

Таблица 2 – Результаты УЗИ сердца у недоношенных детей

Результат	Абсолютное число	Проценты, %
Открытое овальное окно	48	98,0
Открытый артериальный проток	1	2,0
Дефект межпредсердной перегородки	1	2,0
Дефект межжелудочковой перегородки	1	2,0
Регургитация на митральном клапане	24	49,0
Регургитация на трикуспидальном клапане 1 степени	25	51,0
Повышение давления в лёгочной артерии	2	4,1

Выводы

1. У всех детей, родившихся преждевременно отмечалось функционирование фетальных коммуникаций в виде открытого овального окна и только у одного ребенка сохранился открытым артериальный проток.

2. Врожденный порок сердца выявлен у двоих детей.

3. У всех детей выслушивался систолический шум. У трети детей отличалось синусовая тахикардия.

У половины детей при УЗИ исследовании выявлена регургитация на клапанах.

4. Выявленные изменения диктуют необходимость дальнейшего мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы у недоношенных детей и проведения коррекции нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шумилов, П. В. Детская кардиология: учебник / П. В. Шумилов, Н. П. Котлу. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 584 с.
2. Морфофункциональное состояние сердечно-сосудистой системы у недоношенных с очень низкой массой тела в периоде ранней адаптации [Электронный ресурс]. // Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль, Российская Федерация. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/morfofunktsionalnoe-sostoyanie-serdechno-sosudistoy-sistemy-u-ndonoshennyh-s-ochen-nizkoy-massoy-tela-v-periodе-ranney-adaptatsii>. – Дата доступа: 21.03.2023.

УДК 616.155.194.113-053.3

Д. Ю. Лебешев, И. П. Карнацевич

Научный руководитель: ассистент О. А. Зайцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) – изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая в результате несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам. При этом антигены, имеющиеся на мембранах эритроцитов плода, отсутствуют у матери. При попадании таких эритроцитов в кровоток матери в ее организме вырабатываются соответствующие антитела [1]. Исходя из данных Международного общества переливания крови, выявлено более 300 антигенов эритроцитов, которые распределяются в 33 генетически независимых групповых системах крови [2]. Такие системы как: АВ0, резус, Келл, Дафф, MNSS, Льюис, Кидд и т. д. Главная роль клинического значения отводится конфликтам, возникающим при несовместимости по антигенам

системы АВ0 и резус, что объясняется их высокой иммуногенностью по сравнению с антигенами других групповых систем крови [3]. Гемолитическая болезнь новорожденных является одной из наиболее частых причин желтухи и анемий у новорожденных. Частота ГБН составляет от 3–6 % и приводит к серьезным осложнениям, к таким как билирубиновая энцефалопатия. Летальность составляет около 2,5 %. В связи с этими данными есть необходимость в изучении особенностей течения различных форм ГБН и профилактики возможных осложнений.

Цель

Оценить тяжесть течения различных форм гемолитической болезни новорожденных.

Материал и методы исследования

На базе Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» проведен ретроспективный анализ карт стационарных пациентов — новорожденных, родившихся за период 2020–2022 годы и болевших гемолитической болезнью новорожденных (ГБН) по резус-фактору или АВ0-системе. Проанализировано 50 стационарных карт. Учитывались такие факторы, как возраст матерей, паритет беременности и родов, уровень титров антител во время беременности, способ родоразрешения, состояние ребенка при рождении, весо-ростовые показатели, пол ребенка, клиническая форма ГБН, уровень гемоглобина при рождении, максимальный уровень подъема билирубина, возраст перевода в стационар. Данные об уровне пуповинного билирубина собраны не полностью, в исследовании не учитывались.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 50 детей исследуемой группы ГБН по резус-фактору наблюдалась у 31 ребенка (62 %), ГБН по АВ0 у 19 детей (38 %). Средний возраст матерей детей, имевших изоиммунизацию по резус-фактору, составил $33,3 \pm 4,9$ лет. Все дети (100 %), болевшие ГБН по резус-фактору, были от повторных беременностей и родов. У 7 матерей (23 %) – отягощенный анамнез по предыдущим беременностям (выкидыш, неразвивающаяся беременность), у 1 матери (3 %) предыдущий ребенок имел изоиммунизацию по резус-фактору. Средний возраст матерей детей, болевших ГБН по АВ0, составил $29,3 \pm 4,7$ лет. Из числа детей, имевших изоиммунизацию по АВ0, 5 (26 %), родились от 1 беременности и 1 родов, 2 ребенка (11 %) родились от 2 беременности и 1 родов, остальные 12 новорожденных (63 %) – от повторных беременностей и повторных родов. Диагностически значимые титры антител (1:16 и выше) во время беременности у матерей детей, болевших ГБН по резус-фактору, наблюдался у 26 (84 %) женщин. Из 50 детей исследуемой группы, 37 (74 %) родились естественным путем, 13 новорожденных (26 %) – путем операции кесарево сечение. Средний вес новорожденных составил 3150 ± 409 грамм. Рост $52 \pm 2,6$ см. Девочки составили 30 человек (60 %), 20 (40 %) – мальчики. Из числа новорожденных, имевших резус-конфликт – 11 (35 %) родились в состоянии асфиксии средней степени тяжести. Все дети, перенесшие ГБН по АВ0 (100 %), имели хорошие оценки по шкале Апгар и удовлетворительное состояние при рождении. По клиническим проявлениям: из 31 новорожденного, имевших резус-несовместимость с кровью матери, желтушная форма заболевания была диагностирована у 4 детей (13 %), 27 новорожденных (87 %) имели желтушно-анемическую форму болезни; из 19 новорожденных, имевших изоиммунизацию по АВ0, 11 детям (58 %) была выставлена желтушная форма заболевания, 8 (42 %) новорожденных были больны желтушно-анемической формой. Из числа детей, болевших ГБН по АВ0, 16 (84 %) имели группу крови А (II), 3 ребенка (16 %) – В (III). Средний уровень гемоглобина в общем анализе крови при рождении составил: у детей, болевших ГБН по резус-фактору 145 ± 34 г/л, у детей с изоиммунизацией по АВ0 – 158 ± 35 г/л. Средний уровень максимально высоких цифр общего билирубина у детей с изоиммуни-

