

к риску сердечно-сосудистых заболеваний. Takashima с соавт. обнаружили достоверное снижение липопротеидов высокой плотности у лиц, инфицированных *H. pylori*. Вывод. Влияние *CagA H. pylori* в организме человека приводит к метаболическому дисбалансу и в дальнейшем к развитию ИБС, атеросклероза, инсульта и множеству других эндокринологических заболеваний.

К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ, ПРЕДОТВРАЩЕНИИ СМЕРТНОСТИ И ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРЯМ И НОВОРОЖДЕННЫМ

¹Слабкий Г.А., ²Дудник С.В.

¹Ужгородский национальный университет, Украина

²Украинский институт стратегических исследований, Украина

Последние десятилетия в Украине наблюдается неблагоприятная демографическая ситуация, в частности это касается естественной убыли населения страны на протяжении всех лет независимости государства, низкой рождаемости на фоне достаточно высоких показателей смертности, что требует определённых политических усилий в направлении повышения рождаемости и снижения репродуктивных потерь с целью сохранения жизни каждой матери и ребёнка. В свою очередь система здравоохранения должна качественно обеспечивать медицинскую составляющую вышеуказанных демографических показателей. Одними из интегральных показателей для оценки деятельности учреждений здравоохранения матери и ребёнка и состояния перинатального здоровья выступают младенческая и перинатальная смертности, не смотря в целом на позитивные тенденции к некоторому снижению этих показателей в Украине, они продолжают превышать в 1,5-2 раза уровни аналогичных показателей в странах Европейского союза, где проводится политика по активизации рождаемости, направленная на обеспечение нужного уровня воспроизводства населения. Для укрепления репродуктивного здоровья, уменьшения репродуктивных потерь, в соответствии с международными программами и ведущими стратегиями ВОЗ, в Украине была внедрена регионализация перинатальной помощи, что способствовало снижению уровня перинатальной патологии, материнских потерь и т.д., преимущества регионализации прослеживаются при рождении глубоко недоношенных детей и концентрации таких родов в стационарах третьего уровня медицинской помощи, что свидетельствует о том, что внедрение инновационных перинатальных технологий в комплексе с профилактическими мероприятиями позволяют достигнуть значительного прогресса. С учётом вышеизложенного, становится очевидным, что одним из основных условий адекватного функционирования регионализации перинатальной помощи является обеспечение её организации (включающее такие основные составляющие, как организация в регионах трехуровневой системы предоставления перинатальной помощи за счет разделения акушерских стационаров на уровне перинатальной помощи; приведение трехуровневой системы предоставления перинатальной помощи в соответствие с территориальной необходимостью, с учетом географической доступности, кадровых и материально-технических возможностей учреждений перинатальной помощи, с учётом численности беременных женщин с разной степенью риска перинатальной патологии и смертности; разработку территориальных схем движения (маршрутов) беременных, рожениц, родильниц и новорожденных с риском как материнской так и перинатальной смертности в учреждениях перинатальной помощи), а именно необходимость научного обоснования и разработки системы управления организацией перинатальной помощи, разработки системы мероприятий по оптимизации эффективности данной медицинской помощи.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Слабкий Г.А., Миرونюк И.С., Габорец Ю.Ю.

