

Таблица 1 — Структура заболеваний у детей с острым животом

Диагноз	Количество пациентов	
	абсолютное количество	%
Кишечная колика	46	32,7
Функциональное расстройство желудка	34	24,1
Функциональное расстройство кишечника	17	12,1
Острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом	13	9,2
Желчекаменная болезнь	8	5,7
Закрытая травма живота	6	4,3
Инвагинация кишечника	4	2,8
Неспецифический мезаденит	4	2,8
Первичный перитонит	3	2,1
Спаечно-кишечная непроходимость	2	1,4
Инородное тело желудочно-кишечного тракта	2	1,4
Хронический терминальный колит	1	0,7
Карциноид червеобразного отростка	1	0,7
ИТОГО	141	100,0

Выводы

Пациенты с острыми болями в животе достоверно чаще поступают в стационар самостоятельно, машиной скорой помощи доставляется лишь 1/3 пациентов. В структуре заболеваний госпитализированных детей с острыми болями в животе преобладают острый аппендицит, кишечная колика, функциональное расстройство желудка, функциональное расстройство кишечника, острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом.

Таким образом, несмотря на высокий уровень развития современной клинической медицины, проблема острого аппендицита в настоящее время сохраняет свою актуальность и остается одной из наиболее распространенных в экстренной абдоминальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острая боль в животе у детей: причины и механизмы формирования / Е. А. Романова [др.] // Педиатрическая фармакология. — 2017. — Т. 14, № 1. — С. 55–59.
2. Карасева, О. В. Острый живот в практике педиатра / О. В. Карасева // Педиатрическая фармакология. — 2011. — Т. 8, № 5. — С. 21–26.
3. Оценка сложных случаев болевого абдоминального синдрома у детей в условиях хирургического стационара / Б. Г. Сафронов [и др.] // Детская хирургия. — 2012. — № 2. — С. 33–35.
4. Айдлен, Дж. Т. Острая боль в животе и тазу / Дж. Т. Айдлен, С. Е. Долгин // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2017. — № 2–3. — С. 73–81.
5. ШUTOва, Е. В. Абдоминальный болевой синдром у детей и подростков: возможности терапии / Е. В. ШUTOва // Здоровье ребенка. — 2018. — Т. 13, № 5. — С. 495–500.

УДК 616-053.32

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НЕДОНОШЕННЫХ

Оршанская В. О., Изох К. М., Кишкурно В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Недоношенные дети представляют собой одну из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Актуальность изучения данной темы существенно возросла в последнее время в связи с внедрением новых критериев живорождения, рекомендуемых ВОЗ.

Сегодня в большинстве промышленно развитых стран мира недоношенными рождается 5–12,5 % детей. Показатели выживаемости недоношенных в развитых странах составляют более 90 % детей с массой 1000–1500 г, 80 % — детей с массой 750–1000 г, 50 % — детей массой менее 750 г при рождении.

Увеличение удельного веса недоношенных детей в популяции происходит, преимущественно, за счет детей, родившихся после 32 недель гестации.

Наметившаяся тенденция к увеличению числа недоношенных новорожденных в США и странах Европейского союза в определенной степени связана с ростом случаев сокращения продолжительности гестации при беременностях, наступивших вследствие использования современных репродуктивных технологий [1, 2, 3, 4].

Цель

Оценить факторы риска преждевременного рождения детей, состояние здоровья недоношенных.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование историй развития 67 новорожденных, родившихся в Гомельской областной клинической больнице с 1 января 2018 г. по 31 октября 2020 г. и истории родов их матерей. Статистическая обработка данных выполнена при помощи компьютерных программ «Statistica» 8.0 (StatSoft, USA) и «Microsoft Excel 2013». Статистически значимыми считались различия при достигнутом уровне значимости ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу составили 67 новорожденных, 41 (61,2 %) мальчик и 26 (38,8 %) девочек родившиеся преждевременно, среди которых значимо чаще встречались мальчики ($p = 0,0096$).

Определяющим понятие «недоношенность», согласно рекомендациям ВОЗ, является гестационный возраст [4]. В исследуемой группе средний срок гестации составил 33,3 (30,5; 35) недели. Первая беременность у женщин была в 37,3 % случаев (25 женщин). Средний возраст женщин анализируемой группы — 30 (26;34) лет. Возраст матерей старше 30 лет встречался в 50,8 % случаев (31 женщина), что является статистически значимым ($p = 0,0000001$).

