

we examined 325 patients (mean age 59,2±8,6 years). Any physical comorbidity associated with an increased risk of being diagnosed with depression in patients with chronic cerebral ischemia, but they are more likely to be diagnosed and treated than patients without it.

Key words: chronic cerebral ischemia, depression, comorbidities.

Стаття надійшла до редакції 28.02.2014 р.

Смолко Дмитро Геннадійович - к.мед.н, доцент кафедри нервових хвороб ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38 066 41-01-801; psychvin@gmail.com.

© Ізюмець О.І., Лайко Л.І., Добіжа М.В., Гомон Р.О., Недільська О.М.

УДК: 616.831-053.31

Ізюмець О.І.¹, Лайко Л.І.², Добіжа М.В.³, Гомон Р.О.³, Недільська О.М.³

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра дитячих хвороб №2¹, кафедра пропедевтики дитячих хвороб з доглядом за хворими дітьми², Вінницька обласна дитяча лікарня³ (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ДІАГНОСТИКА СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ АСПІРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ ЦНС

Резюме. Аспіраційний синдром та його наслідки залишаються дуже актуальною темою. По офіційним статистичним даним в структурі головних причин загибелі плоду аспірація навколоплідних вод займає 5-те місце поряд з пологовим травматизмом. Тому, дуже важливим завданням неонатологів є вдосконалення клінічних і рентгенологічних методів діагностики як аспіраційного синдрому, так і його ступенів важкості у новонароджених в перші години життя.

Ключові слова: новонароджені, аспіраційний синдром, рентгенографія органів грудної клітини, перинатальне пошкодження ЦНС.

Вступ

Аспіраційний синдром - це патологія, яка проявляється респіраторним дистрес-синдромом, який характеризується обструкцією дихальних шляхів внаслідок попадання в трахео-бронхіальне дерево плода навколоплідних вод.

По офіційним статистичним даним в структурі головних причин загибелі плоду аспірація навколоплідних вод займає 5 місце поряд з пологовим травматизмом. В той же час серед причин ранньої неонатальної смертності новонароджених синдром масивної аспірації займає 7 місце (2,5%). Тенденція до зниження відмічається при запровадженні нових моніторних методів контролю стану плоду під час пологів, а також збільшення частоти кесаревого розтину, що виконується по різним показам. Середня частота аспіраційного синдрому, по даним різних авторів, коливається від 2 до 3%, в той час як пологи з меконіальними навколоплідними водами спостерігаються у 9-15% породіль. Рання діагностика та профілактика аспіраційного синдрому залишаються резервом для зниження показників перинатальної захворюваності та смертності [Дементьева і др., 2001; Аряєва, 2005].

Ведучою патогенетичною ланкою розвитку аспіраційного синдрому у новонароджених є гостра чи прогресуюча хронічна гіпоксія плоду. Здавлення судин пуповини чи навіть короточасне їх стиснення супроводжується гіпоксичним станом плоду, що викликає спазм мезентеріальних судин, підвищення перистальтики кишечника та відходження меконію. Одночасно гіпоксія плоду виступає дихальним стимулом, що викликає збільшення частоти, амплітуди дихальних рухів та появу патологічних форм дихальних рухів, при яких час-

тинки меконію потрапляють в дихальні шляхи, викликаючи релаксацію гладком'язової структури трахеї шляхом дії проміжних продуктів обміну циклооксигенази, білків та жирних кислот. Подальша дія частинок меконію викликає хімічні та морфологічні зміни легеневої тканини, обструкцію дихальних шляхів, порушення газообміну і, як наслідок, тяжкі респіраторні розлади, спазм судин та зміни мікроциркуляції в легенях, розвиток легеневої гіпертензії та екстрапульмональних шунтів. За останніми літературними даними, частинки меконію в малих розведеннях не мають токсичного впливу на пневмоцити 2 порядку, а компоненти меконію такі як протеїни навіть збільшують секрецію сурфактанту, що пояснює часті недіагностовані випадки аспірації меконіальними аспіраційними водами [Михельсон і др., 1998; Крамний, 2006].

