

**А. А. Ильченко**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Эйныш*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ РЕАНИМАЦИИ**

### ***Введение***

Основными осложнениями, с которыми поступают дети в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, являются болезни органов дыхания (врожденная пневмония, асфиксия в родах, аспирационный синдром, респираторный дистресс-синдром, пороки развития и незрелость легких), другие виды внутриутробных инфекций, глубокая недоношенность и различные пороки развития. Асфиксия при рождении продолжает оставаться одной из основных причин неврологической заболеваемости и смертности у новорожденных [1]. За последние десятилетия также возросла частота преждевременных родов в ранние гестационные сроки (менее 32 недель) и повысилась выживаемость недоношенных детей. При этом частота рождения недоношенных детей в мире колеблется от 4 до 16 % [2]. Врожденная пневмония – наиболее частое инфекционное осложнение среди госпитализированных новорожденных. Частота врожденных пневмоний составляет около 1 % среди доношенных и около 10 % у недоношенных детей и является причиной 10–38 % случаев летальных исходов [3]. Также большое влияние на состояние ребенка оказывает способ родоразрешения. Сейчас имеется тенденция к увеличению частоты абдоминального родоразрешения, что обусловлено увеличением числа беременных с различной экстрагенитальной патологией, а также внедрением в акушерскую практику современных методов лабораторной и инструментальной диагностики патологических состояний матери и плода во время беременности и родов. Дети, рожденные путем кесарева сечения (КС), имеют особенности, связанные с оперативным извлечением ребенка: это отсутствие механического сжатия грудной клетки плода и выдавливания фетальной жидкости, заполняющей легкие, что повышает риск развития дыхательной патологии и присоединения инфекции. Плод испытывает острую гипоксию и токсическое действие анестетиков, что ведет к нарушению процесса адаптации в раннем неонатальном периоде [4].

### ***Цель***

Проанализировать особенности состояния новорожденных, госпитализированных в отделение детской реанимации на основе оценки интранатальных, клинических и антропометрических показателей.

### ***Материал и методы исследования***

При исследовании был проведен анализ данных медицинских карт 70 новорожденных. Исследование проводилось на базе отделения анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии (ОАРИТ) для новорожденных и в физиологическом отделении новорожденных в ГУЗ ГГКБ № 3 в феврале – марте 2023 года. В ходе исследования были сформированы две группы новорожденных: основная группа – дети с патологическим течением периода новорожденности ( $n = 35$ ) и группа сравнения – здоровые доношенные дети ( $n = 35$ ). Изучались следующие факторы: возраст матерей, способ родоразрешения,

пол и масса тела ребенка при рождении, гестационный возраст (ГВ), проводилась оценка степени асфиксии при рождении по шкале Апгар, анализ результатов рентгенографии органов грудной клетки и нейросонографии головного мозга (НСГ).

Статистическая обработка и анализ исследуемых данных проводились в программе Microsoft Office Excel 2013 с применением описательной статистики (Me, ДИ) и непараметрических критериев ( $\chi^2$ ).

Различия считались статистически значимыми при  $P < 0,05$ .

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

Было установлено, что средний возраст рожениц для основной группы и группы сравнения составил: 26,9 лет и 28,7 лет соответственно. При этом в обеих группах преобладали матери оптимального (от 21 до 34 лет) фертильного возраста.

Количество детей, рожденных путем кесарева сечения, составило 13 (37,1 %), а в группе сравнения – 12 (34,3 %) ( $P = 0,4$ ).

При анализе распределения детей по полу обнаружилось, что количество мальчиков из основной группы незначительно превалировало над количеством мальчиков в группе сравнения: 51,4 % против 48,6 % ( $P = 0,8$ ).

Масса тела при рождении у больных пневмонией новорожденных находится в интервале 1,450–5,160 г (Me 3,051 г) против 2,980–4,360 г (Me 3,477 г) у здоровых детей ( $P = 0,7$ ). При этом количество детей из основной группы с массой тела 2500 г и менее составило 9 (25,7 %), а детей с массой тела свыше 4000 г – 3 (8,6 %). Следует отметить, что 2 из 3 крупных детей родились путем кесарева сечения. В группе сравнения не было выявлено детей с массой тела менее 2500 г. Количество детей с массой тела свыше 4000 г составило 4 (11,43 %), при этом все они родились естественным путем.

Средний срок гестации в основной группе составил 265,6 дней (ДИ 206–286). В данной группе 9 (25,7 %) из 35 детей родились недоношенными по гестационному возрасту. В группе сравнения средний срок гестации составил 276,3 дней (ДИ 259–290). В данной группе недоношенным по гестационному возрасту родился только 1 (2,9 %) ребенок из 35 ( $P = 0,006$ ).

