

ВПЛИВ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ ТА ПЕРЕБІГ РАНЬОЇ АНЕМІЇ НЕДОНОШЕНИХ

*Ю.Ю. Шевченко, магістрант; Н.М. Забара, інтерн
Сумський державний університет*

ВСТУП

Частота ранньої анемії недоношених (РАН) досягає 53,7% [1]. Актуальність РАН зумовлена безпосередньою загрозою для життя новонародженого та рядом серйозних наслідків, спричинених цією патологією [2, 3]. РАН негативно впливає на інтелектуальний, психоемоційний, моторний і фізичний розвиток, імунну систему та ін. [4, 5].

Суперечливість даних щодо частоти РАН, факторів виникнення й патогенетичних ланок і через те значні труднощі, пов'язані з її лікуванням, зумовлюють актуальність вивчення даної проблеми [6,7,8,9,10].

МЕТА РОБОТИ

Вивчення впливу перинатальних факторів на частоту виникнення та перебіг ранньої анемії недоношених.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Дослідження проводилися на базі відділення II етапу виходжування недоношених дітей СОДКБ за даними архівного матеріалу історій хвороб недоношених новонароджених, що перебували на лікуванні, протягом 2003 року. Статистична обробка результатів проводилася за допомогою електронних таблиць Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз 157 історій хвороб дітей (52,9% хлопчиків, 47,1% дівчаток), що народилися передчасно в терміні вагітності 24 – 37 тижнів. Серед них було 53,5% (84) – I ступеня, 37,6% (59) – II ступеня, 8,9% (14) – III-IV ступенів недоношеності. Частота гіпотрофії становила при I ступені недоношеності 35,7% (30), серед них 63,3% (19) мали гіпотрофічний варіант ЗВУР, 23,3% - гіпопластичний, 6,6% (2) – диспластичний, 6,6% (2) мали постнатальну гіпотрофію; при II ступені – 27,3% (14), серед них 78,5% (11); 14,2% (2); 7,1% (1) мали гіпотрофічний, гіпопластичний і диспластичний варіанти ЗВУР відповідно і 7,1% (1) – постнатальну гіпотрофію; при III-IV ступенях - 7,1% (1) мали гіпотрофічний ЗВУР.

Дослідження проводилося починаючи з першого дня життя і до 1-2 - місячного віку.

Розвиток РАН (рівень гемоглобіну нижче 120 г/л) спостерігався у 63,3% (101) дітей. Вони були віднесені до основної групи. Діти, які не мали анемії, – до групи порівняння. Найчастіше анемія виникала у віці 18±2 доби.

Частота розвитку анемії залежала від ступеня недоношеності дитини. При недоношеності I ступеня частота анемії складала 48,8%; II ступеня – 79,7%; III-IV ступенів – 92,9%.

Крім гестаційного віку, суттєвий вплив на розвиток РАН мало багатопліддя.

Серед дітей основної групи 22,8% (23) були народжені від багатоплідної вагітності, тоді як у групі порівняння було 14,3% (8) близнюків.

Стан здоров'я матерів основної групи був гірший, ніж у групі порівняння. Так, частота серцево-судинних захворювань у них становила 6,9%, тобто майже у

3,9 разу більша, ніж у групі порівняння (1,8%). Тоді як анемія вагітних на розвиток РАН не впливала (55,4% - в основній групі, 69,9% - у групі порівняння), що суперечить даним літератури [6,7,8,9,10]. Частота хронічного аднекситу у матерів основної групи склала 4%, що у 2,3 разу більше, ніж у групі порівняння (1,7%).

Таблиця 1 - Вплив захворювань матері, ускладнень вагітності та пологів на частоту виникнення РАН

Група	Захворювання матері		Ускладнення вагітності			Ускладнення пологів	
	захв.ССС	Хр.аднексит	токсикоз I	гестоз	нефропатія	Кесарів розтин	
Основна	%	6,9	4,0	7,9	4,0	18,8	15,8
Порівняння	%	1,8	1,8	3,6	1,8	8,9	7,1

Ускладнення вагітності значно частіше траплялося в основній групі. Токсикоз першої половини вагітності, гестоз та нефропатія вагітних в основній групі виявлялися в 2 рази частіше. Так, ці показники склали в основній і порівняльній групах відповідно: токсикоз I половини вагітності – 7,9% і 3,6%; гестоз – 4,0% і 1,8%; нефропатія вагітних – 18,8% і 8,9%. В основній групі кількість дітей народжених кесаревим розтином склала 15,8%, що у 2 рази вище, ніж у групі порівняння, – 7,1%. Результати візуалізовано на рис.1.