Перинатальними факторами ризику для розвитку аспіраційного синдрому у новонароджених є захворювання вагітних (гестози, серцево-судинні та хронічні легеневі захворювання, цукровий діабет, хвороби нирок), резус-конфлікт, а також пізній вік матері, що сприяють розвитку фетоплацентарної недостатності різного ступеня важкості. До інтранатальних факторів ризику аспірації навколоплідними водами належать переносування вагітності більше 40 тижнів, пізні пологи, аномалії пологової діяльності (слабкість або дискордантна), тривалий перебіг пологів у жінок з хронічною гіпоксією плоду, тривале та нерациональне використання утеротонічних засобів у пологах при вже порушеному стані плоду, крупний плід, обвиття пуповини.

Клінічні прояви аспіраційного синдрому в постнатальному періоді. В залежності від кількості аспірованих мас може настати несподівана смерть, колапс або

найвища ступінь диспное (дистрес-синдром). При незначній кількості аспірованої рідини розвиваються клапанні механізми або стани закупорки бронхіального дерева з послідовними мікроателектазами. Якщо способи видалення аспірату ефективні, то дитина деякий час бліда, з помірними порушеннями дихання, в протилежних випадках прослуховується жорстке дихання з крупнопухирцевими хрипами та з місцями послабленого чи відсутнього дихання. Можливий розвиток ускладнень у вигляді дисперсної вогнищевої аспіраційної пневмонії, зливної чи навіть абсцедуючої, іноді з реакцією зі сторони плеври чи з емпіємою, також може відбуватися процес перетравлення легеневої тканини аспірованим шлунковим соком (хімічний пневмоніт).

Враховуючи все вище перераховане, досить високу частоту аспіраційного синдрому та його негативні наслідки на організм новонародженого, метою нашої роботи було вдосконалення діагностики, а саме: рентгенологічна візуалізація для встановлення ступені важкості аспіраційного синдрому у новонароджених з перинатальним пошкодженням центральної нервової системи.

Матеріали та методи

Відомим способом діагностики аспіраційного синдрому у новонароджених є клініко-рентгенологічні паралелі. Недоліки способу пов'язані з використанням суб'єктивних ознак, що знижують точність діагностики захворювання та залежать від кваліфікації лікаря (шкала Downes), якості рентгенограм.

В нашому дослідженні ми скористалися патентом на корисну модель "Спосіб діагностики ступеня тяжкості аспіраційного синдрому у новонароджених з перинатальним ураженням ЦНС" (2006), який здійснюють шляхом проведення рентгенографії органів грудної клітки, визначаючи критерії, що вказані в таблиці 1.

Результати. Обговорення

Серед обстежених 30 новонароджених хлопчиків і дівчаток було по 50%. Усі новонароджені були з перинатальним пошкодженням ЦНС, але в залежності від супутньої патології вони були розділені на групи: перша група - 15 новонароджених з діагнозом гіпоксично-ішемічне пошкодження ЦНС та аспіраційний синдром (дистрес-синдром важкого ступеня по Downes) який відмічався у 4 дітей (у віці до 3-х днів), у 8 дітей (у віці 4-7 днів) і у 3 дітей більше у віці 8 днів. Серед них 3 новонароджених перенесли хімічний пневмоніт (через 48 год), а у 3 розвинулася аспіраційна пневмонія (на 3 добу). Друга група - 10 новонароджених з діагнозом гіпоксично-ішемічне пошкодження ЦНС без супутньої патології у віці 4-14 днів. Третя група 5 новонароджених з діагнозом гіпоксично-ішемічне пошкодження ЦНС з іншою супутньою патологією, а саме: 1 новонароджений у віці 23 доби - краніоспінальна пологова травма, 1 новонароджений у віці 1 доба - внутрішньоутробна пневмонія, 1 новонароджений у віці 6 днів - стигми дизембріо-

Таблиця 1. Рентгенологічні критерії діагностики ступеня тяжкості аспіраційного синдрому у новонароджених з перинатальним ураженням ЦНС.