По результатам оценки состояния детей при рождении было установлено, что в группе сравнения все 35 детей были рождены в удовлетворительном состоянии, без асфиксии на 1 и 5 минутах. В основной группе 7 (20,0 %) из 35 детей родились в состоянии умеренной степени асфиксии, медиана 8 баллов на 1 и на 5 минуте ( $p = 0,01$ ).

Все новорожденные из ОАРИТ с момента рождения имели дыхательную недостаточность (ДН), обусловленную наличием врожденной пневмонии у всех детей данной группы и недоношенностью у 9 детей. Преобладали новорожденные с ДН 1 ст. – 25 (71,4 %) против 4 (11,4 %) детей со 2 ст. ДН,  $P < 0,001$  и 6 (17,14 %) с 3 ст. ДН,  $P < 0,001$ .

По результатам рентгенографии органов грудной клетки у новорожденных в основной группе преобладали двусторонние полисегментарные пневмонии – 15 (42,9 %), а также правосторонние сегментарные нижнедолевые пневмонии – 34,2 % ( $n = 12$ ). У 7 новорожденных (20,0 %) была выявлена правосторонняя полисегментарная пневмония и у 1 (2,9 %) – двусторонняя очаговая пневмония.

Следует отметить, что у 27 (77,1 %) новорожденных наблюдалась церебральная депрессия, которая подтверждалась признаками гипоксических изменений вещества головного мозга при проведении нейросонографии.

В результате проведенного лечения, 28 (80,0 %) детей были переведены в педиатрическое отделение для недоношенных и новорожденных детей с перинатальной патологией ГКБ № 3 и в палаты интенсивной терапии (ПИТ), 5 (14,3 %) – в неврологическое отделение ГОДКБ и 2 (5,7 %) – в ОАРИТ ГОДКБ. ДИ времени лечения составил 2–9 дней при медиане 5,3 дня.

### **Выводы**

1. Новорожденные, госпитализированные в ОАРИТ, рождались в состоянии асфиксии умеренной степени статистически значимо чаще по сравнению с детьми из физиологического отделения,  $P = 0,01$ .

2. У новорожденных ОАРИТ значимо чаще отмечалась недоношенность по гестационному возрасту,  $P = 0,006$

3. У всех новорожденных, госпитализированных в ОАРИТ, была выявлена врожденная пневмония с дыхательной недостаточностью. Преобладали дети с ДН 1 степени – 71,4 %,  $P < 0,001$ , и двусторонними полисегментарными пневмониями – 42,9 %.

4. У 77,1 % новорожденных наблюдались УЗ-признаки гипоксических изменений вещества головного мозга.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Moral, Y. Neonatal hypoxiaischemia: cellular and molecular brain damage and therapeutic modulation of neurogenesis / Y. Moral, N. J. Robertson, F. Goni-de-Cerio // *Revue Neurologique*. – 2019. – Vol. 68, № 1. – P. 23–36.

2. Клестова, Е. О. Выживаемость и нарушение неврологического развития у детей, родившихся с экстремально низкой массой тела / Е. О. Клестова, С. Н. Стронина, С. А. Башкатова // *Молодой ученый*. – 2016. – № 4. – С. 283–285.

3. Шилова, Н. А. Этиология и патогенез врожденной пневмонии. Особенности у недоношенных детей / Н. А. Шилова // *Акушерство и гинекология*. – 2021. – № 2. – С. 40–47.

4. Кравченко, В. П. Сравнительная оценка развития детей, рожденных с помощью кесарева сечения и путем естественных родов / В. П. Кравченко // *Педиатрическая фармакология*. – 2009. – Т. 6, № 1. – С. 99–100.

**УДК 159.944.4:612.662]:378.6-057.875(476.2)**

**К. В. Казаков, Е. С. Гормаш**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Лашкевич  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОК ГОМГМУ**

#### **Введение**

Предменструальный синдром (далее ПМС), или синдром предменструального напряжения – комплекс эмоционально-психических и соматических симптомов, циклически возникающих в лютеиновую фазу менструального цикла и уменьшающихся или купирующихся с наступлением менструации. В англоязычной литературе тяжелая форма предменструального синдрома представлена термином «предменструальное дисфорическое расстройство» (ПДР) [1].

По данным различных авторов, частота ПМС колеблется в широких пределах и составляет от 20 до 90 % [2, 3]. Часто симптомы ПМС оказывают сильное влияние на повседневную жизнь женщин, значительно ухудшая ее качество и ограничивая профессиональную и бытовую деятельность. ПМС характеризуется такими симптомами, как раздражительность, эмоциональная лабильность, депрессивные мысли, отеки, боль и нагрубание молочных желез, головная боль, диспепсические явления, сердечный дискомфорт, перепады артериального давления. В зависимости от превалирования тех или иных симптомов, выделяют 4 основные формы ПМС: нервно-психическая, отечная, цефалгическая, кризовая [4].