

О.Д. Суша, А.А. Шевелёва

ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Е.Н. Альферович

2-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

O.D. Susha, H.A. Shevialiova

ADAPTATION PROBLEMS OF LATE PRETERM NEWBORNS

Tutor: PhD in Medicine, associate professor E.N. Alferovich

The 2nd Department of Childhood Diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Ретроспективный анализ выписных эпикризов поздних недоношенных показал, что при нормальной антропометрии и высоких оценках по Апгар (8/8–8/9 у 95%) 90,5% детей потребовали интенсивной терапии (дыхательная недостаточность, гипогликемия, инфекции). Отмечалась неврологическая симптоматика и малые аномалии сердца (62%), что требует обязательного катамнестического наблюдения.

Ключевые слова: поздние недоношенные, проблемы адаптации, невынашивание.

Resume. A retrospective analysis of discharge epicrisis of late prematurity showed that with normal anthropometry and high Apgar scores (8/8-8/9 in 95%), 90.5% of children required intensive therapy (respiratory failure, hypoglycemia, infections). Neurologic symptoms and minor cardiac abnormalities (62%) were noted, which requires mandatory follow-up.

Keywords: late preterm infants, adaptation problems, miscarriage.

Актуальность. В последние годы частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению и варьируется от 4 до 9,5%. Более 70% всех преждевременно рожденных детей это поздние недоношенные (от 34 0/7 до 36 6/7 недель). Таким образом, выхаживание поздних недоношенных является актуальной проблемой.

Цель: проанализировать материнский анамнез, уточнить факторы риска невынашивания, выделить проблемы ранней адаптации недоношенных детей и выявить наиболее значимые патологические состояния в данной группе.

Задачи:

1. Проанализировать материнский анамнез и установить наиболее значимые причины невынашивания.
2. Оценить параметры физического развития детей.
3. Выделить наиболее значимые патологические состояния в раннем неонатальном периоде у поздних недоношенных.
4. Сформировать представление об этапах выхаживания поздних недоношенных детей.

Материалы и методы. Проведен анализ выписных эпикризов новорожденных, рождённых в УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска в 2024-25 гг. Для анализа случайным образом отобран 21 поздний недоношенный, рожденный в сроке от 34 до 36 6/7 недель. Изучены: материнский анамнез, особенности течения данной беременности, наличие осложнений, экстрагенитальных и генитальных патологий, особенности течения родов. Среди показателей, характеризующих особенности течения неонатального периода, были изучены оценка по шкале Апгар, антропометрические показатели при рождении и выписке, патологические состояния

и заболевания в период новорожденности, а также их диагностика, лечение и коррекция. Анализ проведён при помощи программного обеспечения Excel.

Результаты и их обсуждение. Большинство (52,4%) недоношенных детей были рождены от 1-ой беременности. В 66,7% случаев роды были через естественные родовые пути. Одними из причин невынашивания беременности стали инфекции матерей различной локализации (61,9%), маточно-плацентарная недостаточность (23,8%), внутриутробная гипоксия вследствие анемии беременных (25,6%) (см. табл. 1). Интранатально гипоксию испытали 23,8% детей, вследствие обвития пуповиной (19%) и короткой пуповины (4,7%).

Табл. 1. Причины невынашивания

Причина невынашивания	Частота встречаемости
Инфекции различной локализации	61,9%
• кольпит	38,1%
• острые респираторные инфекции	25,6%
• инфекции мочевыводящих путей	14,3%
Внутриутробная гипоксия	42,9%
• анемия беременных	25,6%
• маточно-плацентарная недостаточность	23,8%
• преэклампсия	19,1%
Истмико-цервикальная недостаточность	23,8%
Гестационный сахарный диабет	19,1%
Полипы цервикального канала	4,8%
Ложные схватки до 37 нед.	4,8%

Антропометрические показатели поздних недоношенных по Fenton находились в пределах коридора 10-90 перцентиль по массе у 95% детей, в коридоре 90-97 перцентили - 5%, средняя масса по группе составила 2520 ± 320 г., средняя длина тела 46 ± 5 см. Удовлетворительную оценку по шкале Апгар 8/8 или 8/9 баллов имели 95% детей и только 1 ребёнок 5/ИВЛ, при этом с рождения только 2 ребенка из выборки могли находиться в отделении для новорожденных детей, а все остальные были переведены в отделение анестезиологии и реанимации (ОАиРН) в связи с нарастающей дыхательной недостаточностью. В ОАиРН дети нуждались в респираторной поддержке (57,1%), в коррекции гипогликемии (90,5%), антибактериальной терапии (61,9%; Рис. 1), фототерапии (28,6%) (Рис. 2).

