

истории развития и болезни 10 новорожденных, лечившихся в перинатальном центре ГУНИИ ОММ в 2002-2003гг. У всех детей при формировании окончательного диагноза фигурировала БЛД.

Масса тела при рождении обследованных детей составила  $1100 \pm 200$ г - у 5 детей,  $1800 \pm 340$ г - у 5 детей.

Основанием для проведения ИВЛ послужили:

- КРДС, связанный с дефицитом сурфактанта, пневмонией - у 7 детей;
- врожденная пневмония - у одного ребенка;
- гемолитическая болезнь по Rh-фактору (отечная форма) - у двух детей.

ИВЛ проводилась от 9 суток до 21 дня, в трех случаях - с осложнениями в виде синдрома «утечки воздуха» (у одного ребенка - двухсторонний пневмоторакс).

После снятия с ИВЛ отмечено нарастание симптомов БЛД (тахипноэ, тахикардия, втяжение межреберий, аускультативно - хрипы проводные, увеличение печени), изменение показателей газов артериальной крови (гиперкапния), электролитные нарушения (ацидоз, нередко алкалоз), в рентгенографической картине в период исследования (конец первого месяца жизни) - эмфизема и гипервентиляция легких.

Кроме того, до начала лечения капотеном, проводилась ЭхоКГ и электрокардиография, на которых выявлялась гипертрофия правого желудочка с отклонением электрической оси сердца вправо, увеличение систолических временных интервалов и утолщение стенки правого желудочка. Нередко отмечались нарушения ритма сердца в виде тахикардии, экстрасистолии.

Ультразвуковое исследование печени выявляло увеличение ее объемов на 15-20% к возрастной норме.

*Результаты исследования.* На фоне терапии дексаметазоном и короткими курсами лазикса (триампура) 5-7 дней назначали капотен в дозе 0,5-1,0 мг на кг массы тела. Курс проведенной терапии - от 10 до 30 дней под контролем функции почек и Эхо-кардиографической картины.

На фоне лечения (на 3-4 день) исчезали синусовая тахикардия, уменьшались симптомы гипертрофической кардиопатии, уменьшались объемы печени.

Динамика Эхо-кардиографических показателей свидетельствовала о положительной динамике к концу курса лечения капотеном. Однако достоверность этих данных продолжает анализироваться.

При интерпретации данных ЭКГ были выявлены следующие изменения:

- увеличение времени внутрипредсердного проведения наблюдалось у 5 детей;
- увеличение предсердно-желудочкового проведения - у 7 детей;
- изменение зубца Т в грудных отведениях - у 100% детей, из них у 4 - отрицательный, у 6 - сглаженный.

В инверсию вовлекался весь зубец Т;

- смещение интервала ST ниже изолинии - у 5 детей;
- блокада правой ножки пучка Гиса - у 7 детей;
- признаки перегрузки ПЖ - в 5 случаях;
- синусовая тахикардия - у 6 детей, предсердная экстрасистолия - у двух.

К концу курса капотена картина ЭКГ изменилась:

- отмечался синусовый ритм с ЧСС до 120 в минуту;
- зубец Р стал положительным в стандартных отведениях, амплитуда его уменьшилась во всех отведениях;
- зубец Т становился положительным во всех отведениях, кроме aVR.

То есть увеличивался венозный возврат, нарушения процессов проводимости минимизировались:  $P=0,05$ ;  $PQ=0,12 \pm 0,05$ ;  $QRS=0,08 \pm 0,001$ ;  $QRST=0,30 \pm 0,023$ .

Таким образом, введение в комплекс лечения БЛД капотена, вероятно, целесообразно. Замкнутый круг, в который попадает ребенок, перенесший ИВЛ в период новорожденности, обусловлен не только дыхательной, но и сердечной недостаточностью. Лечебный эффект капотена несомненен. Однако требуется продолжение исследования для получения объективной характеристики динамики на Эхо-КГ.

УДК 618.1:577.4

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

*Т.А.Обоскалова*

Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга

Роль женщины в современном мире чрезвычайно велика. Она обусловлена не только биологическим предназначением женщины-матери. Современная женщина - активный участник производственных и общественных отношений, поэтому вопросы снижения заболеваемости, а также полноценного восстанов-

ления генеративной функции в условиях низкого прироста народонаселения и дефицита трудовых ресурсов являются актуальными. Репродуктивная система женского организма наиболее уязвима для воздействия различных эндо- и экзогенных факторов, что приводит к росту заболеваемости женской половой сферы.

*Целью работы* явилось изучение заболеваемости в различных возрастных группах женщин в г. Екатеринбурге, являющимся крупным промышленным центром, расположенным в неблагоприятной климатической и экологической зоне.

