

Список литературы:

1. Зрячкин, Н. И. Медико-социальные факторы, влияющие на физическое развитие детей раннего возраста / Н. И. Зрячкин, Т. В. Елизарова // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – Вып. 2 (46). – С. 86–89.
2. Чернов, А. В. Медико-социальная характеристика женщин активного репродуктивного возраста и их семей / А. В. Чернов, Ш. Е. Коновалов, Т. В. Шевлякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 23–25.
3. Цуркан, С. В. Медико-социальные аспекты формирования здоровья новорожденного / С. В. Цуркан // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – № 3 – С. 25–29.
4. Низамова, Э. Р. Медико-социальные факторы, влияющие на возможность рождения недоношенного ребенка / Э. Р. Низамова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 3. – С. 1–14.
5. Здравоохранение Республики Беларусь : официальный статистический сборник за 2016 год. – Мн. : ГУ РНМБ, 2017. – 277 с.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ

Козловский А.А., Козловский А.А. (мл.), Лопатенко Е.О.

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

Введение. Патологическая гипербилирубинемия в периоде новорожденности является одним из основных вопросов неонатологии во всем мире, в том числе и в Беларуси. По данным разных авторов, она диагностируется на первой неделе жизни примерно у 60% доношенных и у 85% недоношенных детей. Несмотря на большое количество исследований, проведенных в разные годы для изучения причин этого состояния, актуальность данной проблемы не уменьшается [1, 2, 3]. В раннем неонатальном периоде наиболее часто наблюдаются нарушения метаболизма, связанные с повышением билирубина в сыворотке крови. Часть данных состояний транзиторна и не требует медикаментозной коррекции. Однако в последние годы большая

часть неонатальных желтух протекает с высоким уровнем билирубина и принимает затяжное течение (более 4-х недель), вследствие чего формируется высокий риск развития осложнений, обусловленных нейротоксичностью непрямого билирубина, что в свою очередь обуславливает необходимость ранней диагностики и адекватной терапии данного состояния [2, 3, 4, 5]. Недооценка динамики патологического процесса при выраженной гипербилирубинемии, запоздалое терапевтическое вмешательство могут привести к летальному исходу или тяжелой инвалидизации [2, 5], поэтому очень важно своевременное выявление и коррекция риска возникновения тяжелых гипербилирубинемий и их осложнений.

Цель – выделение основных факторов риска возникновения гипербилирубинемий с целью оптимизации их профилактики, диагностики и лечения.

Объект и методы исследования. Проанализировано 200 обменных карт беременности и родов, историй родов и историй развития новорожденного в учреждении «Гомельская городская клиническая больница № 2» за период с января по март 2017 года. В специально разработанную нами анкету были включены вопросы, освещающие социальный статус родителей, состояние здоровья, наличие вредных привычек, особенности акушерско-гинекологического анамнеза, течение данной беременности, родов и состояние здоровья новорожденных детей. Выделены 2 группы новорожденных. Основную группу наблюдения (1-я группа) составили 73 ребенка, имевшие проявления неонатальной гипербилирубинемии, из них мальчиков было 54,8%, девочек – 45,2%. В контрольную группу (2-я группа) вошли 127 детей без признаков гипербилирубинемии, из них мальчиков было 43,3%, девочек – 56,7%. Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета Microsoft Excel 2016 и программы Statistica 6.0 с применением основных методов описательной статистики. Для сравнения признаков был использован критерий Стьюдента, достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ частоты встречаемости факторов риска формирования

неонатальных гипербилирубинемий у новорожденных выявил достоверные отличия между основной и контрольной группами по ряду показателей.

Средний возраст матерей в основной группе был достоверно выше, чем в контрольной, и составлял $29,79 \pm 0,37$ лет и $28,34 \pm 0,36$ лет соответственно; $p < 0,005$. При сравнении среднего возраста отцов достоверных различий не получено ($31,48 \pm 0,31$ лет и $31,03 \pm 0,31$ лет соответственно; $p = 0,306$).

