

Фесик Н.В., Ортеменка Є.П.

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЗА ШКАЛОЮ АПГАР НОВОНАРОДЖЕНИХ, ХВОРИХ НА ГІПОКСИЧНО-ІШЕМЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ, ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Гіпоксично-ішемчна енцефалопатія (ГІЕ) займає друге рангове місце серед причин інвалідності дітей і часто асоціює з асфіксією новонароджених. Але предикторна роль оцінки новонароджених за шкалою Апгар у верифікації асфіксії та реалізації ГІЕ залишається суперечливою та дискусійною.

Мета дослідження. Вивчити особливості оцінки за шкалою Апгар хворих на ГІЕ новонароджених з відповідною або низькою до гестаційного віку масою тіла.

Матеріали та методи. На базі відділення патології новонароджених ОДКЛ м. Чернівці обстежена 41 доношена дитина, госпіталізована з приводу ГІЕ. До першої (I) групи увійшли 28 пацієнтів із ГІЕ та нормальною масою тіла відносно терміну гестації, а другу (II) групу сформували 13 новонароджених з низькою до гестаційного віку масою тіла.

Результати. Попри відсутність в групах порівняння вірогідних відмінностей за показниками шкали Апгар на 1-й хвилині життя ($6,3 \pm 0,4$ бали в I групі та $6,9 \pm 0,4$ бали в II групі; $P > 0,05$), рівень Апгар-тесту ≤ 4 балів, що асоціює із тяжкою асфіксією новонароджених, зареєстрований у 22,2% дітей I групи та лише у 7,7% випадків у II групі ($P > 0,05$). Проте, у маловагових новонароджених на 1-й хвилині життя вдвічі частіше (61,5% дітей) відносно I групи (35,7% дітей; $P < 0,05$) траплялися респіраторні порушення, що потребували проведення штучної вентиляції легень. Незважаючи на те, що в обох клінічних групах оцінка за шкалою Апгар на 5-й хвилині, в середньому, відповідала задовільному стану новонароджених, у третини дітей (29,2% випадків у I групі та 33,3% спостережень у II групі) реєструвався результат Апгар-тесту ≤ 7 балів, що повсякчас асоціює з ризиком розвитку ГІЕ. До 5 хвилини життя у новонароджених обох клінічних груп відбулася стабілізація дихальної функції, але акроціаноз ще визначався у половини (50%) маловагових новонароджених та у третини (37,5%) дітей I групи ($P > 0,05$). У більшості представників I групи через 5 хвилин після народження мали місце ознаки пригнічення центральної нервової системи: м'язевий тонус та безумовні рефлексії, оцінені в 1 бал за шкалою Апгар, спостерігалися лише у 60% маловагових пацієнтів та у 81,3% ($P > 0,05$) і у 93,8% ($P < 0,05$) новонароджених I групи, відповідно.

Висновки. Тяжкий ступінь порушення неврологічного статусу, асоційований із низьким (≤ 4 балів) рівнем Апгар-тесту на 1-й хвилині, переважав серед новонароджених з відповідною гестаційною масою тіла. У маловагових дітей частіше траплялися респіраторні порушення в ранньому періоді новонародженості, які вимагали проведення респіраторної підтримки шляхом протезування функції дихання

Хазраткулова М.И.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЗАТЯЖНЫХ ЖЕЛТУХАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра педиатрии №2

(научный руководитель - к.мед.н. Хамидова А.Б.)

Актуальность. В настоящее время проблема желтухи у новорожденных детей приобретает новую актуальность в связи с наблюдающимся патомарфозом перинатальной патологии.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 86 больных новорожденных. Все новорожденные поступили на лечение и обследование в отделение ОПН Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра. Во всех случаях желтуха длилась более 14 дней. Учитывались клинико-anamnestические данные о течении беременности и родов у матери. Возбудителей TORCH инфекции у матерей выявлялось методами ИФА.

Результаты исследования: В группе наблюдаемых детей представлено 34 девочек (40%) и 52 мальчиков (60%). Анализ акушерского анамнеза и состояния здоровья матери свидетельствовал о наличии акушерской и соматической патологии: анемия 81 (94,4%), пиелонефрит 33 (38,3%), гестозы беременных 49 (57,7%), угрозы выкидыша 32 (37,2%), ОРВИ 41 (47,6%).

В случае 9 новорожденных уровень билирубина составлял 100-200 мкмоль/л, 56 новорожденных уровень билирубина составлял 200-300 мкмоль/л, у 21 новорожденных более 300 мкмоль/л, у 7 новорожденных уровень билирубина был выше 300 мкмоль/л, у этих новорожденных отмечались признаки билирубиновой энцефалопатии. При обследовании матерей на маркеры TORCH-комплекса инфекционная природа гипербилирубинемии была доказана в 88,2% случаев: моноинфекция - 58,8%, микстинфекция - 29,4%. Маркеры активной репликации цитомегаловируса обнаружены у 75,5% больных, вируса герпеса у 14,3%, уреоплазмоз установлен в 39,1% случаев, хламидиоз - 17,9%, токсоплазмоз у 1 ребенка.

Выводы. Таким образом инфекционный фактор как возможная причина пролонгированной гипербилирубинемии у детей раннего возраста выявляется в подавляющем большинстве случаев - 88%. Повсеместное внедрение в практику современных методов идентификации маркеров TORCH-инфекций позволяет своевременно провести этиотропную и патогенетическую терапию затяжных желтух у детей периода новорожденности и предупредить их инвалидизацию.