Ужгородский национальный университет, Украина

Динамика частоты больных недоношенных новорожденных, имевших массу тела при рождении 1000 г и больше, изменялась по-разному и имела волнообразный характер – тенденция к увеличению с 846,3 на 1000 недоношенных новорожденных в 2000 г. до 864,86 в 2002 г. с дальнейшим уменьшением до 799,54 в 2006 г. Неравномерный характер имела и динамика частоты больных недоношенных новорожденных, имевших массу тела при рождении 500 г и больше, – уменьшение с 812,21 в 2007 г. до 752,47 в 2013 г., тенденцию к увеличению до 769,32 в 2014 г., 795,32 в 2015 г. с дальнейшей тенденцией к уменьшению до 793,1 в 2016 г. При этом, частота больных недоношенных новорожденных, имевших массу тела при рождении 1000 г и больше в 2000 г., была в 3,1 раза выше, чем доношенных, в 2006г. – в 4 раза, а новорожденных, имевших массу тела при рождении 500 г и больше, в 2007г. – в 4,4, в 2012 г. – в 5,1 раза, в 2016 г. – в 5 раз. При этом индекс здоровья новорожденных в целом увеличился с 72,8% в 2000 г. до 84,2% в 2016 г., доношенных новорожденных – с 75,35 до 87,6%, а недоношенных – с 15,3% до 20,7% соответственно. При общей тенденции к снижению частоты больных новорожденных, имевших массу тела при рождении 500 г и больше, динамика уровней их заболеваемости разными болезнями за 2007 – 2016 гг. была неоднозначной. В целом снижение частоты больных новорожденных в 2007–2016 гг. произошло за счет снижения заболеваемости внутриутробной гипоксией и асфиксией с 51,78% в 2007 г. до 17,77% в 2016 г., или в 2,9 раза, замедленным ростом и недостаточностью питания плода – с 50,41% до 20,41%, или в 2,5 раза, родовыми травмами – с 23,17% до 17,57 %, или в 1,3 раза в основном за счет внутричерепных родовых травм (с 0,11% до 0,15% у 2007 г. и 25,8% в 2016г.), что способствует развитию комплекса гипоксических расстройств как в организме матери, так и плода. Характерно, что снижение уровней заболеваемости внутриутробной гипоксией и асфиксией, синдромом респираторного расстройства и другими респираторными состояниями в 2007-2016 гг. более интенсивными темпами проходило среди доношенных новорожденных, чем среди недоношенных – в 3,1 и 2,6 и в 2,1 и 1,3 раза соответственно, а уровней задержки роста и недостаточности питания плода, родовыми травмами – среди недоношенных – в 5,0 раз и в 2,2 раза и в 5,5 и 1,2 раза соответственно. Отмечается негативная динамика тяжелых перинатальных состояний, которые существенно влияют на качество жизни в дальнейшем и приводят к инвалидизации детей – сепсиса новорожденных (с 0,18% до 0,46% – в 2,6 раза), в основном за счет его интенсивного роста среди недоношенных (с 1,19% до 6,26%, или в 3,5 раза), инфекций, специфических для перинатального периода (с 4,06% до 7,64%, или в 1,9 раза), также за счет его интенсивного роста среди недоношенных (с 26,25% до 60,98%, или в 2,3 раза), врожденных пневмоний (с 4,07% до 4,62%) за счет его более интенсивного роста среди недоношенных (с 26,4% до 31,98%, или в 1,2

раза). В структуре заболеваемости новорожденных детей на протяжении последних лет ведущие места занимают неонатальная желтуха (14,66%), врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (12,56%), родовые травмы (9,87%), задержка роста и недостаточность питания плода (8,82%), другие нарушения церебрального статуса новорожденных (8,45%).

РОЛЬ МЕМБРАН В ФОТОБИОЛОГИИ КОЖИ

Содиков Н.О., Бурхонов Б.Н., Худойкулова Ш.Н., Темиров Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

В последнее время становится все более очевидной значительная роль мембран в возникновении фотобиологических эффектов в коже. Наибольшее значение для фотобиологии имеют фосфолипиды, являющихся наряду с белками основным строительным материалом биологических мембран. Как нам известно, из состава солнечного излучения до 9% УФ излучение доходит до поверхности Земли. Показано, что УФ – облучение кожи сопровождается резким уменьшением в ней концентрации фосфолипидов, являющихся одним из основных строительных компонентов мембран. Параллельно с этим отмечается нарастание количество перекисленных липидов. В многих литературах уже отмечалось, что перекисные липиды могут эффективно образовываться в мембранах, например митохондриях, за счет цепных свободно - радикальных реакций окисления, причем затравкой для цепной реакции часто служит УФ – квант. Слабым инактивирующим действием на клетки обладает и ближний УФ свет (> 320 нм). Дальний ультрафиолетовый свет (< 200 нм), наоборот, весьма эффективен, что может быть обусловлено его ионизирующим действием. Среди различных мембран клетки высокой чувствительностью к УФ – облучению обладают лизосомальные мембраны. Структурный дефект мембраны лизосом должен сопровождаться выбросом в клетку чрезвычайно активных гидролитических лизосомальных ферментов. Действительно, УФ – облучение кожи приводит к снижению общей активности лизосомальных ферментов вследствие их выхода из лизосом с последующей элиминацией в ходе метаболизма и циркуляции внеклеточных жидкостей. Так, фосфатазная активность в УФ – облученной коже уменьшается, а β – глюкуронидазная активность в крови, наоборот, возрастает. В то же время активность ферментов в растворе не ингибировалась эквивалентными дозами УФ – света. Характерно, что стабилизаторы лизосомальных мембран – кортизон и аспирин – ослабляют отсроченную эритему кожи. Джонсон полагает, что фотохимическое повреждение лизосом имеет большое значение и в фотоканцерогенезе. Таким образом, можно представить себе следующую цепь событий, лежащих в основе «фотобиологии» кожи: поглощение света мембранным хромофором (белок?) \rightarrow фотосенсибилизированное перекисное окисление липидов \rightarrow повреждение мембраны \rightarrow биологический макроэффект.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Солдатов П.Ю., Сабиров А.Э., Парамонов В.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Российская Федерация

