

Форма опроса, включающая в качестве базовой оценку, которую выставляет компьютер, позволяет более объективно оценить подготовку каждого студента на занятии, а также получить дополнительное время, необходимое для более глубокого освоения практических навыков, для проведения дискуссий и семинаров.

Рейтинговая оценка знаний позволяет преподавателю учитывать глубину знаний, активность студентов на занятии, а также развивать их творческую независимости, адекватную самооценку и самокритичность. Такая система оценки создает максимально комфортную среду обучения и воспитания студентов, развивает самодисциплину и сосредоточенность на решении учебных задач. Первый опыт показывает, что внедрение рейтинговой системы существенно повышает оценки, получаемые студентами, и делает процесс обучения творческим и интересным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Patterson, R. R. Transitioning to active teaching and learning: getting off the stage and becoming a guide on the side /R. R. Patterson //Great ideas in teaching microbiology. – 2004. – Vol: 1. – P. 1-3.

2. Sessoms, D. Interactive instruction: Creating interactive learning environments through tomorrow's teachers /D. Sessoms// International Journal of Technology in Teaching and Learning. – 2008. – Vol: 2, №4. – P.86-96.

ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Пальцева А.И., *Зверко В.Л., *Пономаренко С.М., Сеница Л.Н.,
Пестерняк Ю.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродненский областной клинический перинатальный центр

Введение. По данным экспертов ВОЗ 2017 года в мире ежегодно рождается около 20000000 маловесных детей. Смертность детей, родившихся до 32 недель гестации составляет около 15%. У 10–15% выживших отмечаются тяжелые отклонения в центральной нервной системе (ЦНС) [1]. Истории известны среди недоношенных гении и великие люди, обессмертившие свои имена величайшими творениями в искусстве и науке.

Успешное выхаживание недоношенных детей – одна из важнейших задач неонатологии на современном этапе [2].

На детей с экстремально низкой массой тела приходится

0,3–0,4% от всех родившихся. В УЗ «ГОКПЦ» в период с 2013 по 2016 годы родилось 1015 маловесных детей, из них с очень низкой и экстремально низкой массой тела – 192 ребенка. Благодаря оптимизации перинатальной помощи, показатели выживаемости детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, улучшились, что сделало проблему дальнейшего выхаживания этих детей, актуальной для всей педиатрической службы [3].

Цель исследования – изучение перинатальных факторов риска и их роль в развитии недоношенных детей в постнатальном периоде.

Материалы исследования и методы. Под наблюдением находилось 1015 маловесных детей. Проанализировано 168 медицинских карт амбулаторного пациента (0–3 года), родившихся недоношенными.

При анализе историй развития ребенка и стационарных карт пациента оценивались: физическое, нервно-психическое развитие; заболеваемость; экстрагенитальная патология и гинекологические заболевания матери; течение беременности и родов; возраст родителей и их социальное положение.

Для оценки физического развития использовали центильные кривые параметров развития в зависимости от гестационного возраста, предложенные Фентоном в 2013 году[4].

Результаты исследования и обсуждение. В данное исследование включены недоношенные дети с массой тела от 500,0 г до 2500,0 г сроком гестации от 22 до 36 недель.

Частота рождения с детей экстремально низкой массой тела имеет тенденцию к снижению с 2013 по 2016 год. Удельный вес детей с экстремально низкой массой тела в 2013 году составил 0,44%, в 2016 году – 0,31%, в то время как детей с очень низкой и низкой массой тела остается стабильным (0,85–0,71% и 1,75–3,96% соответственно). Среди 1015 недоношенных преобладают дети с массой тела от 2 до 2,5 кг (54,6%).

Анализ возрастного состава женщин, родивших преждевременно показал, что все они были в благоприятном репродуктивном возрасте 24–30 лет. Возраст отцов недоношенных детей составлял 33–44 года.

Беременность была незапланированной у 93,0% семей, толь 7,0% семей планировали данную беременность и им проведена прекоцептивная подготовка.

При анализе экстрагенитальной патологии выявлено, что 61,2%

матерей во время беременности перенесли острую респираторную вирусную (ОРВИ), герпетическую и цитомегаловирусную инфекции, что могло быть одним из основных факторов преждевременных родов. Среди инфекций лидировала ОРВИ (45,2% случаев), проявляющаяся в основном подъемом температуры тела и катаральными явлениями, второе место принадлежит герпетической инфекции (12,2%). Цитомегаловирусная инфекция выявлена у 3,6% беременных.

Среди гинекологических заболеваний преобладающее большинство случаев приходится на инфекции, передающиеся половым путем и эрозию шейки матки, диагностированные у 32,5% и у 34,6% женщин, соответственно. У каждой четвертой женщины выявлен кольпит и у 9,4% – другие заболевания женской половой сферы. У 46,0% женщин беременность протекала с угрозой прерывания, 21,0% – гестозами, в 29,0% – хронической фетоплацентарной недостаточностью.

Путем операции кесарева сечения родилось 77,4% в 2013 году, 78,4% – в 2014, 80,2% – в 2015, 80,7% – в 2016 году.