Материальное состояние семьи, психологическое спокойствие в семье тесно связаны с трудоустройством членов семьи, с наличием полной семьи. В 1-ой группе было выявлено 11 неработающих матерей, что достоверно больше, чем во второй – 10 женщин (15,07% и 7,87% соответственно; $p = 0,031$). Аналогичные данные были получены при сравнении занятости отцов в двух группах (безработными были 17,81% и 10,24% соответственно; $p = 0,024$). Особую тревогу вызвали семьи, где не работали оба родителя: 7 пар в основной и 4 пары в контрольной группах (9,59% и 3,15% соответственно; $p = 0,048$). В основной группе неполная семья была установлена в 12,33% случаев, в контрольной группе – в 2,36%; $p < 0,015$).

Известно, что вредные привычки (курение, алкоголь и др.) родителей оказывают существенное влияние на состояние здоровья. 6 родителей (8,22%) в 1-ой группе и 2 (1,57%) – во 2-ой группе имели вредные привычки ($p = 0,034$).

Анализ состояния здоровья матерей детей обеих групп наблюдения показал, что здоровыми были 4,5% матерей, с генитальной и экстрагенитальной патологией – 95,5% матерей. Среди соматических заболеваний у 75 женщин (37,5%) диагностировалась железодефицитная анемия; у 44 (22,0%) – заболевания эндокринной системы (гипотиреоз, диффузный зоб, узловой зоб, сахарный диабет, ожирение и др.); у 37 (18,5%) – заболевания ЖКТ (хронический гастрит, хронический панкреатит, язвенная болезнь, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь); у 34 (17,0%) – хронические заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, хронический гайморит, хронический ринит); у 33 (16,5%) – заболевания мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит, мочекаменная

болезнь, пороки развития); у 10 женщин (5,0%) – уреоплазмоз, у 15 (7,5%) – различные заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, нарушения ритма, приобретенные пороки сердца); у 11 (5,5%) – хронический гепатит В, С; у 3 (1,5%) – хронические заболевания органов дыхания (хронический бронхит). Однако у женщин основной группы экстрагенитальная патология встречалась достоверно чаще, чем у женщин группы контроля: 98,63% и 93,7% соответственно; $p=0,008$.

При анализе количества беременностей и их течения достоверных различий у женщин обеих групп не выявлено. Достоверно чаще у женщин основной группы отмечалось 2 и более родов по сравнению с группой контроля (60,27% и 42,54%; $p<0,009$).

Среди преморбидных факторов риска в анамнезе достоверно чаще регистрировались сведения о проведенных медицинских абортах у матерей основной группы (20,55% случаев (15 из 73)) по сравнению с контролем (5,51% (7 из 127)); $p<0,012$.

Оперативное родоразрешение достоверно чаще отмечалось в 1-ой группе, чем во 2-ой группе (26 случаев (35,62%) и 34 (26,77%) соответственно; $p=0,042$).

Средний гестационный возраст новорожденных в основной группе составил $39,32\pm 0,12$ недель, в контрольной группе – $39,35\pm 0,13$ недель; $p=0,866$. Недоношенная беременность диагностирована у 12 женщин (16,44%) 1-ой группы и у 4 женщин (3,15%) 2-ой группы; $p<0,004$.

При анализе показателей физического развития новорожденных (длина тела, масса тела, окружность головы и окружность грудной клетки) достоверных различий между группами не получено.

При рассмотрении результатов общего анализа крови выявлены определенные закономерности (таблица).

