

Всего	7	Всего	7	Всего	10	Всего	5
1-е сутки	3	1-е сутки	4	1-е сутки	7	1-е сутки	8
2-е сутки	2	2-е сутки	3	2-е сутки	2	2-е сутки	
3-и сутки и последующие	2	3-и сутки и последующие	0	3-и сутки и последующие	1	3-и сутки и последующие	

Анкетирование показало, что о существовании методов тренировки мышц тазового дна осведомлены 51%. Подобную информацию от врача получали только 18% женщин. Во время беременности, упражнения для тренировки мышц тазового дна делали только 22% женщин. Знают о том, что существуют специальные тренажеры для мышц тазового дна 30% опрошенных, однако никто из проанкетированных их не использовал.

Выводы.

1. Стрессовое недержание мочи после родов возникает у 7% женщин, ургентное недержание мочи – у 7% женщин, смешанное недержание мочи у 10% женщин.

2. Расстройства мочеиспускания развиваются преимущественно в первые сутки после родов.

3. Затруднения мочеиспускания у женщин после родов возникали у 25%, преимущественно в первые сутки после родов.

3. О методах тренировки мышц тазового дна знает 52% женщин, однако несмотря на широкую распространенность недержания мочи во время беременности, только каждая пятая женщина выполняет упражнения для тренировки мышц промежности, а тренажерами не пользуется ни одна женщина.

4. Необходимы дальнейшие исследования о факторах риска, патогенезе, диагностике, возможностях лечения и профилактики недержания мочи во время беременности и в послеродовой период.

Литература

1. Нечипоренко, А.Н. Генитальный пролапс: с электр. прил. / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строчкий. – Минск :Вышэйшая школа, 2014. – 399 с.: ил. + электрон. опт. Диск (CD-R).

2. Нечипоренко, Н.А. Урогинекология : учеб. пособие / Н.А. Нечипоренко, М.В. Кажина, В.В. Спас. – Мн. : Выш. шк., 2005. – 205 с.

3. KahyaogluSut, H. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period / H. Kahyaoglu, Sut Balkanli Kaplan // NeurourolUrodyn. – 2015 Feb 3. – Vol. 9999. – P. 1-6.

4. Bozkurt, M. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor / M. Bozkurt, A.E. Yumru, L Şahin // Taiwan J Obstet Gynecol. – 2014 Dec. – Vol. 53, N 4. – P. 452-8.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ У НОВОРОЖДЕННЫХ НИЗКИХ ГЕСТАЦИОННЫХ СРОКОВ

Потанова В.Е.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Анемия является одной из наиболее частых патологий у детей раннего возраста, среди недоношенных на первом году жизни анемия развивается практически у всех. При этом тяжесть течения тем выше, чем меньше гестационный возраст ребенка. В первые месяцы жизни у недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении (менее 1500 г) и гестационным возрастом менее 32 недель тяжелая анемия, требующая переливание эритроцитарной массы, составляет до 90% [1]. В патогенезе ранней анемии недоношенных играет роль не только формирование дефицита железа, характерного для всех детей раннего возраста, но и факторы незавершенного онтогенеза, в частности, преобладание экстремедулярного типа кроветворения. Для недоношенных детей характерны морфологические изменения эритроцитов. Так, эритроциты аномальной формы составляют 27%, в связи с чем, период их жизни в 2 раза меньше, чем у доношенного ребенка (15 – 35 дней). Укорочению жизни эритроцитов могут способствовать особенности строения их мембран и нарушение проницаемости, в том числе при недостаточности витамина Е, который локализуется в мембранах и активно участвует в перекисном фосфорилировании. Дефицит витамина Е наблюдается у 86% недоношенных детей [2,4]. Уровень гемоглобина также зависит от срока гестации, составляя на 10-й неделе в среднем 90 г/л, а к 38-й неделе 170±20 г/л [3].

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости ранней анемии у недоношенных новорожденных и рисков ее развития у детей низких гестационных сроков.

