

детей раннего возраста, ведущее значение имеет цитомегалия. Известно, что ЦМВ обладает выраженной иммуносупрессивной способностью и при внутриутробном инфицировании способствует длительной персистенции и отсроченной манифестации в постнатальном периоде. Физиологическая иммунная недостаточность детей раннего возраста в совокупности с иммуносупрессивным действием ЦМВ обуславливают клиническую симптоматику врожденной/приобретенной ЦМВ инфекции

#### **Список литературы**

1. Лобзин Ю.В. Врожденные инфекции: клиника, диагностика, лечение, профилактика: учебное пособие для врачей / Ю.В. Лобзин, ред. 2-е изд. Санкт-Петербург: Тактик-Студио. – 2013. – С.104

2. Лобзин Ю.В. Ключевые аспекты проблемы врожденных инфекций / Лобзин Ю.В., Васильев В.В. // Инфектология. – 2014. – №6(3). – С.5-14

УДК 616.34-002.153

**Дорофеева А.Д., Юдицкий А.Д.**  
**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЧЕСКОГО  
ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Кафедра педиатрии и неонатологии  
Ижевская государственная медицинская академия  
Ижевск, Российская Федерация

**Dorofeeva A.D., Yuditskiy A.D.**  
**CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF NECROTIC  
ENTEROCOLITIS IN PRETERM INFANTS**

Department of Pediatrics and neonatology  
Izhevsk State Medical Academy  
Izhevsk, Russian Federation

E-mail: Sasha7a22@mail.ru

**Аннотация.** В данной статье рассмотрена проблема некротического энтероколита у новорожденных детей, особенности клинических и лабораторных данных при данном заболевании в зависимости от гестационного возраста.

**Annotation.** This article deals with the problem of necrotizing enterocolitis in newborns, the features of clinical and laboratory data for this disease, depending on the gestational age.

**Ключевые слова:** педиатрия, неонатология, некротический энтероколит, недоношенные.

**Key words:** Pediatrics, neonatology, necrotic enterocolitis, preterm infants.

## **Введение**

Заболеваемость некротическим энтероколитом (НЭК) у новорожденных, по данным различных авторов, находится в пределах от 0,3 до 3,0 на 1000 детей. Показатель смертности значительно возрастает среди недоношенных, а также детей с задержкой внутриутробного развития и колеблется в пределах от 28,0 до 54,0%. [1;3;4] После оперативных вмешательств летальность достигает 60,0-100%, что особенно актуально для детей с экстремально низкой массой тела при рождении и гестационным возрастом менее 30 недель. [2;5;6]

**Цель исследования** – выявить закономерности клинической картины и лабораторных изменений при некротическом энтероколите у недоношенных детей разного гестационного возраста.

## **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 46 историй болезни новорожденных детей, проходивших лечение в реанимационных отделениях БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» и «1 РКБ МЗ УР» в 2016-2019 гг. с диагнозом «Некротический энтероколит». Группу 1 составили 24 новорожденных с гестационным возрастом 22-31 неделя, группу 2 – 17 новорожденных с гестационным возрастом 32-36 недель. Оценивали данные анамнеза, особенности клинического и лабораторного статуса в неонатальном периоде. Статистическая обработка проводилась при помощи непараметрических методов  $\chi^2$  и Манна-Уитни (программа Microsoft Excel, SPSS 17.0).

## **Результаты исследования и их обсуждение**

По данным акушерского анамнеза у матерей обследованных группы 1 с большей частотой регистрировались эрозия шейки матки (20,8%, в группе 2 – 5,8%,  $p < 0,05$ ), респираторные инфекции (66,7% и 29,4%,  $p < 0,05$ ), анемия (45,8% и 23,5%,  $p < 0,05$ ). Оперативное родоразрешение проведено в 83,3% случаев в группе 1 и в 71% – в группе 2. Медиана массы тела при рождении у детей в группе 1 составила 1015,0 [911,25; 1257,5] г ( $p < 0,05$ ), а в группе 2 – 1760,0 [1616,0; 2120,0] г. Высокая частота задержки внутриутробного развития наблюдалась у недоношенных с гестационным возрастом 32-36 недель (29,4%). Наиболее тяжелое течение периода адаптации отмечено у новорожденных с гестационным возрастом 22-31 неделя с высокой частотой регистрации асфиксии (54,2%, в группе детей с гестационным возрастом 32-36 недель – 47,1%,  $p < 0,05$ ), гипоксического поражения головного мозга (100% в обеих группах,  $p > 0,05$ ), респираторных нарушений (70,8% и 23,5%,  $p < 0,05$ ), сепсиса (29,2% и 0%,  $p < 0,05$ ), ДВС-синдрома (25,0% и 0%,  $p < 0,05$ ). Дебют некротического энтероколита пришелся на 5,0 [4,2; 6,0] сутки жизни в 1 группе, и на 4,0 [3,5; 5,0] сутки во 2 группе ( $p > 0,05$ ).