Таблица – Сравнительная характеристика общего анализа крови у новорожденных

Показатели гемограммы	1-я группа (основная)	2-я группа (контроль)	p
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	$5,33\pm 0,08$	$5,12\pm 0,05$	0,027
Гемоглобин, г/л	$192,53\pm 2,41$	$184,02\pm 1,68$	0,004

Показатели гемограммы	1-я группа (основная)	2-я группа (контроль)	p
Цветовой показатель	1,08±0,01	1,08±0,01	1,000
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	255,56±6,79	262,33±5,53	0,440
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	26,15±1,49	24,78±0,64	0,399
Эозинофилы, %	1,94±0,12	2,45±0,18	0,019
Базофилы, %	0,02±0,01	0,06±0,01	0,005
Нейтрофилы:			
метамиелоциты, %	1,14±0,05	1,23±0,05	0,205
палочкоядерные, %	3,92±0,22	3,71±0,16	0,441
сегментоядерные, %	64,62±1,33	63,16±1,09	0,397
Лимфоциты, %	23,01±1,33	24,08±0,86	0,500
Моноциты, %	5,99±0,32	6,04±0,26	0,904

Как видно из представленной таблицы, количество эритроцитов и уровень гемоглобина были достоверно выше у новорожденных основной группы по сравнению с группой контроля ($5,33\pm 0,08 \times 10^{12}/\text{л}$; $192,53\pm 2,41$ г/л и $5,12\pm 0,05 \times 10^{12}/\text{л}$; $184,02\pm 1,68$ г/л соответственно; $p=0,027$ и $p=0,004$ соответственно). Выявлено достоверное различие в обеих группах в количестве эозинофилов и базофилов: в 1-ой группе эозинофилы составили $1,94\pm 0,12\%$, во 2-ой группе – $2,45\pm 0,18\%$; $p=0,019$; базофилы – $0,02\pm 0,01\%$ и $0,06\pm 0,01$ соответственно; $p=0,005$.

Выводы:

1. Проведенное исследование показало высокую распространенность патологической гипербилирубинемии, преимущественно у мальчиков.

2. В группу риска по развитию указанного состояния могут быть отнесены дети, рожденные в семьях с низким уровнем материального дохода, недоношенные, с повышенным уровнем эритроцитов и гемоглобина и пониженным количеством эозинофилов и базофилов в анализе крови, имеющие матерей с отягощенным акушерским и соматическим (особенно при наличии железодефицитной анемии) анамнезом. Рассматриваемая патология может в будущем существенно повлиять на повседневную деятельность детей, привести к снижению их социальной активности и трудоспособности, в связи с чем требуется масштабное изучение факторов риска

развития неонатальных желтух и разработка мер по их профилактике.

Список литературы:

1. Диагностика гипербилирубинемии, и ее коррекция у новорожденных / О. И. Дудник [и др.] // Світ медицини та біології. – 2013. – № 3. – С. 101–103.
2. Халецкая, О. В. Затяжные варианты течения конъюгационной гипербилирубинемии у новорожденных: факторы риска и их профилактика / О. В. Халецкая, В. В. Солнцев // Медицинский альманах. – 2009. – № 4 (9). – С. 99–102.
3. Захарова, И. Н. Дифференциальный диагноз желтух у детей раннего возраста / И. Н. Захарова // Медицинский совет. – 2016. – № 7 – С. 56–78.
4. Лундина, Г. В. Факторы риска и течение неонатальных желтух у недоношенных и маловесных новорожденных / Г. В. Лундина, А. И. Отинова // Вятский медицинский вестник. – 2015. – № 2. – С. 66–68.
5. Халецкая, О. В. Лечение новорожденных и детей раннего возраста с затяжной конъюгационной гипербилирубинемией / О. В. Халецкая, В. В. Солнцев // Медицинский альманах. – 2012. – № 2 (21). – С. 182–186.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ IGA НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Козыро И.А., Сукало А.В., Кильчевская Е.В. , Маховская Т.А.**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь

УЗ «2-я детская городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. IgA нефропатия представляет собой наиболее распространенную форму первичной хронической гломерулярной болезни как у взрослых, так и у детей. Частота варьирует в зависимости от географического региона, составляя от 10-20% в США и Европе, до 20-40% в странах Азии. Может дебютировать в любом возрасте, однако пик заболеваемости приходится на второе-третье десятилетие жизни. Лица мужского пола заболевают в среднем в 2 раза чаще женского [1]. Это иммунокомплексное заболевание, характеризующееся