

2. Факторы, возникающие в родах (затяжные, или стремительные роды, узкий таз, ригидность родовых путей, акушерские пособия).

Все родовые травмы можно разделить на четыре большие группы:

1. Переломы костей;
2. Травмы мягких тканей;
3. Внутривнутрибрюшинные травмы
4. травматические повреждения нервной системы (НС.)

Цели и задачи. На основании клинических наблюдений произведены анализ и обобщение результатов проведенных родов и дана сравнительная характеристика зависимости РТ от выбора пути родораз-

решения, от гестационного возраста и преморбитного фона новорожденного.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ показателей детского травматизма за период с 1 января 2000 по 1 октября 2004 в роддоме мед центра "Сурб Аствацамайр". За анализируемый период в роддоме родились живыми 5764 ребенка, из них с РТ 121 ребенок, что составляет 2,1%. Путем операции кесарева сечения родились 715, остальные 5049 родились через естественные родовые пути (сюда входят также роды путем вакуум экстракции и наложения акушерских щипцов и роды в тазовом предлежании).

Таблица 1. Сравнительный анализ

Родились живыми 5764 ребенка		С травмами 121(2,1%)
Путем операции кесарева сечения	715	3(0,4%)
В тазовом предлежании	145	3(2,0%)
Путем вакуум экстракции	14	4(28,6%)
Путем наложения акушерских щипцов	2	1(50%)
Естественным путем	4963	110(2,2%)

Как видно из таблицы при оперативном родоразрешении из 715 детей родились три травмированных ребенка, все трое недоношенные (весом 1600гр., 1800гр., 2300гр.). У всех троих имелся преморбитный фон – внутриутробная (в/у) инфекция, хроническая в/у гипоксия, пневмопатия. По описанию операции трудностей при извлечении не было. В тазовом предлежании из 145 детей диагностировано 3 травмы, не доношенные, имелся преморбитный фон (хроническая в/у гипоксия.). В случаях же с наложением вакуум экстракции и акушерских щипцов все дети были доношенные, но в родах диагностирована слабость потуг, острая гипоксия плода, все родились в состоянии асфиксии, легкой, средней и тяжелой степени.

При анализе гестационного возраста травмированных детей установлено, что переносимые составляют 3,3%(4 ребенка), недоношенные 6,6%(8 детей), остальные дети были доношены. При исследовании преморбитного фона у травмированных детей наиболее часто встречаемой патологией, приводящей к в/у гипоксии и интранатальной асфиксии и в/у инфицирования, являлись анемии, ОРВИ, ожирение, преэклампсия.

Основываясь на классификации травматизма у новорожденных и данных, по нашему роддому у нас получился следующий расклад РТ по диагнозам:

кефалогематомы(47,7%), переломы ключицы (36,3%), внутривнутричерепные травмы - ВЧРТ(11,3%), спинальные травмы, подпапоневротические гематомы и парез лицевого нерва по соответственно 3, 2, и 1 случаю. Были так же учтены по историям такие факторы как юные(8 случаев) и возрастные(4сл.) первородящие, длительный безводный промежуток(23сл.), длительный потужной период(5сл.), стремительные(0сл.) и затяжные (>12 ч. 5сл.) роды.

Анализируя полученные данные можно сделать следующие выводы:

1. Кесарево сечение является наиболее щадящим методом родоразрешения;

2. Роды в тазовом предлежании не являются более травматичными, чем в головном;

3. Наиболее травматичными являются роды с наложением акушерских щипцов и вакуум экстракции плода. Правильная оценка акушерской ситуации позволит своевременно выбрать альтернативный метод родоразрешения, т.е. кесарево сечение. В случаях же когда акушер-гинеколог вынужден прибегнуть к этим операциям, необходимо чтобы они проводились высококвалифицированными врачами, что, несомненно, приведет к снижению детского травматизма.

4. Гестационный возраст новорожденного имеет существенное значение при развитии РТ (недоношенные и переношенные дети), вне зависимости от пути родоразрешения.

5. Наличие преморбитного фона в сочетании с гестационным возрастом может способствовать возникновению РТ и усугубить ее течение, даже при щадящем пути извлечения новорожденного (кесарево сечение).

Таким образом, обобщая все выше сказанное, наши исследования и литературные данные можно сказать, что правильное ведение беременности с целью профилактики в/у инфекций и гипоксии плода, своевременная сохраняющая терапия с целью профилактики преждевременных родов, своевременная диагностика перенашивания в сочетании с правильной тактикой ведения родов дает возможность избежать РТ новорожденных.

СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕХОДА ОТ ЮНОСТИ К РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Горст Н.А., Горст В.Р.