Из клинических проявлений у большинства обследованных наблюдались проявления пареза кишечника (в группе 1 – 55,5%, в группе 2 – 69,8%,  $p > 0,05$ ) и повышенная чувствительность при пальпации живота (58,0% и 45,8% соответственно,  $p > 0,05$ ), при этом у детей с гестационным возрастом 22-31 неделя достоверно чаще регистрировали плохое усвоение энтерального питания

(66,0%, в группе 2 – 35,2%,  $p < 0,05$ ), цианоз (58,4%, в группе 2 – 17,6%,  $p < 0,05$ ), наличие крови в стуле (11,9%, в группе 2 – 0%,  $p < 0,05$ ), отсутствие кишечных шумов (16,6%, в группе 2 – 5,8%,  $p < 0,05$ ). Среди детей с гестационным возрастом 32-36 недель в дебюте НЭК преимущественно наблюдалось беспокойное поведение (29,0%, в группе 1 – 4,2%,  $p < 0,05$ ) и вялая перистальтика кишечника (64,0%, в группе 1 – 36,9%,  $p < 0,05$ ).

При анализе лабораторных данных наиболее яркие изменения выявлены со стороны красной крови: анемия отмечена у 33,0% детей 1 группы (в группе 2 – 17,6%,  $p < 0,05$ ). Содержание эритроцитов и гемоглобина в группе 1 составило  $4,2 \cdot 10^{12}$  л [ $3,22 \cdot 10^{12}$  л;  $5 \cdot 10^{12}$  л] и 145,0 [130,5; 162,0] г/л ( $p < 0,05$ ) соответственно. Во 2 группе значения данных показателей –  $4,8 \cdot 10^{12}$  л [ $3,8 \cdot 10^{12}$  л;  $5,6 \cdot 10^{12}$  л] и 157,0 [139,0; 183,0] г/л ( $p < 0,05$ ). Несомненное клиническое значение имеют проявления надпочечниковой недостаточности, зарегистрированные только у недоношенных детей, рожденных ранее 32 недели гестации (16,6%,  $p < 0,05$ ).

### **Выводы**

Недоношенные дети с некротическим энтероколитом имеют специфичные клинико-лабораторные паттерны, характер которых определяется гестационным возрастом.

### **Список литературы:**

1. Скачко, Б. Г. Болезни органов пищеварения у детей [Электронный ресурс] / Б. Г. Скачко. - М. : Мир и образование, 2013. - 208 с
2. Некротизирующий энтероколит у новорожденных: клиника, диагностика, лечение : учебное пособие / И. Ю. Карпова [и др.]. - Нижний Новгород : НижГМА, 2016. - 52 с.
3. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей / под ред.: С. В. Бельмера, А. Ю. Разумовского, А. И. Хавкина. - Москва : МЕДПРАКТИКА-М, 2017. - 536 с.
4. Денисов, М. Ю. Практические основы реабилитации детей с заболеваниями кишечника : руководство / М. Ю. Денисов. - М. : БИНОМ, 2010. - 192 с.
5. Кильдиярова, Р. Р. Болезни органов пищеварения у детей. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации : учебное пособие / Р. Р. Кильдиярова. - М. : Умный доктор, 2015. - 320 с.
6. Zani A., Eaton S., Puri P., Rintala R. et al. International survey on the management of necrotizing enterocolitis. Eur. J. Pediatr. Surg. 2015; 25: 27-33

УДК 616.379-008.64

## **Дорофеева А.Д., Иванова А.С., Вихарева Е.Г., Пилина Г.С. ИЗМЕНЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ОГО ТИПА У ДЕТЕЙ**

Кафедра педиатрии и неонатологии