

Таблица 1. – Эндоскопическая характеристика желудка и 12-перстной кишки у детей с хронической патологией пилородуоденальной зоны

Эндоскопические признаки	Группы детей			P		
	2-я осн. n=40	1-я осн. n=60	3-я сравн. n=40	P ₁₋₂	P ₂₋₃	P ₁₋₃
Незначительная гиперемия желудка	5	38,3	60	<0,05	<0,05	>0,05
Умеренная гиперемия желудка	70	46,7	32,5	<0,05	<0,05	>0,05
Выраженная гиперемия желудка	25	15	7,5	>0,05	>0,05	>0,05
гиперемия антрального отдела желудка	17,5	50	85	<0,05	<0,05	<0,05
гиперемия фундального отдела желудка	2,5	1,7	5	>0,05	>0,05	>0,05
Диффузная гиперемия желудка	80	48,3	10	<0,05	<0,05	<0,05
Эрозивные изменения желудка	25	6,7	2,5	<0,05	<0,05	>0,05
Гиперемия желудка и 12-перстной кишки	90	70	45	<0,05	<0,05	>0,05
Очаговая гиперемия 12-перстной кишки	20	40	85	<0,05	<0,05	<0,05
Диффузная гиперемия 12-перстной кишки	80	60	15	<0,05	<0,05	<0,05
Эрозии 12-перстной кишки	25	8,3	2,5	<0,05	<0,05	>0,05

При изучении возрастного состава наблюдаемых детей нами зарегистрированы некоторые особенности: так чаще выявление инфекционного агента наблюдалось у детей старшего возраста.

Вывод. Для детей с воспалительными заболеваниями проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта на фоне ДСТ характерны нарушения функционального состояния желудка, а также частое развитие эрозивно-деструктивных процессов в слизистой оболочке.

Список литературы:

1. Бельмер, С.В. Хронический гастродуоденит у детей. Спорные вопросы / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 3. – С. 80-83.

2. Диагностика и лечение наследственных и многофакторных нарушений соединительной ткани. Национальные клинические рекомендации / Е.Л. Трисветова [и др.]. – Минск, 2015. – 48 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА И СТРУКТУРЫ ПАТОЛОГИИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРСА ДЕКСАМЕТАЗОНОПРОФИЛАКТИКИ

Кравцова Ю.Н., Эйныш Е.А.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии, Гомель, Беларусь

Введение. В настоящее время актуальной остаётся проблема преждевременных родов, которые продолжают оставаться главной причиной перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности [1]. В развитых странах преждевременные роды встречаются с частотой 7-12%, причем одна треть из них происходит до 34-й недели беременности [2]. Уровень преждевременных родов Республике Беларусь сохраняется в пределах 4-4,1% без тенденции к снижению, что приводит к высокой заболеваемости недоношенных. В связи с внедрением пренатальной профилактики

респираторного дистресс-синдрома и заместительной сурфактантной терапии частота асфиксии и структура патологии раннего неонатального периода изменилась [3].

Цель работы: оценить частоту асфиксии и структуру патологии раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных, провести их сравнительный анализ в зависимости от курса дексаметазонопрофилактики в антенатальном периоде.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 50 историй родов и новорожденных, родоразрешенных на сроках гестации 27-34 недели в родильном и наблюдательном отделениях УО «Гомельская городская клиническая больница № 3» за 2015 год. Были изучены частота асфиксии и структура патологии раннего неонатального периода, проведен сравнительный анализ данных показателей в зависимости от проведенного курса дексаметазонопрофилактики. Была выделена группа пациенток, получивших антенатально полный курс дексаметазонопрофилактики, 24 мг дексаметазона (1 группа, 9 пациенток) и неполный курс, 8-12 мг дексаметазона (2 группа, 6 пациенток). Для количественных данных вычислены медианы, 25 и 75 квартили, для качественных признаков – доля. Сравнение групп проведено с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса, значимыми считали результаты при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст пациенток составил 28 (19,38) лет. Первобеременных было 22 (44,0%) первородящих – 28 (56,0%). Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 47 (94,0%) пациенток: патология шейки матки – 17 (34,0%), истмико-цервикальная недостаточность – 7 (14,0%), вагиниты – 3 (6,0%), самопроизвольные выкидыши и медицинские аборт – 11 (22,0%), миома матки – 5 (10,0%), оперированная матка – 5 (10,0%), неразвивающаяся беременность – 4 (8,0%), бесплодие – 2 (4,0%). Соматическая патология выявлена у 43 (86,0%) пациенток. В структуре соматической патологии преобладали заболевания щитовидной железы – 10 (20,0%), анемия – 22 (44,0%), миопия – 16 (32,0%), заболевания почек – 7 (14,0%), заболевания сердечно-сосудистой системы – 4 случая (8,0%), резус-отрицательная принадлежность крови – 5 (10,0%) Из осложнений беременности были выявлены преждевременное излитие околоплодных вод – 10 (20,0%), хроническая внутриматочная гипоксия плода – 18 (36,0%), синдром задержки роста плода – 6 (12,0%), преэклампсия умеренной степени – 10 (20,0%), маловодие – 4 (8,0%), тазовое предлежание – 2 (4,0%).