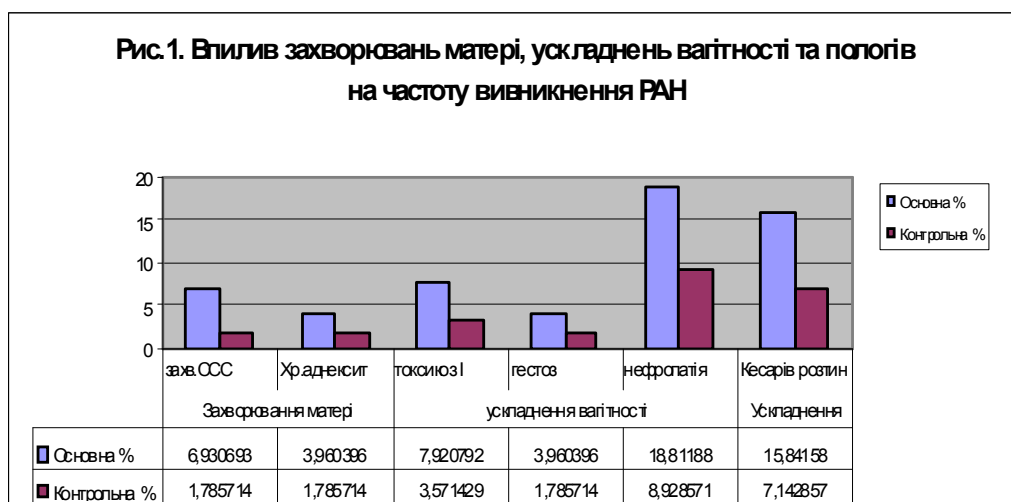


Рисунок 1 – Вплив захворювань матері, ускладнень вагітності та пологів на частоту виникнення РАН

Серед недоношених, що перебували на лікуванні в СОДКБ в 2003 році, 50 дітей перебували на природному, 50 – на змішаному, 50 - на штучному вигодовуванні. Частота анемії у дітей, які отримували штучне вигодовування, була більшою (82%), ніж у тих, що перебували на природному (60%) та змішаному (56%) вигодовуванні (рис. 2)

