

УДК 616-053.32-036.1
DOI: 10.24061/2413-4260.VII.3.25.2017.4

СТРУКТУРА ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ
У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ
З GESTAЦІЙНИМ ВІКОМ
34 (0/7) – 36 (6/7) ТИЖНІВ

О. І. Сіренко

Національна медична академія
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
(м. Київ, Україна)

Резюме

Вступ. Незважаючи на незначну різницю у вазі і розмірах, передчасно народжені діти з гестаційним віком 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів (пізні недоношені діти (ПНД)) мають вищі показники захворюваності та смертності ніж доношені новонароджені. Пізні недоношені діти є фізіологічно і метаболічно незрілими, що обумовлює обмеженість їх адаптаційних можливостей і вразливість до розвитку захворювань.

Мета дослідження. Вивчити особливості неонатального періоду та визначити структуру перинатальної патології передчасно народжених дітей з гестаційним віком 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів.

Матеріали та методи. Проводилося клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 97 ПНД, які були народжені матерями з високим перинатальним ризиком і потребували медичного догляду та лікування в умовах відділення спеціалізованої лікарні. Аналіз структури перинатальної патології у ПНД здійснювався за допомогою уписової статистики.

Результати та їх обговорення. Виявлено, що початкових та реанімаційних заходів після народження потребували 53,6 % ПНД, народжених від матерів з високим перинатальним ризиком. У третини ПНД загальний стан погіршився протягом першої доби життя. Респіраторний дистрес-синдром однаково часто розвивався серед ПНД різного гестаційного віку. Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія внаслідок перенесеної асфіксії більш ніж удвічі частіше зустрічався серед дітей з гестаційним віком 36 (0/7 – 6/7) тижнів у порівнянні з дітьми 34 (0/7) – 35 (6/7) тижнів гестації. Рання анемія передчасно народжених дітей частіше зустрічалася у дітей 34 (0/7 – 6/7) тижнів гестації. Тривалість перебування в стаціонарі обернено пропорційна гестаційному віку дитини при народженні.

Висновки. Неонатальний період ПНД, які народилися від матерів з високим перинатальним ризиком, характеризується високою частотою порушень адаптації та розвитку перинатальної патології. Більше 50 % ПНД мають поєднану патологію. Провідними у структурі захворювань ПНД у неонатальному періоді є: затримка внутрішньоутробного розвитку, неонатальні енцефалопатії (у т.ч., гіпоксично-ішемічна енцефалопатія внаслідок перенесеної асфіксії при народженні), респіраторний дистрес-синдром, вроджена пневмонія, некротизуючий ентероколіт та рання анемія передчасно народжених дітей.

Ключові слова: пізні недоношені діти; перинатальна патологія; початкова та реанімаційна допомога новонародженим; респіраторний дистрес-синдром; неонатальна енцефалопатія.

Вступ

На сьогодні в Україні публікації, присвячені проблемі передчасно народжених дітей, здебільшого стосуються глибоконедоношених дітей або дітей з дуже і екстремально малою масою тіла. Проте все більше світових і вітчизняних досліджень спрямовані на проблеми дітей, які народилися передчасно на більш пізніх термінах вагітності, оскільки питома вага передчасно народжених дітей з гестаційним віком 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів (або пізні недоношені дітей) серед усіх недоношених є найбільшою. За даними Національного центру статистики охорони здоров'я США у 2015 році питома вага дітей, народжених у терміні 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів, серед усіх передчасно народжених дітей становила близько 71%, а серед всіх новонароджених – 6,87% [1]. Хоча абсолютний ризик смерті та інших ускладнень у пізніх недоношених дітей нижчий, ніж у дуже та екстремально недоношених, велика питома вага цих дітей має значний медичний та економічний вплив на демографічний стан населення [2].

