

реактивного белка (вч СРБ) — 10 (10;10,6) и 1,68 (1,08;10) мг/л соответственно,  $p < 0,05$ ; и интерлейкина-6 (ИЛ-6) — 10 (5,9;18,5) и 2,2 (1,2;40) пг/мл соответственно,  $p < 0,05$ ). Показано, что у пациентов с ОКС уровень вч СРБ может использоваться как независимый предиктор развития РКС, включая смерть, инфаркт миокарда или рестеноз после чрескожного коронарного вмешательства [3].

При анализе уровня ММП-9 отмечены более высокие уровни в группе пациентов с развившимися РКС после выполнения ЧКВ (213 (200; 226) нг/мл) по сравнению с пациентами без РКС (183 (150; 206) нг/мл,  $p < 0,05$ ).

При изучении уровня sP-селектина отмечены более высокие значения в группе пациентов с РКС (280 (240; 330) нг/мл) по сравнению с группой пациентов без РКС (210 (150; 235) нг/мл,  $p < 0,05$ ). По данным российского исследования по выявлению предикторов неблагоприятных коронарных событий у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся ЧКВ, отмечено, что повышение уровня sP-селектина на 10-е сутки является предиктором развития тромбоза стента в отдаленном периоде [1].

### **Выводы**

Для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST с развившимися РКС характерно течение заболевания на фоне более высоких значений уровня лейкоцитов крови при поступлении, более высоких значений биохимических показателей некроза, более высоких значений сывороточной концентрации провоспалительных цитокинов (вч СРБ и ИЛ-6) при поступлении. При оценке эндотелиальной функции в группе с ОКС с подъемом сегмента ST с РКС выявлены более высокие значения sP-селектина и ММП-9, чем в группе сравнения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Предикторы неблагоприятных коронарных событий у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам / Л. С. Барбараш [и др.] // Кардиология. — 2010. — № 7. — С. 15–20.
2. Comparison of the prognostic value of peak creatine kinase-MB and troponin levels among patients with acute myocardial infarction: a report from the acute coronary treatment and intervention outcomes network registry—get with the guidelines / Chee Tang Chin [et al.] // Clin. Cardiol. — 2012. — Vol. 35, № 7. — P. 424–429.
3. Markers of Inflammation and Cardiovascular Disease / Thomas A. Pearson [et al.] // Circulation. — 2003. — V.107. — P. 499–511.
4. The association between white blood cell count and acute myocardial infarction in-hospital mortality: findings from the National Registry of Myocardial Infarction / M. Grzybowski [et al.] // AcadEmerg Med. — 2004. — V.11 (10). — P.1049–60.

**УДК 616-053.32.211-008.4**

## **ДЫХАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

*Гапонова А. Л., Назарова В. В.*

**Научный руководитель: ассистент О. А. Румянцева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Респираторные расстройства занимают одно из ведущих мест в патологии недоношенных детей, составляя до 80 % в первые дни жизни. Адаптация респираторной системы у недоношенных детей протекает в условиях морфологической и функциональной незрелости органов дыхания, что определяет склонность к частому развитию патологических процессов в легких, несмотря на значительные успехи, связанные с использованием современных технологий для выхаживания [1, 2].

### **Цель**

Изучить особенности течения респираторных расстройств у недоношенных новорожденных, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) в неонатальный период.

### **Материалы и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ 29 историй развития новорожденных с респираторным дистресс-синдромом (РДС), находившихся на лечении в ОАИР УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2»

Из 29 детей были выделены две исследуемые группы в зависимости от массы тела при рождении: первая группа — с ЭНМТ 17,2 % (5 чел), вторая группа — с ОНМТ 82,7 % (24 чел).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пренатальная профилактика РДС в первой исследуемой группе проводилась в 20 % случаев (1 мать), не проводилась в 80 % случаев (4 матери); во второй группе — в 13,6 % (3 матери) случаев, не проводилась — в 86,4 % случаев (19 матерей). Асфиксия при рождении в первой группе составила 60 % (3 ребенка); во второй группе — 20,8 % (5 детей). Респираторная поддержка III уровня с рождения проводилась в 100 % (5 детей) случаев в первой группе; во второй группе — в 83 % случаев (20 детей), средняя продолжительность которой составила 20 суток в первой группе и 10 суток во второй. Заместительная сурфактантная терапия при рождении проводилась в 100% случаев (5 детей) в первой исследуемой группе, во второй группе — в 75 % случаев (18 детей). В повторном введении сурфактанта нуждались 1 ребенок (20 %) из первой группы, 3 новорожденных (12,5 %) из второй группы. Потребность в кислороде в группе детей, рожденных с ЭНМТ, составила в пределах 25–30 % в 60 % случаев (3 ребенка), до 25 % — в 20 % случаев (1 ребенок) и более 30 % также в 20 % случаев (1 ребенок); в группе новорожденных с ОНМТ потребность в кислороде составила также 25–30 % в 45,8 % случаев (11 детей), более 30 % кислорода — в 20,8 % случаев (5 детей), до 25 % кислорода — в 16,7 % случаев (4 ребенка). Внутриутробная инфекция была выставлена в 100 % случаев в обеих исследуемых группах.

Анализируя результаты общего анализа крови, было выявлено, что в группе детей с ЭНМТ в 100 % случаев при рождении отмечалась анемия, из них 40 % (2 ребенка) тяжелой степени, во второй группе — в 50 % случаев, из них — в 4,2 % случаев (1 ребенок) — тяжелой степени. Анемический синдром разной степени тяжести наблюдался в течение всего неонатального периода. Лейкоцитоз отмечался во второй исследуемой группе у трех детей (12,5 %), тогда как у детей с ЭНМТ наблюдался на седьмые сутки жизни в 60 % случаев (3 ребенка). Напротив, для детей из первой исследуемой группы в первые сутки жизни характерна лейкопения в 40 % случаев (2 ребенка). Тромбоцитопения отмечалась в обеих исследуемых группах с максимальным снижением на третьи сутки жизни.

Повышение нейтрофильного индекса (более 0,25), как одного из показателей инфекционного процесса, в первые сутки жизни отмечалось в обеих исследуемых группах в 100 % случаев, при этом уровень CRP оставался в пределах нормы.

### **Выводы**

Таким образом, отсутствие проведения пренатальной профилактики РДС, наличие внутриутробной инфекции, способствовало более тяжелому течению респираторному дистресс-синдрому в обеих исследуемых группах. Также тяжесть РДС зависит от гестационного возраста: новорожденные из первой исследуемой группы нуждались в более длительной респираторной поддержке (в среднем 20 суток) по сравнению с новорожденными из второй группы (10 суток), несмотря на проведенную заместительную сурфактантную терапию, использование которой способствовало более низкой потребности в кислороде.

В общем анализе крови для новорожденных из первой исследуемой группы характерна лейкопения, в то время как для детей из второй группы уровень лейкоцитов оставался в пределах нормы. Для обеих групп отмечались анемия, тромбоцитопения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Рооз, Р. Неонатология. Практические рекомендации: пер. с нем./ Р. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте. — М.: Мед. лит., 2011. — 120 с.
2. Шабалов, Н. П. Неонатология / Н. П. Шабалов. — СПб.: Специальная литература, 2004. — Т. 1. — С. 295–367.