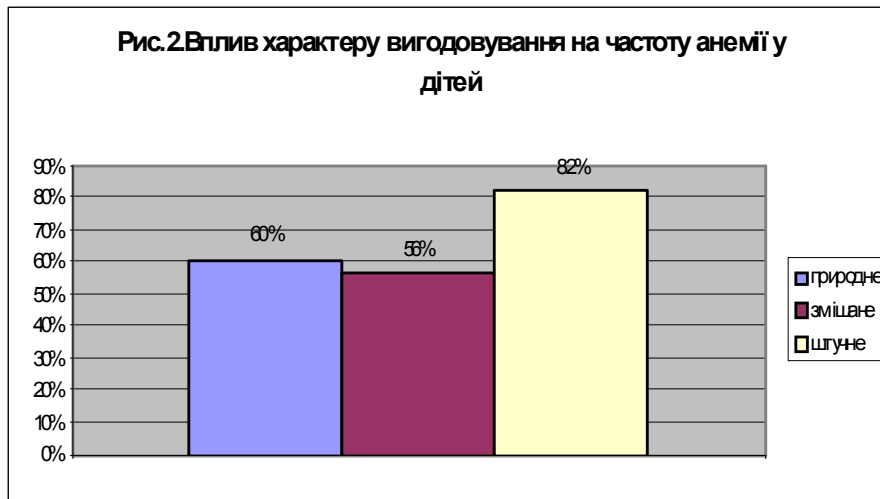


Рисунок 2 – Вплив характеру вигодовування на частоту анемії у дітей

Стан здоров'я дітей основної групи і групи порівняння відрізнявся. У дітей основної групи частіше виявлялися вроджені вади розвитку (45,5%- основна, 19,6% - група порівняння). Синдром дихальних розладів траплявся лише в основній групі з частотою 7,9%. Частота неврологічних захворювань дітей (гіпоксичне ураження НС, синдром пригнічення, шлуночкові крововиливи), інфекційно-запальних захворювань, гемолітичної та геморагічної хвороби новонароджених, кон'югаційної жовтяниці в основній та порівняльній групах суттєво не відрізнялася.

ВИСНОВКИ

- 1 Суттєвий негативний вплив на частоту розвитку РАН мають: багатоплідна вагітність, серцево-судинні захворювання матері, ГРВІ, перенесені нею під час вагітності, ускладнення вагітності, такі, як токсикоз I половини, гестоз, нефропатія вагітних, розродження кесаревим розтином.
- 2 Штучне вигодовування негативно впливає на показники крові недоношених.

SUMMARY

Under supervision there were 157 children who were born prematurely in term of pregnancy 24 - 37 weeks, since the first day of a life and up to 1-2 monthly age. Frequency of an early anemia at them makes 63,3 %. The probability of development of an early anemia of prematurely born themes is more than above premature degree of child. And at III-IV degrees makes 92,9 %. The essential negative phenomenon on parameters of blood have: multiple pregnancy, cardiovascular diseases of mother, ARVI transferred by her during pregnancy, complication of pregnancy such as toxicosis I of half, gestosis, nephropatia of pregnant women, Kesarev's section, artificial feeding negatively influences parameters of blood prematurely born.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Яблонь О.С. Особенности выхаживания глубоконедоношенных детей с транзиторным иммунодефицитом и ранней анемией: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.10 / Винницкий мед. ин-т. – Киев, 1991. – С.24.
2. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С. Анемия у недоношенных детей // Consilium-medicum. – 2002. – Т. 5, № 10. - С. 31-34.
3. Пясецкая Н.М. Современный взгляд на проблему ранней анемии недоношенных // Актуальні питання неонатології. – Київ. -2003. – С. 111-116.
4. Walter T., De Andraca I., Chadud P., Perales C.G. Железodefицитная анемия: влияние на психомоторное развитие детей младенческого возраста // Pediatrics. – 1989. - Vol. 84: 7.
5. De Andraca I., Walter T., Castillo M., Pino P., Rivera F., Cobo C. Влияние железodefицитной анемии, перенесенной в младенчестве, на психологическое развитие в дошкольном возрасте: результаты продольного исследования // Nestle Foundation Nutrition Annual Report. – 1990. – P. 53-62.
6. Майданик В.Г., Маркевич В.Е., Пилипець І.В. Феритиновий статус вагітних з анемією та їх новонароджених // Вісник СумДУ. – 2001. - №1(22). – С. 96.
7. Маркевич В.Е., Пилипець І.В. Вплив анемії вагітних на стан еритропоетинсинтезуючої функції у новонароджених дітей // ПАГ. – 2000. - №6. – С.21-24.
8. Маркевич В.Е., Пилипець І.В., Бабар Т.Б. Вплив анемії вагітних на стан червоної крові новонароджених дітей // Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції „Особливості становлення репродуктивної функції у дівчат та її порушення”. – Чернівці. – 14-15 вересня 2000р. // Буковинський медичний

- вісник. - №2-8. – С.174-176.
9. Маркевич В.Е., Пилипець І.В. Вміст мікроелементів в еритроцитах новонароджених дітей від матерів з анемією вагітних // Матеріали спільної українсько-польської науково-практичної конференції неонатологів „Нові технології в наданні медичної допомоги новонародженим”. - 30 травня – 1 червня 2000 р. - Київ. - С.120.
 10. Маркевич В.Е., Пилипець І.В. Вплив анемії вагітних на еритропоез у новонароджених дітей // ПАГ. – 2001. - №3. – С.30-34.

Надійшла до редакції 30 квітня 2004 р.