*Материал и методы исследования:* статистический анализ типовых и специально разработанных форм отчетности ЛПУ города за 1998–2002 гг.

*Результаты исследования и их обсуждение.* Женское население города составляет 720 тыс. человек, старше 17 лет — 572,5 тыс., фертильного возраста — 360 тысяч.

Гинекологическая заболеваемость детей и подростков всего составила в 2002 г. 89,6 на 1000. Патология выявляется на профилактических осмотрах и при активном обращении к врачу.

В группе детей до 14 лет заболеваемость 64,7%. Частота выявления патологии на профосмотрах за 3 года составила  $7,7 \pm 0,3\%$  без тенденции к росту. На приемах в 2002г. выявлено 19,6% больных, то есть в 3 раза больше, чем в 1999 г. — 9,3%. Ежегодно в госпитализации нуждаются  $125,4 \pm 10,1$  девочек. Показаниями для оперативного лечения преимущественно являлись травмы и ювенильные кровотечения. Пациентки данной возрастной группы составляли 0,5% от всех госпитализированных в гинекологические стационары города, и их число не возрастает.

В группе подростков до 17 лет заболеваемость — 154,8%. Эффективность профосмотров в этой группе выше. Частота выявления гинекологических заболеваний возросла с 13,4% до 19,7%, в среднем  $16,8 \pm 1,7\%$ . На приемах выявляется  $14,7 \pm 2,5\%$  больных из числа всех обратившихся. Структура заболеваемости, выявленной на профосмотрах у подростков 15–17 лет, в 25,5% представлена вульвовагинитами, в 21,5% — заболеваниями шейки матки, в 18,3% — нарушениями менструальной функции, в 15,6% — дисменореей, в 8,2% — нарушениями полового созревания.

Рост заболеваемости подростков происходит параллельно с увеличением патологии, требующей стационарного лечения. В 2002г. было госпитализировано 1365 девушек до 17 лет, что на 33,0% больше, чем в 1998г., и составило в 2002г. 4,9% от всех стационарных больных, против 3,1% в 1998г. В структуре госпитализированных преобладали больные с ювенильными кровотечениями, воспалительными заболеваниями органов малого таза. Доля абортот неуклонно снижается. В 1998г. уровень абортов среди подростков составлял 46,7%, в 2002г. — 36,1%.

Заболеваемость женщин старше 18 лет увеличилась с 41,2% в 1998г. до 75,2% в 2002г. Но число госпитализированных сократилось на 14,1%, преимущественно за счет возрастной группы 20–29 лет. Женщин этого возраста госпитализировано на 29,2% меньше по сравнению в 1998г. это обусловлено значительным снижением абортов и осложнений после них. Число женщин старших возрастных групп (40–49 лет и 50–59 лет), которым проведено стационарное лечение, на протяжении 5 лет практически не изменилось и составило  $3597 \pm 158$  и  $2076 \pm 181,1$  соответственно.

Произошли изменения в структуре госпитализированных: увеличилась доля больных, подвергнутых хирургическому лечению. Это обусловлено не столько утяжелением гинекологической патологии, сколько более внимательным отношением к больным в женских консультациях и своевременным направлением их на лечение, а также изменением врачебной тактики в пользу оперативного лечения ряда состояний таких, как эндометриоз, лейомиома матки, бесплодие.

В 1998г. оперированные больные из числа направленных женскими консультациями составляли 31,3%, в 2002г. — 42,8%. Это показатель рационального использования стационарной койки и внедрения стационарсберегающих технологий. Число больных, подвергнутых хирургическому вмешательству в гинекологических отделениях города, возросло на 18,3% и составило в 2002г. 7268 человек.

Наряду с ростом оперативной активности в гинекологических отделениях города четко прослеживается органосохраняющая тактика и использование малоинвазивных методов операций. В 1998г. хирургические вмешательства из минидоступа и лапароскопические операции составляли 18,9%, в 2002г. — 25,7%. Средний койко-день оперированного больного сократился с 10,6 до 8,4.

Органосохраняющая тактика, принятая в городе, привела к снижению частоты операций в объеме удаления придатков на 43,1%, возрастанию доли консервативной миомэктомии — на 23,4%, энуклеации кист яичников — на 31,6%. Перечисленные вмешательства выполнялись традиционными методами, лапароскопическим и минилапаротомным доступом, а также при гистерорезектоскопии.

Особого внимания заслуживает динамика онкогинекологической патологии. В период 1995–1998гг. абсолютное число заболевших раком женской половой сферы составляло  $272,7 \pm 16,2$  ежегодно, в 1999–2001гг. —  $345,0 \pm 15,0$  ( $p < 0,01$ ), лишь в 2002г. появилась тенденция к снижению — выявлено 324 больных, что составило 0,7% от всех гинекологических больных. Показателем эффективности профилактической работы на территории является выявляемость онкологических процессов на ранних стадиях заболевания, когда возможно лечение. Это зависит не только от организации профилактических осмотров населения в женских консультациях и смотровых кабинетах поликлиник, но и от ответственного отношения людей к своему здоровью.