Срок гестации к моменту родов составил 223 (189 - 234) дня. В 6 (12,0%) случаях женщина самостоятельно обратилась в ГКБ № 3, в 5 (10,0%) случаях в родах, по направлению женской консультации – 19 (38,0%), доставлена машиной скорой помощи – 14 (28,0%), в связи с преждевременным излитием околоплодных вод – 10 (20,0%), схватками – 5 (10,0%), кровянистыми выделениями из половых путей – 6 (12,0%). Через естественные родовые пути родоразрешено 12 (24,0%) пациентки, путем кесарева сечения – 38 (76,0%) пациенток. Показаниями к кесареву сечению были: оперированная матка – 4 (8,0%), субкомпенсация хронической внутриматочной гипоксии плода при отсутствии условий для быстрого родоразрешения – 3 (6,0%), преждевременное излитие околоплодных

вод при незрелых родовых путях – 6 (12,0%), преэклампсия умеренной степени – 8 (16,0%), центральное предлежание плаценты и преждевременная отслойка плаценты по 2 случая (4,0%). Максимальный безводный промежуток составил 72 часа, минимальный 10 минут.

Аntenатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома дексаметазоном проводилась в 15 случаях (30,0%). Неполный курс профилактики в дозе 8 мг дексаметазона был проведен 3 пациенткам (20%), 12 мг – 3 беременным (20%), полный курс профилактики (24 мг) – 9 беременным (60%). Родоразрешение было проведено в 9 случаях (60%) через 1 сутки, в 2 случаях через 4 суток (13,3%), по одному случаю роды произошли через 0, 2, 6 и 10 суток. Родилось 56 недоношенных детей. Двойни наблюдались в 6 случаях (12,0%). Среди новорожденных преобладали девочки – 32 (64,0%). Масса тела новорожденных составила 1884 (800, 2670) г, рост – 43 (35, 51) см. На 1 минуте оценка 8 баллов по шкале Апгар была у 21 (37,5%) новорожденных, 7 баллов – 1 (1,78%), 6 баллов – 25 (44,6%), 5 баллов – 6 (10,71%), 4 балла – 2 (3,5%), 1 балл – 1 (1,7%). На 5 минуте оценка 8 баллов наблюдалась у 26 (46,4%), 7 баллов – 4 (7,1%), ИВЛ – 26 (46,4%). Из новорожденных, матерям которых была проведена антенатальная дексаметазонопрофилактика, только 2 не потребовалась заместительная терапия препаратами сурфактанта. С целью заместительной сурфактантной терапии 28 (56%) новорожденным были введены: альвеофакт 108 мг – 6 (21,40%), курсурф 120 мг – 16 (57,1%), сурванта 100 мг – 8 (28,57%). Все новорожденные были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии. В структуре заболеваний у новорожденных отмечались энцефалопатия новорожденного токсико-гипоксическая и синдром угнетения ЦНС у 47 (94,0%), врожденная пневмония – 22 (44,0%), анемия – 27 (54,0%), неонатальная желтуха – 11 (22,0%), поражение кишечника – 12 (24,0%), врожденная цитомегаловирусная инфекция – 1 (2,0%), дополнительная хорда левого желудочка 9 (18,0%), открытое овальное окно – 14 (28,0%), открытый артериальный проток – 5 (10,0%), кишечная непроходимость – 2 (4,0%), ДН I ст. – 19 (38,0%), внутриутробная инфекция недифференцированная – 20 (40,0%). Была выставлена группа здоровья: 2а – в 1 случае (1,7%), 2б – 46 (82,1%), 3а – 7 (12,5%), 3б – 2 (3,5%).