Ознака	Норма
Стан правого купола діафрагми	На рівні V-VI ребра
Величина кардіо-торакального індексу (КТІ)	49-54%
Вогнищеві та інфільтративні зміни	Відсутні

Таблиця 2. Ступені тяжкості аспіраційного синдрому.

Ознака	I ступінь	II ступінь	III ступінь сссступінь
Стан правого купола діафрагми	6 ребро	7 ребро	8 ребро
КТІ	55-57%	58-60%	Більше 61%
Вогнищеві та інфільтративні зміни	Вогнищеві тіні в верхньо-медіальних відділах	Тіні в медіальних відділах легень	Вогнищеві тіні на всьому протязі легень. С имптом "снігової бурі"

генезу ротової порожнини (розщілина верхньої губи, м'якого та твердого піднебіння, носового ходу зліва), 1 новонароджений у віці 6 днів - неонатальна жовтяниця.

Всім новонародженим було проведено рентгенографію органів грудної клітини у віці 1-3 доби - 5 новонароджених; 4-7 днів - 17; а 8-23 доби - 8 новонароджених. По результатам рентгенографії у новонароджених з першої групи було встановлено: у віці 1-3 доби: 1 ступінь аспіраційного синдрому - 2 дітей, без аспіраційної пневмонії; 2 ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей (1 з та 1 без аспіраційної пневмонії); 3 ступінь аспіраційного синдрому у дітей даної групи виявлено не було. У новонароджених у віці 4-7 днів було діагностовано: 1 ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей (в 1 новонародженого з та 1 без аспіраційної пневмонії); 2 ступінь аспіраційного синдрому у 6 дітей (2 новонароджених з та 4 без аспіраційної пневмонії); 3 ступінь аспіраційного синдрому у новонароджених даної групи не відмічалось.

У новонароджених у віці більше 8 днів 1 ступінь аспіраційного синдрому відмічалась у 2 дітей без аспіраційної пневмонії, 2 ступінь аспіраційного синдрому - у одного новонародженого заспіраційною пневмонією; 3 ступінь аспіраційного синдрому - виявлено не було.

По результатам рентгенографії у новонароджених з гіпоксично-ішемічним пошкодженням ЦНС без супутньої патології (10), які були віднесені до другої групи було встановлено: 1 ступінь аспіраційного синдрому - у 6 дітей, у 2 з них аспіраційна пневмонія; 2 ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей, всі з аспіраційною пневмонією; 3 ступінь аспіраційного синдрому у 2 дітей, всі з аспіраційною пневмонією.

По результатам рентгенографії у новонароджених з 3 групи з гіпоксично-ішемічним пошкодженням ЦНС з іншою супутньою патологією було встановлено: у 4 новонароджених була 1 ступінь аспіраційного синдрому, а в 1 новонародженого 2 ступінь аспіраційного синдрому.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. За допомогою рентгенологічного обстеження органів грудної клітки у новонароджених з перинатальним пошкодженням ЦНС виявлено 1 ступінь аспіраційного синдрому у 16 новонароджених (53,3%), 2 ступінь аспіраційного синдрому у 12 новонароджених (40%), 3 ступінь аспіраційного синдрому у 2 новонароджених (6,7%).

2. При більш ранній рентгенологічній діагностиці (до 3 діб) виявлявся легкий ступінь аспіраційного синдрому без ускладнень.

3. Визначення рентгенологічних критеріїв ступені важкості аспіраційного синдрому дають можливість

більш об'єктивно оцінювати стан новонародженого.

4. Рентгенологічні критерії ступенів важкості аспіраційного синдрому дозволяють не лише поставити правильний діагноз, а також контролювати ефективність своєчасно проведеного лікування та попереджати розвиток ускладнень.

