

пяти сотых. Также при использовании критерия Краскела-Уолеса можно полностью опровергнуть влияние частоты приступов во времени на исследуемый показатель. При оценке вышеперечисленных критериев для показателей массы последа следует указать значительное влияние на них частоты приступов эпилептических припадков ( $p < 0,05$ ), что доказуемо критерием Краскела-Уолеса.

**Выводы:** 1. Форма эпилепсии обуславливает размер головки плода (при генерализованных тонико-клонических судорогах размер стабильно ниже); 2. Масса последа зависит от частоты приступов эпилепсии (в особенности генерализованных форм);

#### Литература

1. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Миронов М.Б. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия. (Справочное руководство для врачей) // «Системные решения». 2008. С. 40–50.
2. Одинак М.М., Дыскин Д.Е. Эпилепсия: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, медикаментозное лечение // Политехника. 1997. С. 60.
3. Сараджишвили П.М., Геладзе Т.Ш. Эпилепсия. // «Медицина». 1977. С. 50.

## ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Ковалева Ю.А., Комовцова А.А.*

Научный руководитель: к. м. н, доцент Солодкова И.В.

Кафедра госпитальной педиатрии

Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** гипербилирубинемия у новорожденных является причиной нарушения течения адаптации в раннем неонатальном периоде, что приводит к задержке выписки ребенка, стрессу для родителей и новорожденного, подвергающегося инвазивным манипуляциям. Причинами могут быть разные факторы риска течения беременности [1].

**Цель исследования:** оценить причинно-следственную связь развития патологической гипербилирубинемии у новорожденных от матерей с хроническими урогенитальными инфекциями и не тяжелыми формами анемий во время беременности.

**Материалы и методы:** базой для выполненной работы был родильный дом ГБУЗ ЛО Всеволожской МКБ. Все дети находились с мамами в физиологическом отделении. Анализ статистических данных был выполнен в компьютерных программах Microsoft Office Excel 2007 и StatSoft Statistica 7.0. Дизайн исследования «случай-контроль»

**Результаты:** по разработанным картам проведена выкопировка данных из 450 форм учетно-медицинской документации по 150 случаям неонатальной желтухи у детей. Критерии исключения из исследования: ГБН, недоношенность и наличие сопутствующей патологии. Изучаемая группа составила 111 детей. Из них, в группу контроля вошли новорожденные ( $n=76$ ), чей уровень общего билирубина (ОБ) в раннем неонатальном периоде был меньше 250 мкмоль/л. Исследуемую составили дети ( $n=35$ ), чей уровень ОБ был равен или превысил 250 мкмоль/л при двукратном измерении. С достоверной значимостью ( $\chi_2 = 4,217$ ;  $4,217 > 3,841$ ) в исследуемой группе преобладали дети, матери которых имели такое осложнение беременности как анемия, в сравнение с контрольной группой ( $RR=2,417$ ;  $ДИ=1,042$  до  $3,016$ ). Исследование выявило связь между наличием хронических урогенитальных инфекций у женщины во время беременности и частотой патологической гипербилирубинемии у новорожденных с уровнем ОБ более 250 мкмоль/л.

**Выводы:** профилактика и лечение анемии во время беременности, выявление и своевременное лечение урогенитальных инфекций — факторы снижения частоты развития патологической гипербилирубинемии в раннем неонатальном периоде. Настороженность в отношении этой патологии у таких новорожденных в раннем неонатальном периоде и возможность раннего динамического контроля неинвазивными методиками (транскутанная билирубинометрия)

на наш взгляд поможет своевременно начать фототерапию и избежать поздней выписки, дополнительных инвазивных манипуляций.

#### Литература

1. Желтухи неонатального периода: учебно-методическое пособие / А.К. Ткаченко [и др.]. Минск: БГМУ, 2017. 68 с.

## ВРОЖДЕННЫЕ КАРДИТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Коновалов В.В., Козменко О.А.*

Научный руководитель: доцент Вшивцева Н.Б.  
Кафедра детских болезней стоматологического и лечебного факультетов  
Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера

**Актуальность исследования:** неревматические кардиты остаются одной из причин смерти у детей раннего возраста. Этиология ранних и поздних врожденных кардитов и их исходы до конца не изучены.

**Цели исследования:** изучить особенности клинического течения, диагностики и исходы врожденных кардитов у детей в периоде новорожденности.

**Материалы и методы:** проведен анализ 5 историй болезни новорожденных, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей и отделении реанимации и интенсивной терапии ДГКБ № 13 в 2018 году.

**Результаты:** общим для всех пациентов явился диагноз кардита в структуре ВУИ. Все дети родились доношенными в сроке 37–40 недель со средней массой тела 3264±444 грамма ( $p > 0,05$ ). У всех детей внутриутробно развилась патология сердца в форме врожденного кардита с поражением сократительного миокарда, а у 1 имелись нарушения проводящей системы сердца. По результатам эхокардиографии детей выявлено снижение фракции изгнания до 64,4±4,5% ( $p > 0,05$ ). По результатам ЭКГ выявлена синусовая тахикардия до 160–200 в минуту у 3 детей. По результатам рентгенографии органов грудной клетки выявлена небольшая кардиомегалия с увеличением кардиоторакального индекса до 58,8±3,13% ( $p > 0,05$ ). Среднее значение КФК — 418,8±274,2 Ед/л ( $p > 0,05$ ). Среднее значение КФК-МВ достоверно повышено — 87,2±32,5 Ед/л ( $p < 0,05$ ). При гистологическом исследовании миокарда у 2 умерших выявлены очажки некроза миокардиоцитов в стенке левого желудочка.

**Выводы:** врожденные кардиты являются редкой патологией. Чаще наблюдаются поздние врожденные кардиты. Всех новорожденных с признаками внутриутробной инфекции необходимо обследовать: эхокардиография, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, определение ферментов в сыворотке крови.

#### Литература

1. Белоконь Н.А. Неревматические кардиты у детей / Н.А. Белоконь. Москва, 1984. 216 с.
2. Беляева Л.М. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков / Л.М. Беляева, Е.К. Хрусталева. Минск, 2003. 320 с.
3. Шабалов, Н.П. Детские болезни / Н.П. Шабалов. СПб.: Питер, 2009. Т. 2. С. 11–135.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ МЕТАБОЛИЗМА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

*Косимов О.У., Ахрарова Ф. М*

Научный руководитель: д. м. н., доцент Муратходжаева А.В.  
Кафедра факультетской педиатрии  
Ташкентский педиатрический медицинский институт