

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.

С учетом вышеизложенного, необходимо изучить влияние различных факторов на заболеваемость пневмонией у детей раннего возраста.

Цель – оценить факторы, влияющие на развитие пневмоний у новорожденных детей.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 35 медицинских карт стационарного пациента с диагнозом пневмония, находившихся на лечении во 2-м педиатрическом отделении для новорожденных детей Гродненской областной детской клинической больницы в 2024 году. Все дети были обследованы согласно клиническим протоколам. Из них у 20 диагностирована врожденная пневмония и эти дети составили первую группу. Во вторую группу были включены 15 детей с внебольничной пневмонией. Медиана возраста в 1-й группе составила 7 (2; 30) дней, а во 2-й – 23 (8; 46) дня. Для выявления факторов риска, влияющих на развитие пневмонии у детей, был проведен анализ состояния здоровья матери, особенностей течения беременности и родов, наличие экстрагенитальной патологии.

Статистический анализ полученных данных проводили непараметрическим методом с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что пневмонии чаще встречались у мальчиков – 19 (54,2%), чем у девочек – 16 (45,8%), $p < 0,05$, с аналогичным распределением и в группах, так в 1-й – девочек 9 (45%), а мальчиков 11 (55%) и во 2-й – девочек 7 (46,6%), мальчиков 8 (53,3%).

Анализ особенностей фетального развития детей с пневмонией позволил выявить следующие особенности: в 1-й группе первая беременность была у 8 женщин (40%), вторая беременность – у 3 (15%), третья беременность – у 6 матерей (30%) и более четырех беременностей – у 3 женщин (15%). Во 2-й группе первая беременность была у 5 женщин (33,3%), вторая беременность – у 4 женщин (26,7%), третья беременность – у 1 (6,7%) и более четырех – у 5 матерей (по 33,3%).

Исследование показало, что дети в обеих группах родились от матерей с неблагоприятным соматическим и акушерским фоном. Так анемию во время беременности имели 6 (30%) матерей из 1 группы и 3 (20%) во 2 группе. Течение гестации часто осложнялось угрозой выкидыша у матерей 1-й 15 (75%) и у 4 (26,7%) матерей 2-й группы. Среди гинекологической патологии у матерей преобладали патология шейки матки – 4 (20%) и 2 (13,3%) соответственно. Кроме этого без статистической разницы в структуре экстрагенитальной патологии у матерей обследуемых детей отмечался высокий уровень почечной патологии (пиелонефрит, гидронефроз, цистит), сердечно-сосудистой (артериальная гипертензия), эндокринной патологии (гестационный сахарный диабет, ожирение, гипотериоз) и острые респираторные заболевания в обеих группах.

Женщины 1 группы с настоящей беременностью имели хроническую фетоплацентарную недостаточность – 8 (40%), острые вирусные инфекции – 10 (50%), многоводие – 2 (10%), маловодие – 2 (10%), гестоз – 7 (35%), синдром

задержки роста плода – 3 (15%). Во 2-й группе – хроническая фетоплацентарная недостаточность – 1 (6,7%), острые респираторные вирусные инфекции – 4 (26,7%), маловодие – 1 (6,7%), гестоз – 4 (26,7%), синдром задержки роста плода – 1 случай (6,7%).

Первые роды были у 9 женщин (45%), вторые – у 7 (35%), третьи роды – у 2 (10%), более четырех – у 2 (10%). Во 2-й группе первые роды были у 6 (40%), вторые роды – у 4 (26,7%), третьи – у 3 (20%), более четырех – у 2 (13,3%) женщин.

Роды были срочными у 24 женщин и реже преждевременными – 11. Так в 1-й и 2-й группах естественное родоразрешение имели 11 и 13 женщин, соответственно. У 9 женщин 1-й и у 2 – со 2-й групп роды прошли кесарево. Из детей с пневмониями 24 родились доношенными и 11 недоношенными в сроке от 30 до 37 недель.

Состояние при рождении у всех детей 1-й группы было оценено как тяжелое за счет развития дыхательной недостаточности, в то время как у детей 2-й группы 6 детей имели тяжелое состояние, а остальные 9 – удовлетворительное. Различий в оценке по шкале Апгар между группами не наблюдалось.

Клиническая картина течения пневмонии у детей 1-й группы осложнялась сопутствующими патологиями: поражением ЦНС у 8 детей, врожденные пороки сердца – у 7 новорожденных, синдром дыхательных расстройств – 3 детей, синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы – 6 детей, анемией – 7 человек.

У детей 2-й группы пневмония преимущественно проявлялась преимущественно односторонним поражением легких 9 (60%). В зависимости от характера изменений легочной ткани, пневмонии встречались следующим образом: очаговая – 5 (33,3%), сегментарная – 4 (26,7%), полисегментарная – 6 (40%). Сопутствующие заболевания у детей 2-й группы включали неврологические нарушения у 10 человек, врожденные пороки сердца – у 2, открытое овальное окно – у 11, а также железодефицитную анемию – у 7 детей. У 5% новорожденных пневмония протекала с развитием обструктивного синдрома. Одышка определялась в 21% случаев. У значительной части (28%) пневмония протекала в тяжелой форме, что потребовало использования респираторной поддержки.

Выводы. Дети с пневмонией рождались преимущественно от первой и третьей беременности и родов, которые протекали на фоне различной акушерской и соматической патологии матери. Чаще встречались у новорожденных мальчиков, чем девочек. Таким образом, по результатам исследования можно утверждать, что развитие пневмонии у новорожденных не определяется монофакторно и обусловлено комплексным влиянием различных факторов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ибатова, Ш. Диагностика пневмонии у детей и показания к госпитализации / Ш. Ибатова, М. Абдуллаева, Д. Маматкулова // IJSP. International Journal of Scientific Pediatrics. – 2024. – Vol. 3, № 5. – P. 595-598. – doi: 10.56121/2181-2926-2024-3-5-595-598

ПРИЧИНЫ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Побылец А. М., Кояло С. И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Ультразвуковое исследование (УЗИ) является одним из основных методов диагностики патологии червеобразного отростка (ЧО), в том числе острого аппендицита. Несмотря на доступность и неинвазивность метода, визуализация ЧО возможна не во всех случаях. Отсутствие его визуализации может быть обусловлено как анатомическими особенностями, так и техническими и клиническими факторами, что снижает диагностическую ценность исследования и затрудняет интерпретацию результатов [1].

Цель – проанализировать причины невизуализации червеобразного отростка при ультразвуковом исследовании у пациентов, с подозрением на ОА.

Методы исследования. Проведён анализ протоколов ультразвуковых исследований, в ходе которых ЧО не был визуализирован, у пациентов, обследованных по поводу подозрения на наличие острого аппендицита в УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» с декабря 2023 по май 2025 г. Оценивались причины, препятствующие визуализации ЧО в ходе ультразвукового исследования.

Результаты и их обсуждение. Зарегистрировано 30 случаев невизуализации червеобразного отростка при трансабдоминальном ультразвуковом исследовании.

Наиболее частой причиной отсутствия визуализации ЧО явилось тазовое расположение купола слепой кишки, выявленное у 13 (43%) пациентов. Данная анатомическая особенность делает невозможной компрессию слепой кишки и характеризуется глубоким, тазовым, расположением ЧО.

У 7 (23%) пациентов визуализация ЧО была затруднена вследствие увеличенной толщины передней брюшной стенки, что снижало качество ультразвукового изображения и эффективность компрессии датчиком.