

чечных мембран нами изучена динамика экскреции с мочой фосфолипидов, являющихся основными структурными компонентами липидного биослоя в процессе лечения. Как показали полученные данные, у детей, больных МКБ и острой формой ОП с одиночными камнями почек, до операции существенно снижается уровень экскреции всех фосфолипидов. Несмотря на то, что уровень экскреции к концу 1 недели резко возрастает, дальнейшее лечение приводило к определенной нормализации концентрации ФИ, СФ, ФЭ, КЛ, ЛФК, ФК в отличие от традиционной терапии. Выявленные тенденции практически сохранились к исходу 2 и 3 недели метаболитного лечения, что свидетельствовало о нормализации липидного биослоя мембран почек. **Выводы:** Для получения более объективной картины влияния метаболитной терапии на фосфолипидный состав мембран почек, нами изучена константа скорости нормализации экскреции с мочой фосфолипидов. Анализ снижения экскреции фосфолипидов показал, что у детей больных острой и хронической формами ОП в основной группе резко возрастала константа санации на 3 неделе лечения, что свидетельствовало об оптимальных сроках предоперационной подготовки больных. Нормализация липидного состава мочи наступала намного быстрее (в 2,2 раза), чем при базисном лечении.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С АДЕКВАТНОЙ СРОКУ ГЕСТАЦИИ МАССОЙ ТЕЛА

Фесик Н.В., студентка 1 группы 5 курса медицинского факультета №4, Ортеменка Е.П., доцент кафедры БГМУ
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. - д.м.н. Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Колоскова Е.К.

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) занимает лидирующее место (47%) в структуре перинатальных поражений центральной нервной системы (ЦНС). **Цель работы:** Изучить роль неблагоприятных перинатальных факторов риска развития ГИЭ у доношенных новорожденных с нормальной для срока гестации массой тела. **Материал и методы исследования:** На базе отделения патологии новорожденных областной детской клинической больницы г. Черновцы обследован 41 доношенный ребенок, страдающий ГИЭ. В первую (I) клиническую группу вошло 28 пациентов с ГИЭ и соответствующей сроку гестации массой тела при рождении, а вторую (II) группу сравнения составили 13 новорожденных с низкой для срока гестации массой тела. По гендерному составу группы сравнения не отличались. Все дети поступили в остром периоде ГИЭ, а основным неврологическим синдромом заболевания был синдром угнетения ЦНС (92,9% пациентов I клинической группы и 92,3% новорожденных II группы сравнения). Полученные данные анализировались с использованием параметрических („P“, методом Стьюдента) и непараметрических („Pф“, методом углового преобразования Фишера) методов вычисления. **Результаты:** Гипоксически-ишемическому поражению центральной нервной системы у доношенных новорожденных с соответствующей срокам гестации массой тела предшествовали: патологическое течение интранатального периода (развитие дистресса плода в родах вследствие обвития пуповиной в четверти случаев (25%; Pф<0,05), наличие загрязненных околоплодных вод (32,1% новорожденных; Pф<0,05) и патологические роды в 32,1% наблюдений (Pф>0,05)), ассоциирующее с рождением каждого пятого младенца (22,2%; Pф>0,05) в тяжелой асфиксии (оценка по Апгар-шкале на 1-й минуте ≤ 4 балла), приводящей впоследствии к развитию кардиологических осложнений (28,6%; Pф<0,05), полиорганной недостаточности (14,3%; Pф>0,05) и судорожного синдрома (17,9%; Pф>0,05). **Выводы:** У доношенных новорожденных с адекватной относительно гестационного возраста массой тела гипоксически-ишемическое поражение ЦНС ассоциировало с патологическим течением интранатального (развитие дистресса плода в родах, течение которых в трети случаев был патологическим) и постнатального (рождение трети новорожденных в асфиксии, приведшей к развитию кардиогенных осложнений на первой неделе жизни).

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА

Фомина М.А., студентка 610 группы пед. факультета УГМУ
Кафедра госпитальной педиатрии (зав. каф. - проф. Вахлова И.В.)
Научный руководитель: проф. Вахлова И.В., асс. Федотова Г.В.

Цель работы: Проведение сравнительного анализа клинической характеристики детей с синдромом короткой кишки, развившегося после оперативного лечения врождённых аномалий желудочно-кишечного тракта. **Материал и методы исследования:** Проанализировано 20 историй болезни пациентов отделения хирургии новорождённых ОДКБ №1 г. Екатеринбург за период 2012-2014 гг. I группу составили 8 детей с диагнозом «Врождённый заворот тонкой кишки», по поводу чего была выполнена резекция поражённого участка и 4 – с тотальной формой болезни Гиршпрунга, в связи с чем была произведена резекция зоны аганглиоза. Группу сравнения (2) составили 8 пациентов с локальными формами болезни Гиршпрунга, получали консервативное лечение. **Результаты:** Средний возраст пациентов с врождённым заворотом тонкой кишки составил 1,0±0 сутки; оперированные дети с болезнью Гиршпрунга были в возрасте от 1 суток до 13 месяцев. Возраст детей 2 группы – от 1 суток до 7 месяцев. Установлено, что отягощённый акушерско-гинекологический анамнез матерей чаще отмечался в 1 группе, чем во 2 (66,7% и 37,5%, p<0,05). У матерей 1 группы чаще во время беременности встречались хроническая фетоплацентарная недостаточность (33,3%, n=4), анемия (50%, n=6), вирусная инфекция (58,3%, n=7) (p<0,05). Гестационный возраст детей 1 группы был меньше, чем у детей 2 группы (31,91±2,21 и 37,1±1,45 недель, p<0,05). У детей 1 группы чаще развивались состояния, связанные с родоразрешением на более ранних сроках беременности: респираторный дистресс-синдром 1 типа (25% и 0%, p<0,05), патология органов зрения (25% и 0%, p<0,05), перинатальное поражение ЦНС (75% и 50%, p<0,05). Висцеральные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) чаще диагностировались в 1 группе (50% и 25%, p<0,05): пиеложктазия (33,3% и 12,5%, p<0,05), двусторонний крипторхизм (16,7% и 12,5%, p>0,05), в 1 группе встречались двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс (8,3%) и удвоение почки (8,3%). По результатам копрологического исследования косянные признаки воспаления в виде наличия слизи и лейкоцитов в кале обнаружены в 100% случаев 1 группы и в 66,7% – 2 группы; признаки мальдигестии м альбсорбции – в 83,3% случаев в 1 группе, в 33,3% – во 2 (p<0,05). В послеоперационном периоде в 1 группе срок начала энтерального питания составил 4,73±1,05 сутки. На грудном вскармливании находилось 33,3% (n=4) детей 1 группы и 37,5% (n=3) – 2 группы (p>0,05). В 66,7% случаев дети 1 группы получали молочные смеси: 16,7% (n=2) – на основе цельного коровьего белка; 50% (n=6) – на основе гидролизованных белков. Во 2 группе дети получали смеси на основе цельного белка. Дети, получавшие смеси с нерасщеплённым цельным белком, и дети, находившиеся на грудном вскармливании, пребывали в стационаре дольше, чем дети, получавшие гидролизованные смеси (47,09±4,16 и 25,42±3,71 койко-дней соот-