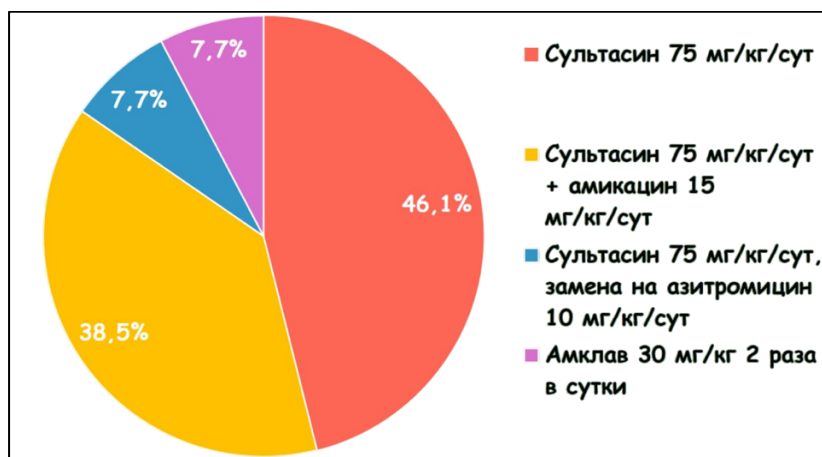


Рис. 1 – Стартовые антибиотики

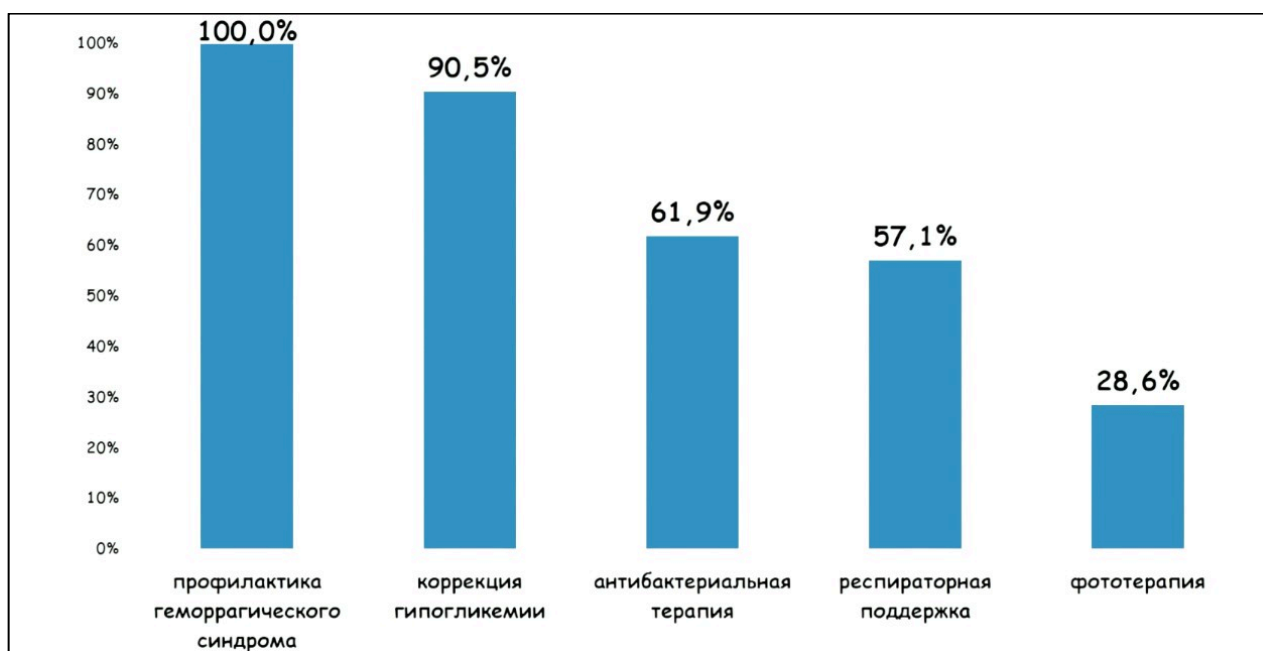


Рис. 2 – Терапия на первом этапе выхаживания

Перевод в специализированное отделение второго этапа выхаживания осуществлялся в среднем на 6 сутки, где недоношенные продолжали получать антибактериальную терапию (66,7%), инфузионную терапию (23,8%), фототерапию (14,3%) (Рис. 3).



Рис. 3 – Терапия на втором этапе выхаживания

При обследовании всех новорожденных использовались следующие инструментальные методы диагностики: ЭКГ, ЭХО-КГ, НСГ, УЗИ ОБП, ОАЭ. 66,7% недоношенных проводилось рентгенография ОГК и ОБП для оценки состояния лёгких в связи с наличием у них дыхательной недостаточности.

Всем новорожденным брался бактериологический посев из различных областей, таких как пупочный отросток, наружный слуховой проход, кровь, горло,

глаза, прямая кишка, в зависимости от показаний. У 42,9% недоношенных выявлялся *Staphylococcus epidermidis*, 28,6% - *Staphylococcus haemolyticus*, 23,8% - *Escherichia coli* и *Enterococcus faecalis*, 19,0% - *Klebsiella pneumoniae* и *Enterobacter cloacae*, 14,3% - *Staphylococcus aureus*, 9,5% - *Candida spp.*

Выписка в среднем осуществлялась на 16 сутки со средней прибавкой массы тела 290 г. Недоношенные дети преимущественно находились на смешанном вскармливании 61,9%, 28,6% на грудном и 9,5% на искусственном. Тяжесть состояния определялась дыхательными расстройствами (28,6%), неонатальной желтухой (67%), инфекциями специфичными для перинатального периода (23,8%). Все дети имели неврологическую симптоматику различной степени тяжести, что требует дальнейшего наблюдения данных пациентов у детских неврологов. Все дети были консультированы офтальмологом, патология сетчатки выявлена у 23,8% детей. Малые аномалии сердца выявлены у 62% недоношенных (Рис. 4).