Для выявления основных факторов риска и причин преждевременных родов нами был проанализирован акушерско-гинекологический анамнез матерей. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез выявлен в 91 % случаев. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Акушерско-гинекологическая патология женщин исследуемой группы

Акушерско-гинекологический анамнез	Исследуемая группа, n = 61
Медицинские аборты, самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность	17 (27,8 %)
Урогенитальные инфекции	15 (24,5 %)
Хроническая плацентарная недостаточность	12 (19,6 %)
Эрозия шейки матки	5 (11,3 %)
Истмико-цервикальна недостаточность (ИЦН)	4 (8,2 %)
Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)	6 (9,8 %)
Задержка развития плода	3 (4,9 %)
Аntenатальная гибель в анамнезе	1 (1,6 %)

Из таблицы 1 следует, что среди акушерско-гинекологической патологии, осложнившей пренатальный период, преобладали предшествующие медицинские аборты, самопроизвольные выкидыши и неразвивающаяся беременность в 27,8 % случаев. Наличие урогенитальной инфекции и хроническая плацентарная недостаточность диагностированы в 24,5 и в 19,6 % случаев соответственно.

У большинства женщин (35, 57,3 %) с помощью УЗИ визуализировались петрификаты и инфаркты плаценты, что соответствует преждевременному старению плаценты.

Ведущими факторами риска рождения недоношенных детей является наличие у матери хронических заболеваний и состояний, приводящих к длительным нарушениям питания плода. Соматическую патологию имели 65,7 % женщин. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Соматическая патология женщин исследуемой группы

Соматическая патология женщин	Исследуемая группа, n = 44
Патология сердечно-сосудистой системы	20 (32,8 %)
Патология почек и мочевыделительных органов	23 (37 %)
Патология желудочно-кишечного тракта	8 (13,1 %)
Сахарный диабет	6 (9,8 %)
Тиреоидная патология	10 (16,3 %)

Анализ антропометрических данных новорожденных: средний вес при рождении — 1985 (1400; 2300) г, средняя длина тела — 43 (39; 46) см.

Основная патология недоношенных исследуемой группы:

Патология мочевыделительной системы: гидронефроз (6 случаев, 8,9 %), удвоение почек (4 случая, 6 %), пиелэктазия (3 случая, 4,5 %).

Патология сердечно-сосудистой системы: аномальная хорда левого желудочка (7 случаев, 10,4 %), открытый артериальный проток (5 случаев, 7,5 %), дефект межжелудочковой перегородки (4 случая, 6 %), нарушение ритма сердца: АВ-блокада 1 степени (3 случая, 4,5 %), врожденный кардит (2 случая, 3 %), дефект межпредсердной перегородки (1 случай, 1,5 %).

Патология дыхательной системы: врожденная пневмония (56 случаев, 83,5 %), легочная гипертензия (6 случаев, 8,9 %), гидроторакс (3 случая, 4,5 %), легочное кровотечение (1 случай, 1,5 %).

Патология желудочно-кишечного тракта: парез кишечника и некротизирующий энтероколит (по 4 случая, 6 %), кальцинаты в печени (1 случай, 1,5 %).

Патология центральной нервной системы: церебральная депрессия (3 случая, 4,5 %), кровоизлияние в мозжечок (2 случая, 3 %), гидроцефалия и кровоизлияния в желудочки мозга (по 1 случаю, 1,5 %).

Выводы

Каждая третья женщина, родившая недоношенного ребенка, имела медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши и неразвивающиеся беременности в анамнезе. Урогенитальную инфекцию, хроническую плацентарную недостаточность имела каждая 4–5 женщина. У большинства женщин (57,3 %) диагностировано преждевременное старение плаценты.

Рождение ребенка недоношенным сопровождается увеличением заболеваемости и смертности. При этом выживаемость, дальнейший рост и развитие недоношенного зависят не только от срока родов, но и от эффективности медицинской помощи на всех этапах выхаживания.

Накопленный опыт мировой медицины говорит, что большая часть недоношенных детей имеют проблемы со здоровьем, в том числе и в отдаленные периоды жизни. Большинству из них необходимо длительное медицинское наблюдение для контроля, профилактики, реабилитации патологий, развившихся в перинатальный период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбарина, Е. Н. Дети с экстремально низкой массой тела: основные направления совершенствования помощи / Е. Н. Байбарина // Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии: матер. III Всерос. образовательного конгр., Москва, 23–26 нояб. 2010 г. / под ред. д.м.н. В. В. Зубкова [и др.]. — М., 2010. — С. 140–142.
2. Баранов, А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А. А. Баранов // Педиатрия. — 2012. — Т. 91, № 3. — С. 9–14.
3. Preterm birth and neurodevelopmental outcome: a review / C. Arpino [et al.] // Childs Nerv. Sys. — 2010. — Vol. 26, № 9. — P. 39–49.
4. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis / H. Blencowe [et al.] // CHERG/WHO. — 2010. — P. 88–97.