, 6 (17,2 %) детей — в 13 месяцев.

8 (22,8 %) детей с рождения находились на искусственном вскармливании. Большинство детей находилось на грудном вскармливании, из них до 6 месяцев находились на грудном вскармливании — 9 (25,71 %) детей, до 1 года — 15 (42,85 %) детей, до 1,5 лет — 3 (8,71 %) ребенка.

У 4 (11,4 %) детей были выявлены нарушения координации движений и равновесия в виде ритмического тремора рук, нарушения координации тонких движений, атетоидных движений в предплечье и кисти и острой мозжечковой атаксии.

У 31 (88,6 %) ребенка было выявлено сходящееся содружественное косоглазие.

У 8 (22,85 %) детей была выявлена неврологическая патология в виде гиперкинеза, идиопатической кальцификации базальных ганглиев (болезнь Фара), малой двигательной и психической активности.

У 4 (11,42 %) детей была обнаружена патология со стороны опорно-двигательного аппарата: дисплазия тазобедренных суставов, асимметрия ягодичных складок при полном объеме движений в тазобедренных суставах.

У 5 (14,28 %) детей течение острых респираторных инфекций осложнялось острым гнойным гайморитом, острым средним отитом.

Всем детям на первом году жизни был проведен биохимический анализ крови. Увеличение АлАТ отмечалось у 20 (57,15 %) детей, АсАТ — у 23 (65,72 %) детей, увеличение уровня прямого билирубина — у 22 (62,86 %) детей, непрямого билирубина — у 20 (57,15 %) детей, креатинина — у 5 (14,29 %) детей, мочевины — у 6 (17,15 %) детей.

При оценке электрокардиограммы, нарушение ритма сердца в виде синусовой тахикардии наблюдалось у 2 (5,71 %) детей, синусовая брадикардия — у 7 (20,01 %) детей.

По данным УЗИ органов брюшной полости у 5 (14,28 %) детей была выявлена патология в виде: пилороспазма, дискинезии желчевыводящих путей, ахалазии кардии.

По данным УЗИ сердца, у 4 (11,42 %) детей выявлен пролапс митрального клапана, расширения полости левого желудочка в сочетании с нарушением функции аортального клапана. У 31 (88,58 %) ребенка эхопатологии на УЗИ не выявлено.

Выводы

На основании проведенного исследования было установлено, что дети, рожденные от матерей с гестационным холестазом, рождаются с массой тела 2500–4000 г и ростом 47–54 см, что соответствует физиологической норме.

Течение раннего неонатального периода может сопровождаться развитием асфиксии умеренной степени и физиологической желтухой. Физическое развитие на первом году жизни характеризуется неравномерными прибавками массы тела и роста.

Данная группа детей имеет нарушения со стороны органов пищеварения в виде пилороспазма, дискинезии желчевыводящих путей, ахалазии кардии.

Оценивая нервно-психическое развитие детей на первом году жизни, выявлено, что дети, рожденные от матерей с гестационным холестазом, позже начинают гулять, садиться и ходить. У части исследуемых детей были выявлены неврологические нарушения, которые нуждаются в медикаментозной коррекции и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ключарева, А. В. Внутривеночный холестаз беременных / А. В. Ключарева, Л. В. Вавилова // *Здравоохранение*. — 2007. — № 3. — С. 72–73.
2. Ковалева, Н. Б. Внутривеночный холестаз беременных: научное издание / Н. Б. Ковалева, И. Х. Байрамова // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. — 2006. — Т. 16, № 3. — С. 36–39.

УДК 617.58-005.4-089

ВЛИЯНИЕ ВИДА ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ ШУНТИРОВАНИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Полянский Д. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *Б. С. Суковатых*

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация

Введение

Критическая ишемия нижних конечностей по материалам Трансатлантического международного согласительного документа (TASC) встречается у 500–1000 человек на 1 млн жителей в год. Однако, принимая во внимание неуклонное старение населения, глобальное увеличение распространенности метаболического синдрома, сахарного диабета, курения и ожирения, можно прогнозировать значительное увеличение числа больных. Одной из наиболее частых причин развития критической ишемии являются окклюзионно-стенотические поражения бедренно-подколенного-берцового сегмента артериального русла нижних конечностей. Согласно литературным данным, результаты бедренно-подколенного шунтирования не зависят от вида пластического материала (аутовена, синтетический или биологический протез), однако представляет интерес оценить показатели качества жизни (КЖ) в зависимости от вида пластического материала.

Цель

Оценить качество жизни больных хронической ишемией нижних конечностей после БПШ аутовеной и биологическим протезом.

Материал и методы исследования

Проведен анализ обследования 40 больных хронической ишемией нижних конечностей, которые находились на лечении в Курской областной клинической больнице (ОБУЗ КОКБ) за период с 2014 по 2017 гг. Основным этиологическим фактором был атеросклероз 38 (95 %) пациентов, в том числе в 5 случаях в сочетании с сахарным диабетом, в 1 случае с тромбангиитом, изолированно тромбангиит встречался в 2 (5 %) случаях. Мужчин было 34 (85 %) и женщин — 6 (15 %). Возраст больных колебался от 23 до 75 лет, средний возраст $52 \pm 1,6$ лет. По степени ишемии больные распределились следующим образом: II стадия по классификации Фонтана — Покровского имели 28 (70 %) больных, III — 8 (20 %) и IV стадию — 4 (10 %).

Всем были проведены предоперационные общеклинические исследования, РВГ н/к, УЗИ артерий н/к. Все больные подлежали разделению на 2 группы по 20 человек ($n = 20$) в зависимости от хирургического лечения: БПШ биологическим протезом (1 группа), БПШ аутовеной (2 группа).