Причин народження дітей у терміні 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів може бути декілька. Однією з них є тенденція до зачаття у більш старшому віці і використання допоміжних репродуктивних технологій, які підвищують шанси багатоплідних ва-

гітностей, що в свою чергу підвищують ризик передчасних пологів. Іншим поясненням є розвиток сучасних технологій в акушерстві та перинатології, який дав можливість ранньої пренатальної діагностики таких небезпечних станів, як затримка внутрішньоутробного розвитку, вроджені аномалії розвитку, дистрес плода. Таким чином, індукція пологів та кесарський розтин на користь внутрішньоутробної дитини має важливу роль у зниженні перинатальної смертності [3, 4].

Згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ України частота передчасних пологів в Україні у 2016 році становила 5,8% і не має тенденції до зниження. За 2012 – 2016 роки збільшилась питома вага новонароджених з низькою (<1500) і проміжною (1500 – 2499 г) вагою, і зменшилась питома вага новонароджених з нормальною (≥2500) вагою. Серед дітей з малою масою тіла основна частка новонароджених представлена дітьми, які народилися з масою тіла 1500 – 2499 г і становить 86,1% [5].

Незважаючи на незначну різницю у вазі і розмірах, передчасно народжені діти з гестаційним віком 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів мають вищі показники захворюваності та смертності, ніж доношені новонароджені. Пізні недоношені діти (у зарубіжній літературі «late preterm infants»)

є фізіологічно і метаболічно незрілими, що обумовлює обмеженість їх адаптаційних можливостей і вразливість до розвитку захворювань [6]. У порівнянні з доношеними, пізні недоношені діти мають значно вищий ризик розвитку гіпотермії, гіпоглікемії, білірубін-індукованого ураження головного мозку, пневмонії та сепсису [7,8]. Незрілість пізніх недоношених дітей асоціюється з розвитком респіраторного дистрес-синдрому, а антенатальне введення кортикостероїдів знижує ризик виникнення респіраторного дистрес-синдрому [9, 10].

Мета дослідження

Вивчити особливості неонатального періоду та визначити структуру перинатальної патології передчасно народжених дітей з гестаційним віком 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів.

Матеріали та методи

Проводилося клініко-лабораторне та інструментальне обстеження пізніх недоношених дітей, які були народжені від матерів з високим перинатальним ризиком і потребували медичного догляду та лікування в умовах відділення інтенсивного виходжування та ранньої реабілітації дітей з перинатальною патологією НДСЛ «Охматдит». Під спостереженням знаходились 97 пізніх недоношених дітей. Серед них кількість хлопчиків (64 дітей – 66%) переважала над кількістю дівчаток (33 дитини – 34%). У досліджувану групу не входили діти з вродженими вадами розвитку та діти, які народилися від багатоплідних вагітностей.

З метою виявлення захворювань та моніторингу динаміки стану пацієнтів використовували наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний, антропометричний, біохімічний, мікробіологічний – з метою моніторингу мікробної колонізації пацієнтів, вірусологічний, інструментальний

(рентгенологічний, ультразвуковий).

Для аналізу структури перинатальної патології та захворюваності у пізніх недоношених дітей використовувалися методи описової статистики. Статистичний аналіз отриманих даних проводився за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel 2010.

Результати та їх обговорення

Перинатальну патологію було діагностовано у 69 (71,1%) пізніх недоношених дітей. У 53 (54,6%) дітей всієї досліджуваної когорти виявлено поєднану патологію. У структурі перинатальної патології були виділені наступні нозології: затримка внутрішньоутробного розвитку (18 дітей – 18,6%), неонатальні енцефалопатії (в т. ч. гіпоксично-ішемічна енцефалопатія внаслідок перенесеної асфіксії при народженні, 49 дітей – 50,5%), респіраторний дистрес-синдром (19 дітей – 19,6%), ранній неонатальний сепсис (2 дитини – 2,1%), парвовірусна інфекція (1 дитина – 1%), вроджена пневмонія (12 дітей – 12,4%), некротизуючий ентероколіт (12 дітей – 12,4%), гемолітична хвороба новонароджених (4 дитини – 4,1%), діабетична фетопатія (5 дітей – 5,15%), внутрішньоплощочкові крововиливи III ступеня (2 дитини – 2,1%), геморагічна хвороба новонароджених (5 дітей – 5,15%), пологова травма (кефалогематома, субарахноїдальний крововилив, 5 дітей – 5,15%), та первинний гіпотиреоз (1 дитина – 1%). У періоді новонародженості пізні недоношені діти також розвинули наступні захворювання: рання анемія передчасно народжених (27 дітей – 27,8%), ретинопатія передчасно народжених (4 дитини – 4,1%), бронхіоліт (2 дитини – 2,1%) та остеопенія недоношених (1 дитина – 1%). Структура перинатальної патології пізніх недоношених дітей представлена на рис. 1.

