

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

ВИТЕБСК – 2012

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

нейропротекторную терапию даже при отсутствии УЗИ признаков деструкции мозговой ткани, так как рост этих показателей является ранним диагностическим критерием разрушения вещества головного мозга.

При выявлении снижения индексов резистентности передней и средней мозговых артерий, при проведении доплерометрии мозгового кровотока, и отсутствии УЗИ признаков внутримозговых кровоизлияний показано назначение антигеморрагической терапии, так как снижение этих показателей является ранним диагностическим признаком перинатальной трикулярикулярной кровоизлияний.

Литература:

1. Белоусова, Т.В. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных: методические рекомендации / Т.В. Белоусова, Л.А. Ряжина. – СПб.: ООО «ИПК «КОСТА», 2010. – 96 с.

2. Шанько, Г. Г. Частота и характер структурных изменений головного мозга новорожденных с судорогами при энцефалопатии и родовой черепно-мозговой травме / Г. Г. Шанько, Е. А. Улезко // Достижения медицинской науки Беларуси: Рец. науч.-практ. ежегод. – Минск: ГУРНМБ, 2004. – Вып. 9. – С. 162—163.

3. Зубарева, Е.А. Клиническая нейросонография новорожденных и детей раннего возраста / Е.А.Зубарева, Л.Ю. Неечко. – Клин. руководство по УЗИД, т3. М.: Видар, 1997. – С. 9 – 24.

4. Микитин, Ю.М. Ультразвуковая доплерография в диагностике поражений магистральных артерий головы и основания мозга: учебное пособие / Ю.М. Микитин – М.: институт неврологии РАМН. АО «Спектрмед», 1995. – 46 с.

5. Шахнович, А.Р. Диагностика нарушений мозгового кровообращения, транскраниальная доплерография. // А.Р. Шахнович, В.А. Шахнович – М., 1996. – 30 с.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ

Козлова Е.Н., Пчельников Ю.В., Матвеев В.А.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Нарушения гемостаза являются одной из важных причин тяжелой, в том числе летальной патологии у детей первых месяцев жизни. К моменту рождения ребенка все факторы свертывающей и противосвертывающей систем находятся в состоянии динамического равновесия, но на ином, чем у взрослых, уровне. Можно выделить 4 группы факторов по их соответствию содержанию и активности факторов свертывания детей старшего возраста и взрослых [1,2]:

I. Соответствуют содержанию и активности у взрослых – V фактор, VIII фактор и количество тромбоцитов;

II. Соответствуют содержанию у взрослых, но отличаются структурой и функциональной активностью – фетальные фибриноген и плазминоген;

III. Составляют от 30 до 50 процентов от содержания и активности у взрослых – II, VII, IX, X, XI, XII, XIII факторы, антитромбин III, протеины C и S, максимальная амплитуда агрегации тромбоцитов;

IV. Превышают содержание или активность у взрослых – фактор Виллебранда, уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК).

Наибольшее снижение уровня факторов свертывания и подъем содержания РФМК отмечается на 3-5 сутки жизни, становление «взрослого» варианта гемостатического баланса происходит к 1-2 месяцам жизни. Даже у здоровых новорожденных имеется ряд особенностей системы гемостаза, предрасполагающих к возникновению кровотечений:

- повышение проницаемости и ломкости сосуди-

стой стенки, снижение активности простаглицлинов сосудистой стенки;

- нарушение белковосинтетической функции печени в сочетании с относительным дефицитом витамина К (плохо проникает через плаценту);

- снижение уровня факторов протромбинового комплекса (витамины К зависимые факторы свертывания крови – II, VII, IX, X) в течение первых 2—5 дней жизни;

- повышение активности фибринолиза (особенно в сосудах герминативного матрикса);

- увеличение концентрации гепарина в крови.

У здоровых доношенных детей указанные особенности не приводят к развитию кровотечений и исчезают в первые недели жизни. В то же время, в ряде случаев отмечается более позднее становление гемостатического баланса, чреватое развитием опасных для жизни кровотечений. Указанная патология, получившая название геморрагической болезни новорожденных, представляет собой преимущественно К-витаминодефицитный синдром. Недостаток витамин-К-зависимых факторов свертывания (II, VII, IX и X) чаще развивается при недоношенности, задержке внутриутробного развития, тяжелом гестозе матери, гемолитической болезни, ВУИ. Геморрагический синдром, как правило, проявляется на 2-4 день жизни, однако в некоторых случаях развивается значительно позже: на 2-8 неделе от рождения (до 6 мес) и носит название поздней геморрагической болезни новорожденных (ГрБН).