Материал и методы. В ходе исследования под нашим наблюдением находилось 40 новорожденных с клинической картиной ранней анемии, срок гестации варьировал от 26 до 32 недель и в среднем составил 29,56 ± 0,27. Дети находились на обследовании и лечении в педиатрическом отделении для недоношенных детей (II этап

выхаживания), куда переводились из роддомов г. Витебска и ЦРБ на 12– 21 ($14,8 \pm 0,48$) сутки жизни. Все дети были обследованы клинически и лабораторно. При этом анализ антенатального развития детей обследованной группы показал, что у всех из них имело место осложненное течение внутриутробного периода. Наиболее часто встречающимися осложнениями беременности явились: угроза прерывания, многоводие, задержка внутриутробного развития плода, хроническая внутриматочная гипоксия, фетоплацентарная недостаточность, истмико-цервикальная недостаточность, кольпит, гестоз второй половины беременности. Антропометрические данные детей исследуемой группы показали, что средний вес составил 1290 ± 124 г, длина тела $36 \pm 0,7$ см. В клинической картине у обследованных детей доминировали признаки поражения ЦНС, причем ведущим явился синдром угнетения. Наряду с поражением ЦНС, наиболее часто в патологический процесс вовлекалась система органов дыхания. У обследованных детей также отмечались неонатальная желтуха, вторичная кардиопатия, функционирующее овальное окно. Всем детям проводилась терапия согласно выставленным диагнозам в соответствии с отраслевыми стандартами.

Результаты и обсуждения. Концентрации гемоглобина в пупочной крови недоношенных детей исследуемой группы не отличались значительно от норматива для доношенных ($173 \pm 6,5$). Дальнейшее снижение концентрации гемоглобина у пациентов выбранной группы происходило значительно быстрее, чем в норме у новорожденных детей, было более значительным по величине и находилось в обратной зависимости от гестационного возраста. Уровень гемоглобина менее 110 г/л у детей исследуемой группы определялся в сроке $18 \pm 2,1$ день жизни, при этом количество ретикулоцитов так же оставалось низким $19 \pm 1,2\%$, гематокрит составлял $27 \pm 0,9\%$. При микроскопии определялись анизоцитоз и анизохромия. Всем детям была произведена гемотрансфузия (переливание препарата ЭМОЛТ). Показаниями явились гематокрит менее 27%, гемоглобин менее 70г/л, тяжелое состояние пациента по основному заболеванию. Сроки возникновения показания для применения препаратов крови возникали на $34 \pm 4,6$ день жизни. Осложнения после переливания ЭМОЛТа не было выявлено.

Выводы.

1. Ранняя анемия недоношенных развивается у 100% детей, рожденных в сроке гестации менее 32 недель.
2. На развитие ранней анемии недоношенных в большей степени влияет гестационный срок, чем вес на момент рождения.
3. В развитии ранней анемии недоношенных ведущим патогенетическим механизмом является не только железодефицитное состояние, но и нарушение в онтогенезе, недостаточность витаминов и низкая продукция эритропоэтина.
4. Необходимо разработать схемы проведения специфической профилактики ранней анемии у недоношенных новорожденных с целью снижения случаев применения препаратов крови в терапии таких пациентов.

Литература

1. Дегтярев, Д.Н. Современные представления о патогенезе и лечении анемии у недоношенных детей / Д.Н. Дегтярев, Н.А. Курмашева, Н.Н. Володин // Лекции кафедры неонатологии. – ФУВ РГМУ, 1994.
2. Кишкун, А.А. Клиническая лабораторная диагностика : учеб. пособие. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
3. Messer, Y. Erythropoetin and iron in the anemia of prematurity / Y. Messer, B. Escande. – TATM, 1999. – P.15-17.
4. Жетишев, Р.А. Анемии новорожденных : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.А. Жетишев. – СПб., 2002. – 18 с.

ВЕСОВЫЕ СООТНОШЕНИЯ ТИМУСА И НАДПОЧЕЧНИКОВ У АНТЕНАТАЛЬНО ПОГИБШИХ ПЛОДОВ

*Пчельникова Е.Ф., Товсташев А.Л., Кичкайло М.В.
УО « Витебский государственный медицинский университет »*

Актуальность. Проблема внезапной смерти ребенка на фоне относительного клинического благополучия и отсутствия выраженных патоморфологических находок постоянно находится в центре внимания педиатров, детских патологоанатомов и судебных медиков. Феномен известен как «синдром внезапной смерти детей первого года жизни» (СВС) и с наибольшей частотой наблюдается у детей 2-4 месяцев жизни. По данным литературы, частота СВС составляет от 0,2 до 3,5 случаев на 500 живорожденных детей (1, 2). К числу характерных патологоанатомических находок, описываемых у детей, погибших вследствие СВС, относится тимомегалия.

Врожденная тимомегалия сочетается с пороками развития, дисфункцией половых желез, хронической недостаточностью и гипоплазией надпочечников. В связи с эндокринными нарушениями, под влиянием стрессовых факторов может наступить внезапная смерть.