Частота врожденных аномалий у недоношенных новорожденных находится на стабильном уровне в течение последних 4 лет. Наименьшее число врожденных аномалий наблюдалось у недоношенных новорожденных в 2015 году. На первом месте среди заболеваний стоят отдельные состояния перинатального периода, среди которых лидируют респираторный дистресс-синдром, врожденная пневмония, гематологические нарушения.

Частота рождения детей с низкой и экстремально низкой массой тела, заболеваемость в раннем неонатальном периоде определяют актуальность изучения развития данной категории детей в катамнезе.

После стабилизации состояния и выписки из стационара у недоношенных отмечалось ускорение роста, так называемый «догоняющий» рост, который требовал соответствующей нутритивной поддержки на этапе выхаживания. Дети, «догнавшие» свой центильный коридор к 6–9 месяцам скорректированного возраста, имели лучшее нервно-психическое развитие – это 34,0% детей. У 93,3% младенцев к 1 году отмечалось средне-гармоничное физическое развитие, у 6,7% – средне-дисгармоничное.

Основной патологией недоношенных детей на первом году

жизни, является задержка моторного развития (62,2%), малые аномалии сердца и ретинопатия недоношенных (3,3%).

В структуре заболеваемости недоношенных детей на первом году жизни первое место занимают ОРВИ, второе – анемии, третье – дисбактериоз кишечника.

На протяжении первого года жизни, часто болеющих насчитывается 27,3% из общего количества обследованных детей.

К концу первого года жизни 94,8% детей отнесены к II Б группе здоровья, 5,2% – к IV группе.

Таким образом, как следует из результатов анализа, преждевременно рожали женщины, имеющие соматическую и акушерско-гинекологическую патологию в основном при не планированной беременности. Родоразрешение в 77 % случаев в 2013 году и до 87% в 2016 проведено путем операции кесарево сечение. В период ранней адаптации недоношенные новорожденные нуждались в оказании высокотехнологической перинатальной помощи в связи с респираторными проблемами, врожденной инфекцией, церебральными нарушениями. Физическое развитие к первому году среднее гармоничное отмечено у 93,3% и среднее дисгармоничное у 6,7% детей. Недоношенные «догнавшие» нормативные показатели физического развития к 6–9 месяцам скорректированного возраста имели значительно лучший неврологический статус. Задержка психомоторного развития у новорожденных, родившихся преждевременно наблюдалось у 62,2% всех недоношенных. Часто болеющие на 1-м году жизни составили 27,3% детей.

Проведенные исследования диктуют необходимость повышения уровня медицинских знаний среди населения и целесообразности планирования беременности для профилактики преждевременных родов.

Несмотря на высокую терапевтическую стоимость выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, более частую заболеваемость на первом году жизни, выхаживание этих детей является благородным и гуманным делом. Возможно среди этих крох будут не только достойные граждане нашей страны, но и гении, и великие люди!!!

ЛИТЕРАТУРА

1. A cohort analysis of neonatal hospital mortality rate and predictors of neonatal mortality in a sub-urban hospital of Cameroon / P.K. Ndombo [et al.] // Ital J Pediatr. – 2017, Jun 5. –Vol. 43 (1). – P. 52.

2. Байбарина, Е.Н. Достижения и перспективы выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела / Е.Н. Байбарина, Д.Н. Дегтярев // Современные подходы к выхаживанию недоношенных детей: материалы научно-практ. конф. – Москва, 2010. – С. 5.

3. Алямовская, Г.А. Особенности физического развития глубоко недоношенных детей на первом году жизни / Г.А. Алямовская, Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6, вып.6. – С. 6–14.

4. Fenton, T.R. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants / T.R. Fenton, J.H. Kim // BMC Pediatrics. – 2013. – URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/59>.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПРОТЕОЛИЗ-АНТИПРОТЕОЛИЗ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Парамонова Н.С., Сеница Л.Н., Гурина Л.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Для неонатального периода характерно развитие такой патологии как бронхолегочная дисплазия (БЛД), которая формируется преимущественно у недоношенных детей, имеет хроническое течение и может стать причиной отдаленной летальности от легочных причин [1].

Респираторная патология у недоношенных детей обусловлена морфологической и функциональной незрелостью легких, в том числе дефицитом сурфактанта, дисбалансом в системе протеолиз-антипротеолиз, оксиданты-антиоксиданты, наличием оксидативного стресса (ОС) и развитием инфекционного процесса [1, 2].

В последние годы особое внимание уделяется исследованию эластазы и ингибиторов протеолиза, как важных маркеров воспаления бронхолегочной системы. Установлено, что дисбаланс активности эластазы и ее ингибиторов в сторону повышения активности протеолиза может приводить к деструкции легочной ткани и способствует развитию БЛД [3]. При использовании гипероксических смесей кислорода в результате окисления α 1-протеиназного ингибитора (α 1-ПИ) происходит снижение его активности и увеличение активности эластазы – провоспалительного фактора, который обуславливает начало воспалительного процесса и поддерживает его. Более 10% легочной паренхимы новорожденного