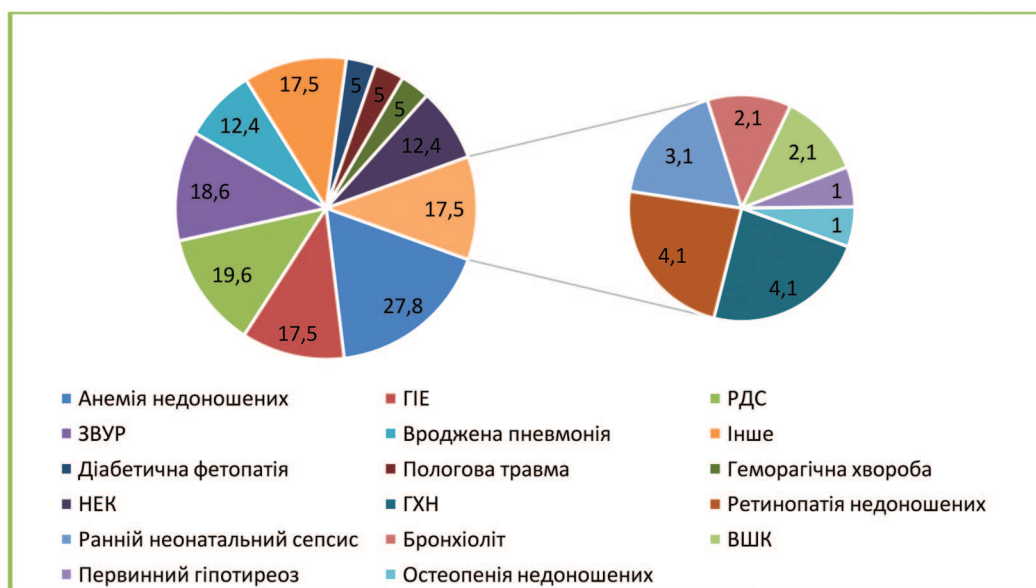


Рис. 1. Структура перинатальної патології передчасно народжених дітей з гестаційним віком 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів, % хворих

У 28 (28,9%) дітей не було діагностовано захворювань, але вони потребували тривалого медичного спостереження і корекції порушень адаптації у неонатальному періоді: гіпоглікемія, гіпотермія, небезпечна жовтяниця, харчова інтолерантність, апное передчасно народжених дітей, транзиторне тахіпное, незрілість головного мозку.

При аналізі перебігу раннього неонатального періоду пізніх недоношених дітей виявлено, що після народження 8 (8,2%) дітей вимагали повної реанімації, 20 (20,6%) дітям проводилась штучна вентиляція легень за допомогою мішка і маски, 24 (24,7%) дитини вимагали тактильної стимуляції та санації верхніх дихальних шляхів, а решта 45 (46,4%) дітей не потребували реанімаційних заходів. Оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині життя менше 7 балів була зафіксована у 38 (39,2%) дітей, а на п'ятій хвилині – у 17 (17,5%) пізніх недоношених. При клінічній оцінці загального стану дітей після народження стан 15 (15,5%) новонароджених був розцінений як відносно задовільний, стан 58 (59,8%) дітей – середньої тяжкості, і у 24 (24,7%) дітей – тяжкий загальний стан. Протягом першої доби життя за рахунок на-

ростання дихальних розладів та нападів апное загальний стан погіршився у 31 (32%) дитини.

