ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ

© Иваненкова Юлия Андреевна, Харламова Наталья Валерьевна, Кузьменко Галина Николаевна, Матвеева Екатерина Александровна

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова» Минздрава России, 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, 20, email-uliaivanenkova70987@gmail.com

Ключевые слова: новорожденный ребенок, ранняя анемия недоношенных, энтеральное питание.

Введение. Тема о выхаживании детей рожденных раньше срока остается актуальной. Ранняя анемия недоношенных (РАН) одно из заболеваний наиболее часто встречающиеся у этой группы новорожденных. РАН — полиэтиологическое заболевание, патогенез которого до конца не изучен.

Цель исследования. выявить факторы риска развития ранней анемии недоношенных.

Материалы и методы. Обследовано 103 новорожденных гестационного возраста 24–34 недели с массой тела при рождении менее 1500г. Использованы клинические и лабораторные методы исследования, выкопировка данных из формы №003/у "Медицинская карта стационарного больного". В зависимости от наличия ранней анемии недоношенных в возрасте 4–6 неделе жизни обследованные недоношенные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 76 недоношенных новорожденных с диагнозом ранняя анемия недоношенных. Во вторую группу вошли 27 недоношенных новорожденных без ранней анемии недоношенных. Критериями постановки диагноза РАН были: клиническая картина и снижение гемоглобина менее 110 г/л.

Результаты. В группе детей с РАН, развившейся к месяцу жизни, с ЭНМТ было 51% детей, что достоверно больше ($p<0,05$), чем в группе без анемии — 7%. В первой группе недоношенных со сроком гестации менее 28 недель зарегистрировано 24% детей, что также достоверно больше ($p<0,05$), чем в группе детей без ранней анемии — 4%. Синдром задержки развития плода: новорожденные малые или маловесные к сроку гестации, диагностирован в обеих группах: в первой группе у 26% пациентов, во второй — у 37% детей ($p>0,05$). Осложненный акушерско-гинекологической анамнез зафиксирован у матерей обеих групп: в первой группе — у 96%, во второй группе — у 81%, в том числе в первой группе значимо чаще были зарегистрированы самопроизвольные прерывания беременности (42% и 7%, соответственно, $p<0,05$). Наиболее часто беременность в обеих группах была осложнена такими патологическими состояниями, как анемия, плацентарная недостаточность, преэклампсия, кольпит ($p>0,05$). Тяжелую асфиксию при рождении значимо чаще имели новорожденные первой группы (26% детей), во второй лишь — 7% ($p<0,05$). Все дети в раннем неонатальном периоде получали респираторную поддержку: 22% новорожденным первой группы потребовалась традиционная искусственная вентиляция легких, 7% — во второй группе. Препараты сурфактанта эндотрахеально вводились 52% детей первой группы, и только 11% детей второй группы, $p<0,05$. Установлено, что на формирование ранней анемии недоношенных существенное значение оказывают сроки назначения и темпы увеличения энтерального питания: выявлено, что у детей сформировавших РАН, срок назначения и день достижения объема энтерального питания объемом 50мл/кг был значительно выше, чем у детей, не сформировавших РАН- в первой группе — это 11 (9; 15) сутки жизни, у детей второй группы — 15 (12; 22) сутки жизни, ($p=0,007$). Проведенный корреляционный анализ показал отрицательную достоверную связь между сроком расширения объема питания до 50мл/кг и количеством гемоглобина $R=-0,31$ ($p=0,002$) и эритроцитов $R=-0,38$ ($p=0,000$) в общем анализе периферической крови в 1 месяц.

Выводы. Таким образом, формированию ранней анемии недоношенных способствуют: срок гестации менее 28 недель, ЭНМТ при рождении, наличие самопроизвольных прерываний беременности в анамнезе у матери, тяжесть асфиксии при рождении, тяжесть дыхательных расстройств, требующих проведения искусственной вентиляции легких и введения сурфактанта, а также сроки назначения и темпы расширения энтерального питания.