Проведено сравнение частоты асфиксии при рождении и структуры патологии раннего неонатального периода у детей пациенток, получивших полный (1 группа, 9 пациенток, 10 детей) и неполный (2 группа, 6 пациенток, 7 детей) курсы дексаметазонопрофилактики. Пациентки были сопоставимы по сроку гестации (229 - 228 дней) и по способу родоразрешения: путем кесарева сечения было родоразрешено 88,8% пациенток 1 группы и все беременные во 2 группе.

На 1 минуте оценка 8 баллов по шкале Апгар в 1 группе была у 5 (50,0%) новорожденных, во 2 группе новорожденных без асфиксии не было, $\chi^2 = 4,9$, $p = 0,02$, 6 баллов – 3 (30,0%), во 2 группе – 6 (85,7%), 5 баллов – 2 (20,0%) и 1 (14,3%) соответственно. На 5 минуте оценка 8 баллов наблюдалась только в 1 группе у 5 (50,0%) новорожденных, $\chi^2 = 4,9$, $p = 0,02$, во 2 группе оценка 7 баллов была у 1 новорожденного (14,3%); ИВЛ в 1 группе была проведена в 5

(50,0%) случаев, во 2 группе – 6 (85,7%) новорожденным.

В 1 группе внутриутробная пневмония встречалась у 4 новорожденных (40,0%), во 2 группе – у 6 (85,7%), $\chi^2=3,5$, $p=0,05$; внутриутробная недифференцированная инфекция с преимущественным поражением легких и кишечника наблюдалась у 3 (30,0%) новорожденных 1 группы и 2 (28,5%) во 2 группе; анемия недоношенных была выявлена в 1 группе у 7 детей (70,0%), во 2 группе у 5 (71,4%); неонатальная желтуха встречалась, как в 1, так и во 2 группе у 1 новорожденного (10,0%, 14,2%); энцефалопатия новорожденных токсико-гипоксическая отмечалась у 9 (90,0%) новорожденных 1 группы и 7 (100,0%) во 2 группе; синдром угнетения ЦНС – 10 (100,0%) детей 1 группы и 7 (100,0%) во 2 группе.

Выводы:

1. В структуре патологии раннего неонатального периода у недоношенных детей преобладали токсико-гипоксическая энцефалопатия новорожденного и синдром угнетения ЦНС у 47 (94,0%), анемия – 27 (54,0%), малые аномалии развития сердца (дополнительная хорда левого желудочка, открытое овальное окно) – 23 (46,0%) врожденная пневмония – 22 (44,0%), поражение кишечника – 12 (24,0%), неонатальная желтуха – 11 (22,0%).

2. У новорожденных с неполным курсом дексаметазонопрофилактики чаще наблюдалась асфиксия на 1 и 5 минутах ($\chi^2=4,9$, $p=0,02$) и пневмония в раннем неонатальном периоде ($\chi^2=3,9$, $p=0,04$).

Список литературы:

1. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ № 363. – Ноябрь, 2012 г.
2. Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов / О.В. Макаров [и др.] // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2007. – № 6. – С. 10-15.
3. Барсуков, А.Н. Итоги работы организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям, в 2011 году и задачи на 2012 год / А.Н. Барсуков // Охрана материнства и детства: IX съезд акушеров-гинекологов Республики Беларусь. – 2012. – № 1 (19). – С. 11-16.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ

Кривицкая Л.В., Бородинова Ю.Ю., Скрипник М.А.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», кафедра педиатрии, Гомель, Беларусь

Введение. Актуальность проблемы детей с врожденными пороками развития определяется тем, что с каждым годом количество детей с данной патологией неуклонно растет. Врожденные пороки развития занимают существенное место в структуре причин младенческой смертности, детской заболеваемости и инвалидности. По данным Белорусского регистра ВПР в республике ежегодно выявляется свыше 2,5 тыс. новорожденных и плодов с ВПР [1, 2].

Наиболее частые формы врожденных пороков развития являются пороками мультифакториального генеза. В их происхождении помимо наследственного фактора существенную роль играет среда. Если семья заранее