Рис. 4 – Заключительные диагнозы

Выводы:

1. Преждевременно родились дети от женщин с инфекциями различной локализации, а также подвергшиеся хронической внутриутробной гипоксией, в особенности из-за нарушений маточно-плацентарного кровотока.
2. Антропометрические показатели поздних недоношенных детей находились в пределах нормальных значений относительно их срока гестации.
3. Оценка по шкале Апгар не является информативной оценкой состояния недоношенных, так как не отражает тяжесть их состояния.
4. Тяжесть состояния поздних недоношенных чаще определялась дыхательными расстройствами, неонатальной желтухой, инфекциями специфичными для перинатального периода. Все дети имели неврологическую симптоматику и нуждались в дальнейшем наблюдении и лечении в кабинетах катамнеза.

Литература

1. Шабалов, Н. П. Неонатология. Том 1 / Н. П. Шабалов. – 7-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 720 с.
2. Шабалов, Н. П. Неонатология. Том 2 / Н. П. Шабалов. – 7-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 752 с.
3. Устинович, А. А. Современные подходы к вскармливанию и оценке физического развития недоношенных новорожденных : учебно-методическое пособие / А. А. Устинович, А. К. Ткаченко, И. А. Логинова. – Минск : БГМУ, 2019. – 27 с
4. Устинович, А. А. Недоношенные новорожденные дети : учебно-методическое пособие / А. А. Устинович, А. К. Ткаченко, И. А. Логинова. – Минск : БГМУ, 2021. – 36 с.
5. Шайтор, В. М. Неотложная неонатология: краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 496 с.