В 1995–1998гг. ежегодно выявлялось больных раком женской половой сферы III–IV стадии соответственно  $76,7 \pm 7,8$  —  $28,0 \pm 2,3\%$ . В период 1999–2001гг. —  $112,3 \pm 9,8$  —  $32,1 \pm 1,5\%$  ( $p < 0,01$ ). В 2002г. наметилось

снижение, выявлено 99 больных с запущенными формами рака, что составило 30,5% от всей онкопатологии. Стала меняться и структура запущенных форм в зависимости от локализации: доля рака шейки матки сократилась с 26,5% в 1999г. до 21,2% в 2002г., рака тела матки – с 26,5% до 12,1% соответственно. Это свидетельствует о более раннем обращении больных, повышении эффективности профилактических осмотров с обязательным онкоцитологическим исследованием, использованием современных методов для диагностики рака эндометрия.

Увеличение числа оперированных больных, улучшение выявления рака различной локализации явилось, наряду с профилактическими мерами, результатом совершенствования организации диспансерного наблюдения больных. На диспансерном учете состоят ежегодно 56000 пациенток. Структура диспансерной группы следующая: нарушения менструальной функции – 5,0%, патология шейки матки – 20,0%, лейомиомы матки – 10,0%, эндометриоз – 2,0%. ИППП и воспалительные заболевания органов малого таза – 50%, онкопатология – 10,0%. После окончания интенсивного этапа лечения, проводимого в амбулаторном или стационарном звене гинекологической службы, осуществляется реабилитация путем психологической адаптации больных, проведения поддерживающей противорецидивной медикаментозной терапии. Широко используются фитопрепараты, физиотерапевтическое лечение, проводится терапия сопутствующей патологии. Большая роль в реабилитационных мероприятиях отводится контрацепции, расширяется применение заместительной гормонотерапии.

Анализ показывает, что факторами риска гинекологической заболеваемости являются: отягощенная наследственность, патологическое течение беременности и родов у матери, неблагоприятные воздействия в период пубертата, прерывание беременности, нарушение гигиены сексуальных отношений, влияние вредных производственных факторов, несбалансированное питание.

Рост показателя заболеваемости обусловлен не только истинным ее подъемом вследствие влияния факторов риска, но и улучшением учета и регистрации заболевших в лечебно-профилактических учреждениях. Это позволяет прогнозировать тенденции заболеваемости и планировать лечебные и предупредительные меры, внедрять новые методики.

Таким образом, для эффективной работы с группой гинекологических больных весьма важно реальное взаимодействие амбулаторного и стационарного звена акушерско-гинекологической службы с целью обеспечения преемственности оказания медицинской помощи, рационального использования материально-технической базы ЛПУ, экономической и социальной целесообразности проводимых мероприятий.

УДК 616.8–053.2+616–053.2–089.5

## **ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НА ГЕМОДИНАМИКУ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ**

*С.С.Ольков, Г.А.Черданцева, С.Ю.Русанов, Е.В.Худякова*

ГУ «Уральский НИИ охраны материнства и младенчества МЗ РФ», г. Екатеринбург

Респираторный дистресс-синдром новорожденных (РДСН) развивается у 20% недоношенных, а у родившихся до 28-й недели гестации эта цифра достигает 80%. Данная нозологическая единица обусловлена незрелостью легких и дефицитом эндогенного сурфактанта, она остается наиболее частой причиной перинатальной заболеваемости и смертности (около 20–30%) и требует дальнейшей длительной реабилитации в специализированных отделениях [2, 3].

Основными методами лечения респираторного дистресс-синдрома новорожденных является эффективная респираторная поддержка и применение эндогенного сурфактанта. Зачастую выраженность РДСН и сопутствующих респираторных нарушений требует проведения длительной респираторной поддержки. Любая, даже самая умеренная ИВЛ, может приводить к усилению расстройств центральной и мозговой гемодинамики.

Во время проведения ИВЛ меняется внутригрудное давление, оно тем больше, чем более жесткие параметры ИВЛ. При этом снижается венозный возврат к сердцу, сердечный выброс, растет соотношение “вентиляция/кровоток” и, как следствие, происходит обеднение малого круга кровообращения. Отрицательное влияние ИВЛ на мозговой кровоток и внутричерепной объем связано с несколькими факторами:

1. Повышение внутригрудного давления может нарушать отток крови от головного мозга, снижать сердечный выброс и мозговое перфузионное давление.