

чине ВПР занимает третье-пятое место в структуре детской смертности. Среди перинатально погибших детей удельный вес ВПР составляет до 30% (Нуреева З.А. 1999г.), 26%-29% (Лазюк Г.И. 1998г.).

Показатель перинатальной смертности во многом зависит от уровня медицинской помощи беременным и новорожденным. При анализе историй родов в 90% случаев ВПР не диагностируется на УЗИ. Чем ниже смертность новорожденных от асфиксии, родовой травмы, инфекции и прочих заболеваний, тем больше удельный вес будут занимать пороки (Лазюк Г.И. 1991)

По результатам анализов историй развития новорожденных родильного дома №3 г. Семей частота перинатальной смертности от ВПР составила 4,3 на 1000 новорожденных.

В структуре ВПР на первом месте стоят пороки опорно-двигательного аппарата, на втором месте – пороки сердечно-сосудистой системы, на третьем - пороки мочеполовой системы. По литературным данным на первом месте - пороки опорно-двигательного аппарата, на втором - пороки мочеполовой системы, на третьем - пороки сердечно-сосудистой системы (Аппасова М.И.2002г.).

Собственными исследованиями было установлено, что ежегодно отмечается рост ВПР, частота составляет 1,2%.

Из полученных данных выяснено, что доверительный интервал колеблется от 0,98% до 1,42%.

При распределении частоты ВПР по районам это показатель в зоне максимального радиационного риска,

в Жана-Семейском и Бескарагайском районах равен 1,85% и 1,54 % и выходит за пределы доверительных границ. В зоне повышенного радиационного риска в г. Семей и Бородулихинском районе доверительный интервал соответствует 1,03%, 1,07%, не выходит за эти границы. В Аксуатском районе -0,35% и ниже уровня доверительных границ.

Во всех наблюдаемых районах частота ВПР превышает контроль. Для Жана-Семейского, Бескарагайского районов и г. Семей эта разница достоверна ($p < 0,05$), а для Бородулихинского района - не достоверна. Для получения более достоверных данных необходимо увеличить число наблюдений. По проведенной работе можно предположить, что частота ВПР находится в положительно пропорциональной связи с величиной популяционно-эффективной дозы облучения.

Литература:

1. Аппасова М.И. Количественная и качественная вариабельность малых аномалий развития с учетом цитогенетических параметров у детей. Приаралья. Автореферат. Дисс. канд. мед. наук 33с.
2. Шабалов Н.П. Неонатология. - С-Петербург, 2009 . - 554с.
3. Володин Н.Н. Неонатология. Национальное руководство. - М. 2009г. - 848с.
4. Лазюк Г.И. Тератология человека. М. Медицина. - 1991. - с.10.
5. Козлова С.И., Демикова Н.С. наследственные синдромы и МГК. - М. Практика. 2006. - 416с.

УДК 616-053.1

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ГАСТРОШИЗИСА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА (ПО МАТЕРИАЛАМ РОДИЛЬНОГО ДОМА №3 Г. СЕМЕЙ)

А.К. Жамантаева

КГКП «Родильный дом №3», г. Семей

Резюме

В статье представлен случай сочетанного порока развития передней брюшной стенки с эквентрацией органов ЖКТ через дефект брюшной стенки, примыкающий к основанию пуповины у новорожденного ребенка по материалам родильного дома № 3 г. Семей.

Тұжырым

НӘРЕСТЕДЕ КЕЗДЕСЕТІН ҚОСЫЛҒАН ГАСТРОШИЗИС ОҚИҒАСЫ.

Бұл мақалада нәрестелерде кездесетін қосылған туа біткен ақау: Ішек – қарын жарығы арқылы ішкі органдардың сыртқа шығуы және оның кіндікпен қосылған жағдайлары туралы жазылған.

Summary

THE CASE OF COMBINED GASTROSHIZIS OF NEWBORN

In article it is presented a case combined developmental anomaly of a forward belly wall with event ration bodies of gastrointestinal system through the defect of a belly wall adjoining the basis of an umbilical cord on materials of maternity home №3

Научно – технический прогресс привел в последнее время к резкому изменению экологической ситуации в масштабах планеты, который оказывает влияние на наследственность человека, в первую очередь, на интенсивность мутационного процесса.