Дихальні розлади були виявлені у 79 (81,4%) пізніх недоношених дітей, легкі дихальні розлади – у 31 (31,95%) дитини, помірні - у 8 (8,2%) дітей, тяжкі розлади дихання спостерігались у 30 (30,93%) дітей. Дихальна підтримка у пізніх недоношених дітей здійснювалася за допомогою СРАР-терапії (у 8 дітей – 8,2%) та штучної вентиляції легень (у 30 дітей – 30,93%). Серед усіх пізніх недоношених дітей киснева залежність спостерігалася у 28 (28,9%) дітей. Причинами дихальних розладів у ранньому неонатальному періоді були транзиторне тахіпное (11 дітей – 11,3%), респіраторний дистрес-синдром (19 дітей – 19,6%), вроджена пневмонія (12 дітей – 12,4%), ранній неонатальний сепсис, парвовірусна інфекція (3 дитини – 3,1%), а також позалегеневі причини (асфіксія, гіпоглікемія). Респіраторний дистрес-синдром однаково часто виявлявся у пізніх недоношених дітей з різним гестаційним віком (рис. 2). З анамнезу відомо, що антенатальний курс стероїдів з метою профілактики РДС отримали лише три матері пізніх недоношених дітей з гестаційним віком 34 (0/7 – 6/7) тижнів.

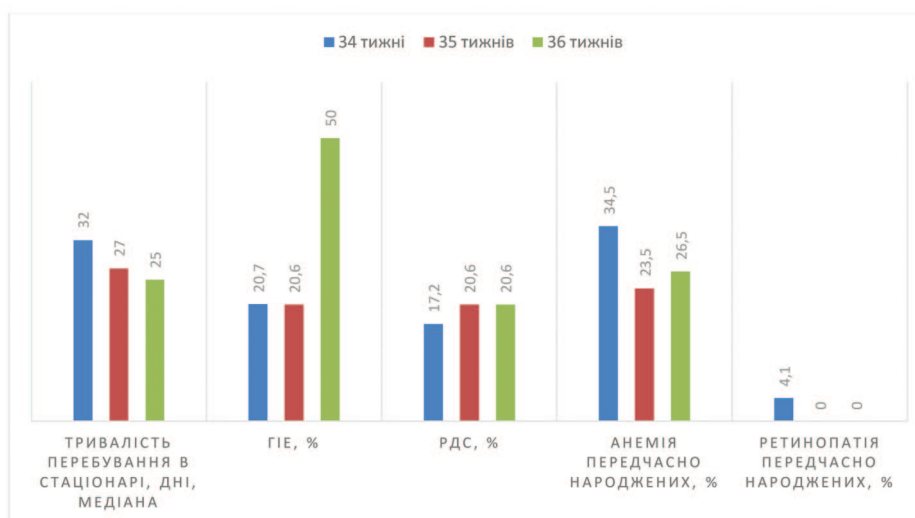


Рис. 2. Частота патології пізніх недоношених дітей в залежності від гестаційного віку

Гіпоксично-ішемічну енцефалопатію (ГІЕ) внаслідок перенесеної асфіксії при народженні діагностовано у 17 (17,5 %) дітей досліджуваної когорти. У більшості випадків ГІЕ була представлена синдромами підвищеної збудливості, пригнічення, тонусних порушень, вегето-вісцеральних дисфункцій, а у 3 (3,1 %) дітей з важкою енцефалопатією – комою та судомним синдромом. Крім того, у 32 (33 %) пізніх недоношених дітей спостерігались неврологічні симптоми неонатальної енцефалопатії іншої етіології, яка виникла в результаті тяжкого перебігу основного захворювання. Візуалізація за допомогою нейросонографії у дітей з клінічними ознаками енцефалопатії продемонструвала ознаки набряку головного мозку, перивентрикулярні зони підвищеної ехогенності, гіперехогенні ділянки судинних сплетень та паренхіми головного мозку. Слід відмітити, що найбільша частота випадків ГІЕ внаслідок перенесеної асфіксії при народженні зустрічалася серед

пізніх недоношених дітей з гестаційним віком 36 (0/7 – 6/7) тижнів (діаграма 2).

