

Трухан О. Ю, Добрук Е. А.
**КОРРЕКЦИЯ ТЯЖЕЛЫХ АНЕМИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ
НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Научный руководитель ассист. Синица Л. Н.

2-я кафедра детских болезней

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. Частота ранней анемии недоношенных по данным разных авторов, колеблется от 16,5 до 91,3% и имеет обратную зависимость от гестационного возраста и массы тела при рождении. Основными причинами развития анемии являются обусловленные преждевременным рождением усиленный «физиологический» гемолиз эритроцитов, недостаточная функциональная и морфологическая зрелость костного мозга. Снижение продукции тканевых эритропоэтинов вследствие гипероксии, быстрое увеличение объема циркулирующей крови на фоне большей скорости прироста массы тела по сравнению с доношенными, укороченное время жизни эритроцитов, замедленное переключение синтеза с фетального гемоглобина на гемоглобин А, быстрый зажим пуповины, потери крови при лабораторных исследованиях, неблагоприятные факторы анте- и постнатального периода, перинатальные кровопотери – все эти факторы способствуют возникновению анемии у глубоко недоношенных детей в ранний неонатальный период.

Цель: провести анализ анемий у глубоко недоношенных детей, диагностированных в раннем неонатальном периоде и потребовавших гемотрансфузий для их коррекции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 33 медицинских карт стационарного пациента недоношенных детей, рожденных в сроке 32 недели и менее, госпитализированных в УЗ «ГОКПЦ» в 2017–2018 гг., у которых в раннем неонатальном периоде была диагностирована тяжелая анемия и проведена гемотрансфузия эритроцитарной массы. Дети исследованной группы имели массу тела при рождении от 700,0 до 2250,0 грамм, в среднем 1400,0 грамм. Были проанализированы временные аспекты проведенных переливаний препаратов крови, показатели общего анализа крови, возможные причины возникновения тяжелой анемии, эффективность коррекции анемии.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что у 11 детей (33%) исследованной группы тяжелая анемия была диагностирована сразу после рождения и в первые часы жизни проведена трансфузия эритроцитарной массы. У этих детей в общем анализе крови уровень гемоглобина составил от 104 до 140 г/л, в среднем 153 г/л; содержание эритроцитов было от $2,55$ до $4,01 \times 10^{12}/л$, в среднем $3,55 \times 10^{12}/л$, гематокрит от 28 до 31%, в среднем 28%. У остальных детей, потребовавших коррекции анемии путем гемотрансфузии в раннем неонатальном периоде, показатели «красной» крови характеризовались следующими показателями: уровень гемоглобина составил от 83 до 135 г/л, в среднем 117 г/л; содержание эритроцитов было от 2,3 до $4,22 \times 10^{12}/л$, в среднем $3,4 \times 10^{12}/л$, гематокрит от 22 до 41%, в среднем 34%. У 2 детей (6,1%) трансфузии эритроцитарной массы проводились в раннем неонатальном периоде дважды, а также у 2 детей – трижды. При дообследовании у исследуемых пациентов были выявлены следующая сопутствующая патология: ВЖК у 2 детей (6,1%), врожденная инфекция у 21 (64%), сепсис у 5 (15%). При анализе переливаемых трансфузионных сред установлено, индивидуальный подбор осуществлен 1 ребенку, остальным детям проведена трансфузия одноклеточной однорезусной эритроцитарной массы. В контрольном анализе крови, взятом после переливания эритроцитарной массы, уровень гемоглобина повысился в среднем на 47 г/л, гематокрит на 14%, содержание эритроцитов увеличилось на $1,7 \times 10^{12}/л$.

Выводы. Каждому третьему ребенку, которому проводилась трансфузия эритроцитарной массы в раннем неонатальном периоде, она потребовалась сразу после рождения, что может свидетельствовать о тяжести состояния пациентов с первых минут жизни, а также антенатальных и интранатальных причинах выявленных анемий у новорожденных.