

ность аспирации составила от 3 до 10 дней, а при двустороннем ПТ от 4 до 11 суток.

Выводы:

1. СУВ у новорожденных детей с врожденной пневмонией чаще всего проявляется в виде пневмоторакса и чаще правостороннего.
2. Пневмоторакс встречается с частотой 0,5%, что согласуется с данными литературы (0,07–1%).
3. У каждого третьего новорожденного, поступившего в ПИТ, пневмоторакс возникает после проведения реанимации новорожденного и перевода их на ИВЛ.
4. Редко встречается бессимптомное течение пневмоторакса, что не согласуется с данными литературы (90%).

Литература:

1. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н.Володина. – Москва, ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 848 с.
2. Последовательность выполнения основных манипуляций в неонатологической практике / И.И.Рюмина [и др.]. – М.: МНИИ педиатрии детской хирургии МЗ РФ, 2003. – 28 с.
3. Litmanovitz, I. Expectant management of pneumothorax in ventilated neonates / I.Litmanovitz // Prdiatrics. – 2008. – Vol. 122 (5). – P. 975–977.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ И ЧАСТОТА НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Янковская Н.И.¹, Медвецкая И.М.², Афанасьева Т.И.²,
Каткова Е.В.²**

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно*

²*Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно*

Введение. Некротический энтероколит (НЭК) новорожденных – неспецифическое воспалительное заболевание, вызванное инфекционными агентами на фоне незрелости механизмов местной защиты и/или гипоксически–ишемического повреждения слизистой кишечника, склонное к генерализации с развитием системной воспалительной реакции [1, 2].

В период новорожденности НЭК встречается в 2–16% случаев в зависимости от гестационного возраста, около 80% из них приходится на недоношенных детей. У недоношенных НЭК встречается в 10–25% случаев. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, среди детей с синдромом задержки внутриутробного развития и колеблется в пределах от 28% до 54%, а после оперативных вмешательств –

60%, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов–реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных [2].

Этиология НЭК мультифакториальна. Это гетерогенное заболевание и основными его компонентами являются ишемия, причинных факторов которой в перинатальном периоде достаточно много; инфекционные причины; проблемы питания; наличие врожденной патологии [1, 2]. Злокачественный характер НЭК и высокий показатель летальности (2–16%) объясняет приоритетность таких клинических подходов, как профилактика и ранняя диагностика, в чем и состоит актуальность данной проблемы.

Целью исследования явилось определение частоты и возможных причинных факторов возникновения некротического энтероколита у недоношенных детей.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили истории болезни новорожденных, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных Гродненской областной детской клинической больницы за последние 7 лет. Проведен тщательный анализ течения беременности, родов и состояния здоровья беременных женщин, а также результатов бактериологического исследования биологического материала, взятого в процессе лечения младенцев.

Результаты и их обсуждение. НЭК диагностирован у 16 новорожденных, что составило 0,39% от всех пролеченных в отделении патологии новорожденных за последние 7 лет. У недоношенных младенцев этот показатель был равен 4,7%..

Анализ течения беременности и родов у матерей данной группы детей показал наличие таких патологических состояний, как хроническая гипоксия плода (62,5%), угроза прерывания беременности (61,3%), причем у каждой третьей женщины повторная с лечением в стационаре, анемия (31,2%), острая респираторная инфекция (43,7%) в различные сроки гестации, инфекции мочеполового тракта (хронический аднексит, пиелонефрит, эрозия шейки матки, бактериальный кольпит) – 82,6%, упорная слабость родовых сил (37,5%), преждевременное излитие околоплодных вод (37,5%).

75% младенцев родились от I беременности, больше чем у половины – оперативное родоразрешение по экстренным показаниям. Среди заболевших НЭК новорожденных 75% было недоношенных в сроке гестации от 26 до 36 недель. Каждый третий из них экстремально недоношенный с массой тела от 880 до 980 г. Все дети родились в асфиксии различной степени тяжести, 43,7% из них нуждались в респираторной поддержке. Клиническая манифестация НЭК отмечена в различные возрастные периоды постнатальной жизни: у 25% младенцев в возрасте 2 суток; у 43,7% – в 12–20 суток и у 31,3% – в возрасте старше 3 недель (22–32 дня). У всех детей болезнь протекала на фоне внутриутробной инфекции неуточненной этиологии – пневмонии, у каждого третьего младенца инфекция носила генера-

лизованный характер с поражением центральной нервной системы (менингоэнцефалитом). У всех новорожденных диагностирована энцефалопатия новорожденного гипоксически–ишемического генеза, в 43,7% – с внутрижелудочковыми кровоизлияниями I–III ст. Анемия различной степени тяжести диагностирована в 100% случаев.

При изучении результатов бактериологического исследования различных биотопов получены следующие данные: в посевах из зева более чем у половины новорожденных (57,1%) выделены *Streptococcus* гр. А. Одинаково часто (по 28,5%), одновременно из эндотрахеальной трубки (ЭТТ) и из зева высеян *Staphylococcus epidermidis*. У 14,1% младенцев с НЭК выделены из зева грамотрицательные палочки семейства *Enterobacteriaceae*, в одном случае из зева выделена кишечная палочка. В 60% случаев получена идентичная флора из зева (*Streptococcus* гр. А), из ЭТТ (*Staphylococcus epidermidis*) и из брюшной полости у этих же пациентов – оба возбудителя, что подтверждает причинный характер возникшего НЭК, осложнившегося перитонитом. У одного экстремально недоношенного ребенка НЭК развился на фоне сепсиса, вызванного *Pseudomonas aeruginosa* (получена положительная гемокультура, высеив из брюшной полости, из зева и ЭТТ).

Выводы:

1. Наиболее частыми причинными факторами возникновения НЭК у недоношенных детей являются перенесенная гипоксия в ante– и интранатальном периодах, которая развивается у внутриутробно инфицированного ребёнка от матерей с острой и хронической инфекционной патологией, особенно мочеполового тракта.
2. Потенциально значимым в развитии НЭК является прямая бактериальная инвазия, такими возбудителями как: *Streptococcus*, *Staphylococcus epidermidis*, реже *Pseudomonas aeruginosa*.
3. Частота НЭК у недоношенных детей составила 4,7%.

Литература:

1. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н.Володина. – Москва, ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 848 с.
2. Линчевский, Г.Л. Некротический энтероколит новорожденных / Г.Л.Линчевский, О.К.Головко, О.В.Воробьева // Здоровье ребенка. – 2007. – № 1. – С. 18–27.