

желудка, пенетрирующей в правую ножку диафрагмы, состоявшееся кровотечение из язвы желудка.

Выводы.

1. Консервативный метод лечения является эффективным при лечении анемического синдрома у пациентов с ГПОД. Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы и прокинетики, а также препараты железа для коррекции анемии.

2. При устойчивости пациента к консервативной терапии, а также при крупных размерах грыжи и тяжелой степени анемии методом выбора остается хирургическое лечение.

3. Метод фундопликации является эффективным и единственным способом предотвращения рецидивов анемии при поражениях Кэмерона [2].

4. Лапароскопическая хирургия имеет преимущества минимально инвазивного подхода, которые заключаются в сокращении срока пребывания в больнице, ускорении восстановления, уменьшении послеоперационной боли и снижении риска легочных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Smith, R. E. Cameron Lesions / R. E. Smith, S. Sharma, R. D. Shahjehan // StatPearls / R. E. Smith [et al.]. – Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing, 2023.

2. Василенко, В. В. Синдром Кэмерона: обзор литературы и описание клинического случая / В. В. Василенко, Д. Виноградов, М. С. Хамидулина // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – Т. 6, № 6 (32). – С. 72-78. – doi: 10.20514/2226-6704-2016-6-6-72-78

ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УЗ «ГРОДНЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

**Пальцева А. И., Сайковская В. Э., Пархоменко А. В.,
Киркицкая А. В.**

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Снижение уровня младенческой и неонатальной смертности по-прежнему является важной задачей для системы здравоохранения [1]. Несмотря на значительные достижения в области неонатологии, выхаживание детей с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) остаётся сложной клинической задачей. Согласно данным ВОЗ,

ежегодно в мире рождается около 15 миллионов недоношенных детей, из которых 5% составляют дети с ЭНМТ и ОНМТ [2]. Данная группа пациентов характеризуется высокими рисками развития инвалидизирующих осложнений, таких как бронхолегочная дисплазия, ретинопатия, внутрижелудочковые кровоизлияния и неврологические нарушения. В этой связи анализ опыта выхаживания таких детей является важным для оптимизации лечебно-диагностических алгоритмов.

Цель – оценить клинико-anamнестические особенности, структуру осложнений и эффективность выхаживания недоношенных новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ в условиях Гродненского областного клинического перинатального центра (ГОКПЦ).

Методы исследования. Проведен анализ 37 медицинских карт новорожденных, пролеченных в 2020 году. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (ЭНМТ, n=17) – масса тела ≤ 1000 г, 2-я группа (ОНМТ, n=20) – масса тела 1001-1500 г. Изучались акушерско-гинекологический анамнез матерей, антропометрические показатели детей, параметры респираторной поддержки, лабораторные и инструментальные данные, структура осложнений и сроки госпитализации. Статистический анализ проводился с использованием программ Microsoft Excel и Statistica 10.

Результаты и их обсуждение. Материнский анамнез был отягощён сочетанием экстрагенитальной патологии, включающей артериальную гипертензию, анемию, сахарный диабет и заболевания желудочно-кишечного тракта, а также нарушениями со стороны репродуктивной системы – эктопией и эрозией шейки матки, миомой матки. Частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты была в два раза выше у матерей, родивших детей с ЭНМТ 47% против 20%. Беременность у большинства женщин обеих групп протекала одинаково часто с угрозой прерывания (70,6% и 80%, соответственно). Преждевременный разрыв плодных оболочек в два раза чаще встречался у женщин первой группы (23,5% и 10%, соответственно). Плацентарная недостаточность была выявлена у всех беременных родивших детей с ЭНМТ и ОНМТ. Большинство детей (95%) родились путем операции экстренного кесарева сечения. гестационный возраст в группе ЭНМТ составил 28 [26; 32] недель, в группе ОНМТ – 30 [27; 36] недель. Масса тела при рождении – 616 [460; 1000] г и 1279 [1250; 1495] г соответственно.

Все дети родились в тяжелом состоянии. Экзогенный сурфактант вводился детям первой группы в родильном зале. Детям второй группы 80% случаев вводился в родильном зале, а 20% в ОАиРН. В условиях транспортного инкубатора при строгом соблюдении тепловой цепочки дети переведены в ОАиРН. Проведена стандартизация оценки степени тяжести всех новорожденных по шкалам Nsofa и NEOMOD с целью контроля эффективности оказания медицинской помощи в неонатальном периоде и прогнозирования неблагоприятного исхода у недоношенных новорожденных. Средний балл по шкале Nsofa был сопоставим у детей в группах ЭНМТ и ОНМТ (11,3 и 10,7 балла, соответственно из 24 возможных). Средний балл по шкале NEOMOD

был выше в группе детей с ЭНМТ (4,4 против 3,4 балла, соответственно, из 10 возможных, $p < 0,05$). Анемия у новорожденных группы ЭНМТ встречалась чаще, чем в группе с ОНМТ (47% против 20%, $p = 0,048$), гипопроотеинемия – у 76,5% детей с ЭНМТ против 30% ($p = 0,007$).

