

## ТЕЧЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Румянцева О.А.*

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

**Введение.** Несмотря на достигнутые успехи, выхаживание и последующее развитие детей, родившихся преждевременно, остается не только медицинской, но и социальной проблемой. До сих пор на детей данной группы приходится основная часть развития неблагоприятных отдаленных последствий, а также младенческой и детской смертности [1, 2, 3].

**Объект и методы исследования.** Был проведен ретроспективный анализ 29 историй развития недоношенных новорожденных, находившихся на лечении в ОАИР УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2».

**Целью** явилось изучение течения перинатального периода новорожденных, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) и факторы, способствующие усугублению его течения.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе установлено, что в 100% случаев у матерей недоношенных новорожденных отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в виде инфекций, передающихся половым путем, медицинских аборт. Наличие инфекционного процесса у матери подтверждают и данные исследования плацент (в 100% случаев), где были выявлены воспалительные изменения, а также признаки плацентарной недостаточности в 27,3% случаев. Патологическое течение беременности также наблюдалось у всех матерей в основном в виде угрозы ее прерывания и гестоза.

Среди экстрагенитальной патологии значимую роль играет патология мочевыделительной системы (в 29,6 % случаев).

В 26,0% случаев во время беременности, в основном во втором ее триместре, отмечались острые респираторные заболевания. Остальную соматическую патологию представляли: анемия беременных (18,5% случаев); эндокринная патология

(14,8%); патология сердечно – сосудистой системы (11,1%); на патологию ЖКТ, глаз (миопия) и вирусные гепатиты приходится по 7,4%, соответственно; ревматоидный артрит отмечался в 3,7% случаев.

Как неблагоприятный фактор в развитии преждевременных родов можно отметить и неблагополучный социальный статус женщины. Так, безработные составили 40,7%; одинокие женщины – 33,3%; женщины-инвалиды, осужденные, с алкогольной зависимостью, несовершеннолетние – по 3,7%, соответственно; с никотиновой зависимостью – 11,1%, возрастные первородящие – 7,4%.

При рождении у 14 (48,3%) недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ отмечалась тяжелая асфиксия. Поражение головного мозга в виде внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) отмечалось у 8 (27,6%) детей, из них у 7 (87,5%) новорожденных в основном на третьи сутки жизни, у одного ребенка (12,5%) – на первые сутки жизни.

Респираторная поддержка II–III уровней проводилась в 100% случаев, из них 17 детям (58,6%) – III уровня (ИВЛ), длительность которой в среднем составила 7 – 10 дней.

Диагноз: врожденная пневмония был установлен у 14 детей – 48% случаев.

Гипербилирубинемия наблюдалась с третьих суток жизни у 9 детей – 31% случаев.

Сурфактантная терапия проводилась 23 новорожденным (79,3%), из них 4 детям (13,8%) потребовалось повторное его введение.

При проведении лабораторных исследований у 17 новорожденных (58,6%) с ОНМТ и ЭНМТ с первых суток жизни отмечался анемический синдром, из них у 3 (17,6%) тяжелой степени. На 3 сутки жизни анемия выявлялась у 22 детей (75,8%), из них – у 9 детей (41%) тяжелой степени, что требовало коррекции. Анемический синдром наблюдался практически в течение всего раннего неонатального периода.

В общем анализе крови со стороны показателей белой крови изменений не отмечалось. Однако, у новорожденных с врожденной пневмонией (14 детей) с первых суток жизни

отмечалось повышение нейтрофильного индекса более 0,25 (отношение незрелых форм к общему количеству гранулоцитов), что может служить маркером инфекционного процесса [2].

Повышение уровня С-реактивного белка в крови отмечалось только у 1 ребенка с диагнозом: врожденная пневмония в возрасте 3-х суток жизни.

У всех детей данной категории отмечались изменения со стороны гемостазиограммы (гипокоагуляция). В заместительной трансфузионной терапии нуждались 19 новорожденных (65,5%).

#### **Выводы:**

1. Ведущую роль в развитии преждевременных родов играют не только изменения со стороны здоровья матери, среди которых особое место в обеих группах занимают патология мочевыделительной системы, инфекции, передающиеся половым путем, но и неблагоприятный социальный статус, который приводит к психологическому дискомфорту. Патологическое течение беременности и экстрагенитальная патология матери способствуют нарушению фетоплацентарной недостаточности.

2. При изучении перинатального периода отмечено, что для недоношенных детей характерна коагулопатия, связанная с незрелостью функции печени, которая усугубляется наличием инфекционного процесса.

3. Наиболее специфичным показателем инфекционного процесса у недоношенных детей в общем анализе крови является нейтрофильный индекс.

#### **Список литературы:**

1. Протопопова, Н. В. Современный взгляд на проблему преждевременных родов / Н. В. Протопопова, М. А. Шапошникова // Сибирский мед. журн. – 2009. – Т. 86, № 3. – С. 28–33.

2. Рооз, Р. Неонатология. Практические рекомендации : пер. с нем. / Р. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте. – М. : Мед. лит., 2011 – 120 с.

3. Шабалов, Н. П. Неонатология / Н. П. Шабалов. – СПб. : Специальная литература, 2004. – Т. 1. – С. 355–367.