зацией по резус-фактору составил 224 ± 62 мкмоль/л, у детей, имевших конфликт по АВ0 – 205 ± 64 мкмоль/л. Из 50 детей исследуемой группы, 37 новорожденных (74 %) имели внутриутробную инфекцию как сопутствующее заболевание. Средний возраст перевода из роддома в стационар для дальнейшего лечения и наблюдения составил для детей, имевших изоиммунизацию по резус-фактору $5,6 \pm 1,6$ суток жизни, для детей с изоиммунизацией по АВ0 $5,3 \pm 1,5$ суток жизни.

Выводы

Все новорожденные, болевшие ГБН по резус-фактору, родились от повторных беременностей и родов. Средний возраст матерей на момент родов был выше, чем у матерей детей, болевших ГБН по АВ0. У 84 % женщин, имевших резус-конфликт с плодом, отмечался повышенный титр антител во время беременности. 35 % детей с изоиммунизацией по резус-фактору родились в состоянии асфиксии. У детей с резус-конфликтом в 87 % случаев наблюдалась желтушно-анемическая форма, у детей с конфликтом по АВ0-системе чаще (58 %) встречалась желтушная форма заболевания. 84 % детей с ГБН по АВ0 имели А (II) группу крови. Средний уровень гемоглобина в первом анализе крови у детей с резус-конфликтом был ниже, чем у детей с конфликтом по группе крови. Максимально высокие цифры билирубина были выше у детей с ГБН по резус-фактору. Данный анализ позволяет сделать вывод о более тяжелом течении ГБН по резус-фактору в сравнении с ГБН по АВ0.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Володин, Н. Н. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание / Н. Н. Володин. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2013. – 896 с.
2. Mitra, R. Blood groups systems / R. Mitra, N. Mishra, G. P. Rath // Indian J Anaesthesia. – 2014. – № 58 (5). – P. 524–528.
3. Klein, H. Blood transfusion in clinical medicine / H. Klein, D. Anstee, P. Mollison // London: Blac-well Publishing. – 2005. – P. 891.

УДК 616.514-036.11-02-053.2

И. О. Лющёнок, Д. А. Винник

Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Н. В. Моторенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Введение

Крапивница (*urticaria*) – группа заболеваний, основным симптомом которых является уртикарный элемент на коже, представляющий собой отёк ограниченного участка, главным образом сосочкового слоя дермы, расширение лимфатических и кровеносных сосудов, незначительный периваскулярный инфильтрат, состоящий преимущественно из лимфоцитов [1]. Крапивница и аллергические отёки являются одной из наиболее частых клинических форм аллергической патологии в детском возрасте [2]. В практике педиатра крапивница встречается от 2 до 30 % случаев [3], но особенности течения и этиологии заболевания у детей изучены недостаточно. Крапивница и ангионевротический отёк, которые длятся не более 6 недель, относятся к острой форме заболевания.

Для острой крапивницы характерно быстрое появление волдырей и быстрое их исчезновение в течение 24 часов без формирования вторичных кожных элементов. Но в 40 % случаев патология сочетается с ангиоотёком век, губ, половых органов, слизистых оболочек (в том числе дыхательных путей и пищеварительного тракта), кожи конечностей. Поэтому важно учитывать, что острая крапивница может стать причиной ургентных ситуаций.