Ранний неонатальный период был осложнен врожденной инфекцией (100% и 75%, соответственно), врожденной пневмонией (53% и 25%, соответственно), респираторным дистресс-синдромом (100% и 85%, соответственно) и внутрижелудочковыми кровоизлияниями (11,8% и 15,0%).

Респираторная терапия: в группе ЭНМТ чаще применялись режимы SIMV (100% против 75%, $p = 0,027$) и HFOV (47% против 5%, $p < 0,05$), продолжительность ИВЛ была больше ($12,4 \pm 3,2$ дней против $4,8 \pm 2,1$ дней, $p < 0,05$).

Кардиотоническая поддержка осуществлялась допамином, добутамином и адреналином, средняя продолжительность дней в I группе составила 12,8 дней во II группе 7,9 дней. Всем новорожденным проводилось раннее энтеральное введение молозива и использовался быстрый темп наращивания объемов энтерального питания. Все новорожденные получали парентеральное питание (растворы глюкозы, аминокислотные препараты и жировые эмульсии). Стартовая антибактериальная терапия проводилась сульфасиним и амикацином. Продолжительность лечения в УЗ «ГОКПЦ» составила в I группе 20 дней, во II группе 16 дней. Все новорожденные были переведены на 2-й этап выхаживания в УЗ «ГОДКБ».

В группе ЭНМТ достоверно чаще отмечались ретинопатия (76,5% против 35%, $p = 0,012$), бронхолегочная дисплазия (23,5% против 0%, $p = 0,037$), врожденная инфекция (100% против 75%, $p = 0,048$), средняя степень анемии (58,8% против 25%, $p = 0,049$) и более тяжёлые формы дыхательной недостаточности ($p = 0,008$). Общая продолжительность лечения была больше в группе ЭНМТ (66,28 против 65,05 дней, $p = 0,041$), при этом длительность пребывания в перинатальном центре не различалась.

Все новорожденные выписаны домой из УЗ «ГОДКБ».

Выводы.

1. Недоношенные дети родились от матерей с отягощенным соматическим и гинекологическим анамнезом – нарушение жирового обмена, сахарный диабет, анемия различной степени тяжести, хроническая артериальная гипертензия, гастрит и болезни ЖКТ и патологии женской репродуктивной системы (эктопия и эрозия шейки матки, миома).

2. Наиболее частые осложнения неонатального периода: синдром дыхательных расстройств, врожденная инфекция, врожденная пневмония, внутрижелудочковое кровоизлияние и бронхолегочная дисплазия.

3. Шкалы nSOFA и NEOMOD позволяют проводить детальную оценку органно-системной дисфункции, прогнозировать риск развития неблагоприятного исхода у новорожденных, перенесших критические состояния при рождении.

4. Проводимая в отделении стратегия прогрессивного наращивания объема энтерального питания у недоношенных новорожденных с первых суток жизни явилась клинически эффективным и безопасным подходом.

5. Научно-практический анализ работы коллектива ОАиРН УЗ «ГОКПЦ» позволил сделать вывод о его функционировании как современного высокотехнологичного учреждения третьего уровня перинатальной помощи, что напрямую определяет высокие результаты его работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ходжаев, А. В. Работа по вопросам перинатальной и неонатальной смертности / А. В. Хаджаев. – Минск, 2024.

2. Преждевременные роды : информационный бюллетень / Всемирная организация здравоохранения. – 2023. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (дата обращения: 10.12.2025).

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Парфёнова И. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Проблема инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательной системы у детей на протяжении многих десятилетий не теряет актуальность. Особое место среди них занимает пневмония, являясь одной из ведущих причин детской заболеваемости и смертности во всём мире.

По литературным данным заболеваемость пневмониями составляет в год около 15-20 на 1000 детей первых трех лет жизни и примерно 5-6 случаев на 1000 детей старше 3 лет. Предрасполагающими факторами к её развитию у детей раннего возраста являются перинатальная патология, врожденные пороки сердца и другие [1].

Развитию пневмонии у новорожденных способствуют факторы, угнетающие иммунологическую реактивность. В частности, пролонгированная внутриутробная гипоксия провоцирует повреждение легочной ткани, а также нарушение дренажной функции дыхательных путей и дефицит активности альвеолярных макрофагов. Наряду с этим, возникновению патологий способствуют анатомо-физиологические особенности детей: структурная незрелость органов дыхания и ограниченный адаптивный потенциал на фоне их высокой функциональной нагрузки.