Таблица 1. Показатели коагулограммы при геморрагической болезни новорожденного

Показатели и их нормальные значения у здоровых доношенных новорожденных	Геморрагическая новорожденного
Количество тромбоцитов 150 - 400 · 10 ⁹ /л	нормальное
Протромбиновое время 13 - 16"	увеличено
Тромбиновое время 0 - 16"	нормальное
Парциальное тромбопластиновое время 45 - 65"	увеличено
Фибриноген 1,5 - 3,0 г/л	норма
Продукты деградации фибрина (ПДФ) 0 - 7 мг/мл	норма

Диагностика этой патологии, наряду с повышенной кровоточивостью, базируется на выявлении значительно удлиненного протромбинового времени (снижение протромбинового индекса менее 50%), при умеренном удлинении АПТВ и тромбинового времени (табл. 1).

Провоцирующими факторами развития поздней форм

- Диарея с мальабсорбцией жиров длительностью более 1 недели;
- Атрезия желчевыводящих путей;
- Гепатит;
- Холестатические желтухи другого происхождения;
- Кистафиброз поджелудочной железы;
- Массивная антибиотикотерапия с использованием препаратов широкого спектра действия;

- Дефицит α 1-антитрипсина;
- Абеталипотеинемия;
- Целиакия;

На основании изучения материалов Витебской областной клинической детской больницы за 2005-2011 гг. установлены анамнестические данные детей с поздней ГрБН, основные клинические проявления и исходы заболевания, а также исследована возможность направленной профилактики указанной тяжелой патологии детского возраста.

Литература:

1. Баркаган, Л. З. Нарушения системы гемостаза у детей // М.: Медицина, 1993.
2. Бишевская, Н.К. Состояние системы гемостаза при перинатальных поражениях центральной нервной системы - Автореф. дис... к. м. н., Барнаул, - 2002.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Колбасова Е.А.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

В последние годы наряду с ростом гинекологических заболеваний (доброкачественные опухоли матки и ее придатков, эндометриоз), требующих радикального оперативного вмешательства, происходит омоложение контингента оперированных женщин.

Менопауза как естественная, так и хирургическая является критическим периодом в жизни женщины, характеризующимся развитием психогенных, экзогенно-органических, эндогенных заболеваний, которые на начальных этапах проявляются тревожно-депрессивными расстройствами [1], приводящими в последующем к прогрессированию ассоциированных с менопаузой сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, к значительному снижению качества жизни пациенток [2].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей психоэмоционального статуса женщин в менопаузе.

Исследования проводились на базе гинекологического отделения и женской консультации УЗ «Витебский городской клинический роддом № 2». Обследованы 42 женщины с естественной менопаузой (I группа), 25 женщин после гистерэктомии и двусто-

ронней овариэктомии на 7-10 сутки послеоперационного периода (вторая группа), 21 женщина позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов (контрольная группа).

Средний возраст пациенток первой группы составил $52,5 \pm 0,6$ лет, второй группы - $50,1 \pm 4,2$ года, контрольной группы - $46,1 \pm 3,6$ лет.

Показанием к оперативному лечению у 3 пациенток второй группы были двусторонние кисты яичников, у 22 - миома матки, в том числе у 7 - быстрый рост, у 9 - симптомное течение, у 3 - сочетание миомы матки с кистой яичника, у 3 - с аденомиозом. Экстирпация матки с придатками произведена в 87,5 % случаев, двусторонняя овариэктомия - в 12,5 % случаев.

Средняя длительность естественной менопаузы у пациенток первой группы составила $2,6 \pm 1,6$ лет.

Анкетирование пациенток первой группы проводили при обращении за медицинской помощью, анкетирование пациенток второй группы - на 7-10 сутки послеоперационного периода.

Уровень депрессии определяли с помощью шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory),