

### **Материалы и методы**

Нами проанализированы 27 истории болезни детей после проведения илеоцистоаугментации, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации Республиканского центра детской нефрологии и урологии (УЗ «2-я детская городская клиническая больница» г. Минск) в период с 2007 по 2012 гг. с последующей выкопировкой и статистической обработкой полученных данных.

### **Полученные результаты**

В послеоперационный период все дети находились на парентеральном питании первые 4–5 суток. Они получали сбалансированные смеси, содержащие энергетический субстрат в виде раствора глюкозы, электролитные компоненты и аминокислоты. В течение нескольких суток отмечалась положительная динамика и с 5–6 суток пациенты начинали получать энтеральный компонент — бульон, что способствовало более физиологичному механизму приема пищи. Как правило, в раннем послеоперационном периоде применялось полное парентеральное питание. У пациентов встречались разнообразные изменения лабораторных показателей, в том числе и гипопроотеинемия, которая является одним из самых ранних проявлений белковой недостаточности, что наблюдается в постагрессивном периоде особенно у ослабленных детей. Такие состояния корректировались назначением аминокислотных растворов («Аминостерил», «Вамин» и других) с последующим переходом на энтеральное кормление. Все пациенты, находящиеся в отделении интенсивной терапии и реанимации, получали антибактериальную терапию как профилактику послеоперационных осложнений.

### **Выводы**

Во время болезни происходят существенные изменения интенсивности метаболизма, скорости ферментативных реакций, количества метаболизируемых субстратов, образующихся интермедиарных метаболитов и конечных продуктов метаболизма.[3] При хирургической патологии голодание служит одним из серьезнейших факторов, сопутствующих заболеванию. Следует помнить, что голодание — дополнительный стресс-фактор для организма, который меняет течение метаболических процессов и требует немедленной нутритивной коррекции.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кулагин, А. Е. Искусственное питание. Избранные лекции по анестезиологии и интенсивной терапии детского возраста: учеб.-метод. пособие / В. В. Курек [и др.] — Минск, 1999. — С. 152–192.
2. Кэмпбэлл, И. Ранне послеоперационное питание — за и против // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: курс освежающих лекций / Под ред. Э. В. Недашковского: пер. с англ. и нем. — Архангельск-Тромсе, 1997. — С. 195–199.
3. Textbook of pediatric intensive care / Ed. Mark C. Rogers; associate editor, David G. Nichols. — 3rd ed. — Baltimore, 1996. — P. 1141–1162.

**УДК 618.2/.5:618.33:616.8**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

**Суровцева Е. С., Гатальская А. В.**

**Научный руководитель: к.м.н. И. Ф. Крот**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

По данным ВОЗ, 10 % детского населения земного шара имеют различного рода нервно-психические отклонения, у 80 % таких детей имеются определенные проблемы

в состоянии здоровья, возникшие в периоде внутриутробного развития, которые сопровождаются неврологическими нарушениями [1]. В течение последних 10 лет общая заболеваемость детей возросла в 1,5 раза [2]. Большая часть неврологических нарушений связана с гипоксически-ишемической энцефалопатией новорожденных, доля которой составляет 60–80 % всех поражений ЦНС [1]. Основной причиной гипоксически-ишемической энцефалопатии новорожденных является перенесенная анте- или интранатально гипоксия плода, родовые травмы. Развитие плацентарной недостаточности, которая и приводит к длительной антенатальной гипоксии плода, связано с увеличением заболеваемости женщин репродуктивного возраста, увеличением осложнений беременности и родов. Ранее выявление пациенток с высоким риском перинатальной патологии и проведение в этой группе профилактики плацентарной недостаточности позволит снизить частоту гипоксии плода, и, следовательно, перинатальных повреждений центральной нервной системы у новорожденных.

### **Цель**

Изучить факторы риска развития поражения ЦНС у новорожденных.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось ретроспективно путем анализа данных, полученных при выкопировке историй болезней пациенток, родоразрешенных в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» с июня 2011 г. по август 2012 г. Были изучены: паспортные данные, менструальная функция, акушерский, гинекологический и соматический анамнез, течение беременности, родов и послеродового периодов, состояние новорожденного. В основную группу исследования вошли 35 пациенток, дети которых были рождены с признаками поражения ЦНС (синдром церебральной депрессии, кефалогематома). Группу сравнения составили 30 женщин, дети которых не имели неврологических нарушений. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики с использованием метода  $\chi^2$ , коэффициента Стьюдента. Данные в статье представлены в виде доли (P, %) и стандартной ошибки доли ( $S_p$ , %). Статистически значимыми считали результаты при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования**

Средний возраст женщин обеих групп достоверно не отличался и составил  $27,1 \pm 4,4$  года в основной группе и  $25,9 \pm 4,1$  в группе сравнения. Абсолютное большинство пациенток в обеих группах исследования были первородящими: 28 ( $80,0 \pm 6,8$  %) в основной группе и 25 ( $83,0 \pm 6,8$  %) в группе сравнения. Отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные прерывания беременности, бесплодие, медицинские аборт) имели 11 ( $31,4 \pm 7,8$  %) беременных в основной группе и 13 ( $43,3 \pm 9,1$  %) в группе сравнения. Гинекологические заболевания в анамнезе имелись у 29 ( $82,9 \pm 6,4$  %) женщин в основной группе и у 23 ( $76,6 \pm 7,7$  %) в группе сравнения. Статистически значимых различий в структуре гинекологических заболеваний нами не получено. Наиболее часто встречались воспалительные заболевания органов малого таза 17 ( $48,6 \pm 8,5$  %) в основной группе и 13 ( $43,3 \pm 9,0$  %) в группе сравнения, заболевания шейки матки у 18 ( $51,4 \pm 8,5$  %) и 14 ( $46,7 \pm 9,1$  %), нарушения менструальной функции у 7 ( $20 \pm 6,8$  %) и 9 ( $30 \pm 8,4$  %) соответственно. Соматический анамнез был отягощен у 29 ( $82,9 \pm 6,4$  %) беременных в основной группе и у 30 (100 %) в группе сравнения. Статистически значимо чаще у женщин, родивших детей с поражениями ЦНС встречались заболевания глаз: 16 ( $45,7 \pm 8,4$  %) по сравнению с группой сравнения 5 ( $16,7 \pm 6,8$  %),  $p < 0,05$ . Также среди соматических заболеваний часто встречались заболевания эндокринной системы: 18 ( $51,4 \pm 8,4$  %) в основной группе и 9 ( $30 \pm 8,4$  %) в группе сравнения, заболевания сердечно-сосудистой системы у 14 ( $40 \pm 8,3$  %) и 9 ( $30 \pm 8,4$  %) соответственно. Ослож-

нения беременности были выявлены у всех беременных в обеих группах. В исследуемой группе достоверно чаще встречалась вирусная инфекция на разных сроках беременности: 16 ( $45,7 \pm 8,4$  %) против 1 ( $3,3 \pm 3,3$  %) в группе сравнения,  $p < 0,05$ . Абсолютное большинство женщин в обеих группах были родоразрешены через естественные родовые пути 24 ( $68,6 \pm 7,8$  %) в основной группе и 24 ( $80 \pm 7,3$  %) в группе сравнения. Операция кесарева сечения выполнена 11 ( $31,4 \pm 7,8$  %) женщинам в основной группе и 6 ( $20 \pm 7,3$  %) в группе сравнения, из них в плановом порядке 5 ( $45,5 \pm 15,0$  %) и 2 ( $33,3 \pm 19,2$  %) соответственно. Родостимуляция была проведена у 18 ( $51,4 \pm 8,5$  %) женщин, родивших детей с неврологическими нарушениями и у 19 ( $63,3 \pm 8,8$  %) из группы сравнения. Осложнения родовой деятельности имелись у 22 ( $62,9 \pm 8,2$  %) рожениц исследуемой группы и у 22 ( $73,3 \pm 8,1$  %) из группы сравнения. Статистически значимых различий в структуре осложнений родовой деятельности выявлено не было. Наиболее часто встречались угрожающий разрыв промежности у 5 ( $14,3 \pm 5,9$  %) и у 11 ( $36,6 \pm 8,8$  %) женщин из группы сравнения, несвоевременное излитие околоплодных вод у 10 ( $28,6 \pm 7,6$  %) и 6 ( $20 \pm 7,3$  %), аномалии родовой деятельности у 5 ( $14,3 \pm 5,9$  %) и у 4 ( $13,3 \pm 6,2$  %) соответственно. При патоморфологическом исследовании последа патологические изменения были выявлены в 27 ( $77,1 \pm 7,1$  %) случаях в основной группе и в 26 ( $86,6 \pm 6,2$  %) в группе сравнения. Статистически значимых различий при исследовании последа выявлено не было. Наиболее часто встречались воспалительные изменения 19 ( $54,3 \pm 8,4$  %) в основной группе и 20 ( $66,6 \pm 8,6$  %) в группе сравнения, изменения сосудов плаценты 10 ( $28,6 \pm 7,6$  %) и 10 ( $33,3 \pm 8,6$  %) соответственно. Антропометрические показатели новорожденных отражают снижение массо-ростовых показателей в основной группе (вес  $3059,4 \pm 550$  г, рост  $52,0 \pm 3,1$  см) по сравнению с группой сравнения (вес  $3440,3 \pm 337,26$  г, рост  $53,4 \pm 1,8$  см). При бальной оценке по шкале Апгар новорожденные из основной группы набрали меньшее количество баллов (на 1-й минуте  $7,7 \pm 0,7$  баллов, на 5-й минуте  $8,2 \pm 0,4$  против  $8,1 \pm 0,3$  и  $8,6 \pm 0,5$  баллов в группе сравнения).

### **Выводы**

Различий акушерского и гинекологического анамнеза у женщин, родивших детей с перинатальной патологией ЦНС и здоровых детей нами не выявлено. В структуре соматических заболеваний достоверно чаще встречались заболевания глаз 16 ( $45,7 \pm 8,4$  %) против 5 ( $16,7 \pm 6,8$  %) в группе сравнения,  $p < 0,05$ . Во время беременности статистически значимо чаще встречались вирусные инфекции у 16 ( $45,7 \pm 8,4$  %) против 1 ( $3,3 \pm 3,3$  %) в группе сравнения,  $p < 0,05$ . При изучении способа родоразрешения, видов родостимуляции, осложнений родовой деятельности статистически значимых различий выявлено не было. Вес, рост, оценка по шкале Апгар при рождении новорожденных с перинатальным повреждением ЦНС были ниже (вес  $3059,4 \pm 550$  г, рост  $52,0 \pm 3,1$  см, Апгар на 1-й минуте  $7,7 \pm 0,7$  баллов, на 5-й минуте  $8,2 \pm 0,4$ ) по сравнению с группой сравнения (вес  $3440,3 \pm 337,26$  г, рост  $53,4 \pm 1,8$  см, Апгар  $8,1 \pm 0,3$  и  $8,6 \pm 0,5$  баллов).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Белоусова, Т. В. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных / Т. В. Белоусова, Л. А. Ряжена. — С-Пб., 2010. — 94 с.
2. Потапова, В. Е. Кортексин как компонент терапии острого периода гипоксически-ишемической энцефалопатии новорожденных / В. Е. Потапова, С. С. Клишо. — Витебск, 2012. — 134 с.
3. Пальчик, А. Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов. — М.: МЕД-ПРЕСС-информ, 2009. — 253 с.