5. Для правильної постановки діагнозу та адекватного лікування необхідно використовувати рентгенологічні критерії оцінки ступені важкості аспіраційного синдрому.

Враховувати перинатальні фактори ризику по розвитку аспіраційного синдрому та своєчасно направляти новонароджених на рентгенологічне обстеження для встановлення ступенів важкості аспіраційного синдрому.

Список літератури

- | | | |
|--|---|---|
| Дементьева Г.М. Актуальные проблемы пульмонологии новорожденных / Г.М. Дементьева, И.И. Рюмина, М.В. Кушнарева // Росс. вестник перинатол. и педиатр. - 2001. - № 5. - С. 14-19. | Н.Л. Аряева. - Київ : Здоров'я, 2005. - С. 155-159. | диатрия. - 1998. - № 5. - С. 70-74. |
| Детская пульмонология / Под редакцией | Михельсон В.А. Интенсивная терапия аспирационного синдрома у новорожденных / В.А. Михельсон, В.А. Гребенников, И.С. Замлынская // Пе- | Рентгенодиагностика острых захворювань органів дихання у дітей. Навчальний посібник / За редакцією І.О.Крамного. - Харків : Крокус, 2006. - С. 120-122. |

Изюмец О.И., Лайко Л.И., Добига М.В., Гомон Р.О., Недельская О.Н.

ДИАГНОСТИКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦНС

Резюме. Аспирационный синдром и его последствия остаются очень актуальной темой. По официальным статистическим данным в структуре главных причин гибели плода аспирация околоплодных вод занимает 5-е место рядом с родильным травматизмом. Поэтому, очень важной задачей неонатологов является совершенствование и клинических, и рентгенологических методов диагностики как аспирационного синдрома, так и его степени тяжести у новорожденных в первые часы жизни.

Ключевые слова: новорожденные, аспирационный синдром, рентгенография органов грудной клетки, перинатальные поражения ЦНС.

Izumec O.I., Lajko L.I., Dobiga M.V., Gomon R.A., Nedelska O.M.

DIAGNOSIS OF SEVERITY RATE OF ASPIRATION SYNDROME THAT NEWBORNS HAVE WITH PERINATAL CENTRAL NERVOUS SYSTEM DAMAGE

Summary. Aspiration syndrome and its implications are very relevant topic. According to official statistics, the structure of the main causes of fetal death aspiration of amniotic fluid occupies the 5th place among maternity injuries, accounting for 0,6%. Therefore, an important task is to improve the neonatologists and clinical and radiological diagnostic methods like aspiration syndrome and its severity in infants during the first hours of life.

Key words: infants, aspiration syndrome diagnosis.

Стаття надійшла до редакції 11.02. 2014 р.

Изюмец Ольга Іванівна - к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, неонатолог, Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня; +38 067 509-47-14

Лайко Лілія Іванівна - к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб з доглядом за хворими дітьми Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, педіатр, Вінницька міська дитяча клінічна лікарня; +38 067 775-12-82

Добіга Марія Володимирівна - неонатолог Вінницької обласної дитячої лікарні; +38 067 205-14-45

Гомон Руслана Олександрівна - неонатолог Вінницької обласної дитячої лікарні; +38 063 125-12-32

Недельська О.М. - неонатолог Вінницької обласної дитячої лікарні

© Каніковський О. Є., Карий Я. В., Бондарчук О. І., Бабійчук Ю. В., Жупанов О. О., Каніковський Д. О.

УДК: 616.367-089.28-06:616.36-002.15

Каніковський О.Є., Карий Я.В., Бондарчук О.І., Бабійчук Ю.В., Жупанов О.О., Каніковський Д.О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра хірургії медичного факультету №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018)

ЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Резюме. В статті представлені результати хірургічного лікування 350 хворих на ускладнені форми жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Ускладнений перебіг гострого калькульозного холецистити спостерігався у 137 (39,1%) хворих, хронічного