Астраханский государственный университет, Астрахань

Физическое развитие представляет собой один из важнейших показателей здоровья человека, что явля-

ется особенно четко выраженным у людей молодого возраста. Студенчество это особая группа населения, для которой типичны определенные условия учебной и трудовой деятельности, относительная возрастная однородность. Задача настоящей работы заключалась в изучении физического развития 344-х астраханских студентов (82 юноши и 262 девушки) в современных экологических условиях и сравнение основных антропометрических параметров в двух возрастных группах юношей и девушек: 17-18 лет (первая группа) и 22-23-х лет (вторая группа). Использованы методы статистического анализа с привлечением метода сигмальных отклонений и центильных непараметрических методов.

По нашим данным в последние годы (2003-2004) антропометрический статус (Аст) молодежи без учета половых различий представляется в следующем виде:

- Нормальное физическое развитие – 62,8%;
- Гармоничный Аст – 33,1%;
- Дисгармоничный Аст – 29,7%;
- Резко дисгармоничный Аст – 37,2%

Как выяснилось, нормальное физическое развитие имеют 59,9% девушек и 72,0% юношей. Ведущим отклонением в физическом развитии женщин является дефицит массы тела.

В соответствии с принятой в настоящее время возрастной периодизацией онтогенеза, основанной на биологических принципах, 8-ой период это юношеский возраст: от 17 до 21 года для юношей и от 16 до 20 лет для девушек. С 21 – 22 лет начинается 9-ый период – зрелый возраст, первый этап которого ранняя взрослость: 22 – 35 лет. мужчины и 21 – 35 лет женщины. Существует мнение, что рост тела в длину заканчивается у мужчин к 19 – 22 годам, а у женщин к 17 – 18 годам. По нашим данным у юношей первой группы (средний возраст 17,2 лет) окружность груди достоверно ниже ($P < 0,001$) по сравнению со второй (средний возраст 20,1 лет). В то время как рост практически не отличался, а масса тела имела тенденцию к возрастанию. Среди девушек в двух изучаемых группах не было достоверных отличий в росте, также существенно не отличалась окружность груди. Однако, с увеличением возраста имело место закономерное возрастание массы тела ($P < 0,02$). Таким образом, для лиц разного пола выявлены особенности становления антропометрических параметров в один из критических периодов онтогенетического развития, каким является переход от юности к ранней взрослости.

В настоящее время все большую значимость приобретает исследование уровня физического развития конкретных людей, выявление отклонений и до-нозологическая диагностика возможных заболеваний.

СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АКТИВНОЙ ЙОДПРОФИЛАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Горюнова Т.П., Черданцева Г.А.

Центральная городская больница г.Ноябрьска, ЯНАО, Тюменской обл.

В связи с активной разработкой нефтяной и газовой промышленности, на Ямале значительно увеличилось число некоренных жителей. Это послужило основанием для изучения адаптационных механизмов человека в зоне Арктики, в том числе особенностей репродуктивной функции и состояния здоровья детей. Проблема адаптации мигрантов к условиям Крайнего севера выражается в синдроме дизадаптации, формирование которого непосредственно связано с иммунной системой. В то же время район Крайнего Севера относится к йоддефицитной территории и население его не получает массовую йодную профилактику. Йоддефицитные состояния являются фактором риска и представляют наибольшую опасность для незрелой иммунной системы плода.

Целью нашего исследования явилась оценка иммунного статуса в раннем неонатальном периоде новорожденных пришлого населения в зависимости от сроков проживания их матерей в условиях Крайнего Севера и влияния активной йодпрофилактики беременных.

Обследовано 120 доношенных новорожденных, которые были разделены на две группы в зависимости от срока проживания их матерей на Севере.

В 1-ю группу вошли 60 новорожденных от матерей приезжих и проживающих на Севере первые три года, во 2-ю – 60 новорожденных от матерей приезжих и проживающих на Севере более десяти лет. Каждая группа была подразделена на две подгруппы, основная (А) – 30 новорожденных от матерей, получавших во время всей беременности калия йодид (200мкг/сут) и контрольная (Б) – 30 детей от матерей без профилактики.

Группы и подгруппы рондаминизированы по соматической патологии, акушерскому и гинекологическому анамнезу матери и по статусу новорожденного при рождении ($p > 0,05$).

Обследовалась пуповинная кровь сразу после рождения ребенка.

Исследование показателей иммунного статуса включало определение параметров клеточного и гуморального иммунитета, а так же фагоцитарного звена. Комплексная оценка иммунореактивности предусматривала определение: -общего количества лейкоцитов, - абсолютного и относительного числа лимфоцитов, - иммунофенотипирование клеточных субпопуляций CD3,CD4,CD8,CD19. Рассчитывался иммунорегуляторный индекс CD4/CD8. В качестве методов оценки эффективной фазы гуморального иммунного ответа (определение IgA, IgM, IgG, IgE, ЦИК) применялся иммуноферментный анализ и калориметрический метод. Для определения функциональных свойств нейтрофилов, переваривающей способности (спонтанной и стимулированной) применялся тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) и