Актуальность проблемы: Химические ожоги пищевода занимают лидирующее место в группе заболеваний пищевода у детей. Среди детей наиболее часто встречается в возрасте 1-6 лет. Свыше 80% химических ожогов связываются с приемом ядовитых веществ. Степень выраженности ожогов, протяженность зависит от характера, объема и концентрации химического вещества, длительности воздействия реагента на слизистую пищевода, времени, прошедшего с момента воздействия травмирующего агента. Частота послеожоговых осложнений по литературным данным составляет от 3-40%, которые включают в себя рубцовые сужения пищевода, ранние и поздние кровотечения, перфорацию пищевода. Летальность у детей с данной патологией по данным различных авторов составляет от 2 до 15%. Нередко наступает инвалидизация ребенка. В настоящее время не существует консенсуса в отношении тактики, достоверно способствующей снижению таких осложнений химических ожогов пищевода, как рубцовый стеноз. В лечении послеожоговых рубцовых стриктур пищевода основную роль играет бужирование. Отсутствие единых подходов к лечению химических ожогов пищевода у детей и таких осложнений, как рубцовые сужения пищевода, позволяет рассматривать данное заболевание, как одну из наиболее актуальных в числе прочих заболеваний пищевода у детей. Цель: Изучить структуру и результаты лечения детей с химическими ожогами пищевода, получавших лечение в РДКБ г.Уфы в период с 2014 до 2016 года. Материалы и методы: За 2014-2016гг. в клинике детской хирургии РДКБ г. Уфа лечились 33 ребёнка с химическими ожогами пищевода. Мальчиков было - 22 (66,7%), девочек - 11 (33,3%). Возраст больных колебался от 2 мес. до 13 лет; до 1 года – 2 детей (6,1%), 1-3 года – 24 (72,7%), 4-7 лет – 3 (9,1%), старше 7 лет - 4 (12,1%). Большинство поражений пищевода были вызваны перманганатом калия (42,4%), 70% уксусной кислотой (24,2%) и щелочью (18,1%). Срок поступления в стационар составлял от нескольких часов до 8 суток; до 1 суток – 26 детей (78,8%), 1-7 суток – 6 (18,2%), свыше 8 суток – 1 (3%). Результаты и обсуждение: Всем детям была проведена эмпирическая консервативная терапия, включавшая обезболивание, антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, антибиотики, инфузионную терапию, облепиховое масло внутрь. В первые сутки наблюдения ребёнку разрешалось пить, грудным детям позволялся приём молока или смеси при условии отсутствия поперхивания и/или рвоты. Всем детям для верификации диагноза выполнено эндоскопическое исследование – ФЭГДС. Сроки проведения эндоскопического исследования от нескольких часов, обеспечивших «голодную паузу» до 12 суток; в первые сутки – 1 (3%), в срок 1-7 суток – 26 (78,8%), свыше 7 суток – 6 (18,2%). Наибольшее число исследований выполнено на 5-7 сутки – 17 детей (51,5%). Выбор срока зависел от выраженности клиники химического ожога и предполагаемого или известного поражающего агента. Выявленные степени ожога: 1 степень у 22 детей (66,7%), 2 степень – 8 (24,2%), 3 степень – 2 (6,1%), 4 степени – 1 ребенок (3%). 9 (27,3%) детям с ожогами 2-4 степени проведены повторные эндоскопические исследования в сроки до 21 суток для контроля лечения. Выводы: Химические ожоги являются наиболее частой приобретённой патологией пищевода у детей. Основными поражающим веществом в нашем наблюдении явился кристаллический перманганат калия, хранившийся в доступных детям местах. В большинстве случаев поражение оказывается поверхностным и не несёт отдаленных последствий для ребёнка. В то же время, более редкие случаи глубоких поражений приводят к инвалидизации детей и длительному многоэтапному лечению. На современном этапе показано проведение эндоскопической верификации степени поражения в максимально короткие сроки, сообразно клинической картине, а также своевременное начало профилактического бужирования пищевода при поражениях 2 -4 степени согласно схеме.