Семипалатинский полигон за время своей деятельности оказал отрицательное влияние на экологию – гигиеническую и медико – социальную обстановку в ряде прилегающих регионов Казахстана. В последние годы в Казахстане, в структуре детской смертности врожденные пороки

развития (ВПР) прочно занимают второе место (1). По данным родильного дома № 3 г. Семей с каждым годом отмечается рост ВПР. Частота варьирует от 16,63 в 2005 году до 22,0 на 1000 новорожденных в 2010 году. Особый интерес представляет участвовавшие случаи гастрошизиса.

Гастрошизис – порок развития передней брюшной стенки с эвентрацией органов ЖКТ через дефект брюшной стенки, примыкающий к основанию пуповины. Дефект в подавляющем большинстве случаев расположен справа от основания пуповины и имеет малые размеры (до 3 см. в диаметре). Эвентрированными бывают не только кишечник, но и желудок. Кишечные петли в состоянии перитонита, расширены, отечны, не перестальтируют. а Покрываются вместе с брыжейкой фибринозным налетом в виде футляра (2). Частота 1:10000 – 15000 живорожденных. Аномалия встречается спорадически. Однако возможен аутосомно – доминантный тип наследования. Сочетание аномалии редки, но в 25% сочетается с атрезией или стенозом кишечника. Летальность до 50% (3).

Мы наблюдали случай гастрошизиса в сочетании с атрезией 12 – перстной и прямой кишки.



Ребенок от первой беременности, первых преждевременных родов, родился в сроке 32 недель. Женщина на «Д» учет по беременности встала в сроке 12 недель, обследована общепринятыми клиническими методами. Впервые, в сроке 18 недель выявлена анемия 1 степени, носительство HBS антигена, в 31 недель гестоз легкой степени, трихомонадный кольпит. В сроках 12 и 31 недели беременности была обследована на УЗИ. Патологии не выявлено. Девочка родилась с весом 2090 гр., рост 45см., окружность головы 30 см., окружность груди 28 см.

Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Родители ребенка: матери – 24 года и отцу 25 лет, русской национальности. Прослежен радиационный маршрут родителей. Выявлено, что со стороны обоих родителей (1 поколение), а также сами родители (2 поколение) по настоящее время проживают в зоне повышенного радиационного риска (СЯП), в г. Семей, только мать женщины родилась в Бескарагайском районе (зона максимально радиационного риска), она же в 1989 году оперирована по поводу рака грудной железы. Вредные привычки и ВПР в семьях не наблюдались. Ребенок комплексно обследован, осмотрен узкими специалистами. Со стороны общеклинических анализов патологии не выявлено. При объективном осмотре: общее состояние тяжелое, поза полуфлексии, крик слабый, болезненный. Кожные покровы чистые бледно – розовые. Тонус мышц снижен.

Рефлексы врожденного автоматизма угнетены. Есть признаки недоношенности. Со стороны дыхательной и сердечно – сосудистой системы патологии не выявлено. В передней брюшной стенке, справа от основания пуповины имеется дефект до 3 см., отмечается эвентрация кишечника и желудка с явлением некроза. Мочится свободно, стула нет. Ребенок первые часы после рождения переведен на оперативное лечение в хирургическое отделение консультативно – учебного центра СГМА. Учитывая некроз кишечника, операция не проводилась. Ребенок умер в первые сутки после рождения.

При патологоанатомическом вскрытии диагноз был подтвержден: Гастрошизис (эвентрация желудка, кишечника) с атрезией 12-перстной и прямой кишки. Незрелость головного мозга, печени, почек. Акцединальная инволюция тимуса 2 степени. Недоношенность.

Врачей родильного дома беспокоит факт учащения случаев сочетанного гастрошизиса, со 100% летальным исходом. За последние 5 лет в родильном доме №3 частота гастрошизиса 1:1300 живорожденных.

Таким образом, учитывая анамнез, заключение специалистов, радиационный маршрут можно предполагать, что причиной развития ВПР в данном случае являются несколько факторов: экологический, радиационный, а также инфекционный.

Литературы:

1. Аппасова М. И. Количественная и качественная вариабельность малых аномалий развития с учетом цитогенетических параметров у детей Приаралья. Автореф. дисс...канд. мед. наук. - 2000. - 33с.
2. Шабалов Н. П. Неонатология. - С-Петербург, 1997. - 334 с
3. Лазюк Г. И. Тератология человека. - М. Медицина, 1991. – 10с.