У 18 (18,6 %) дітей за даними нейросонографії діагностовано субепендимальні крововиливи і у 2 (2,1 %) дітей внутрішньошлункові крововиливи III ступеня. Крім того, у 54 (55,7 %) дітей за допомогою нейросонографії було виявлено наявність порожнини прозорої перетинки та підвищену ехогенність перивентрикулярних зон, що є свідченням морфо-функціональної незрілості головного мозку. Клінічно у цих дітей спостерігались мляве смоктання, сонливість, пригнічені фізіологічні рефлекси, помірне зниження м'язового тону, знижена рухова активність. У 5 (5,15 %) дітей було діагностовано пологову травму у вигляді кефалогематоми (4 дитини – 4,1 %) та субапоневротичного крововиливу (1 дитина – 1 %).

Патологія шлунково-кишкового тракту в досліджуваній когорті дітей була представлена некротизуючим ентероколітом (12 дітей – 12,7 %),

крім того у 32 (33 %) дітей спостерігалась знижена толерантність до ентерального харчування внаслідок морфо-функціональної незрілості травної системи. У 5 (5,15 %) пізніх недоношених дітей відмічалися блювання кавовою гущею та випороження з домішками крові. Після виключення хірургічної патології клінічно встановлено діагноз геморагічна хвороба новонароджених, діти продовжували годуватися ентерально, а геморагічний синдром медикаментозно куповано.

Рання анемія передчасно народжених була виявлена у 27 (27,8 %) пізніх недоношених дітей. Для лікування анемії діти отримували препарат заліза, десятьом дітям з анемією (10,3 %) призначено препарат еритропоетину, одній дитині проведена гемотрансфузія. Найбільша кількість випадків анемії виявилась серед пізніх недоношених дітей з гестаційним віком 34 (0/7 – 6/7) тижнів (рис. 2).

Чотири пізніх недоношених дитини (4,1 %) потребували лазерної корекції ретинопатії передчасно народжених дітей. З анамнезу відомо, що ці діти мали дихальну підтримку і тривалу дотацію кисню. Всі 4 випадки ретинопатії передчасно народжених були виявлені у дітей з гестаційним віком 34 (0/7 – 6/7) тижнів (рис. 2).

Як зображено на діаграмі 2, тривалість перебування в лікарні була найбільшою серед пізніх недоношених дітей з гестаційним віком 34 (0/7 – 6/7) тижнів.

Висновки

Неонатальний період у пізніх недоношених дітей, які народилися від матерів з високим перинатальним ризиком, характеризується високою

частотою порушень адаптації та реалізації перинатальної патології. Встановлено, що початкових та реанімаційних заходів після народження вимагають більш ніж 50 % пізніх недоношених дітей, народжених від матерів високого перинатального ризику. У третини пізніх недоношених дітей загальний стан погіршується протягом першої доби життя. Респіраторний дистрес-синдром з однаковою частотою зустрічається серед пізніх недоношених дітей різного гестаційного віку. Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія внаслідок перенесеної асфіксії більш ніж удвічі частіше зустрічається серед дітей з гестаційним віком 36 (0/7 – 6/7) тижнів у порівнянні з дітьми 34 (0/7) – 35 (6/7) тижнів гестації. Рання анемія передчасно народжених дітей частіше зустрічається серед дітей 34 (0/7 – 6/7) тижнів гестації. Тривалість перебування в стаціонарі обернено пропорційна до гестаційного віку дитини при народженні.

Провідними у структурі захворювань пізніх недоношених дітей у неонатальному періоді виявилися: неонатальні енцефалопатії (в т. ч. гіпоксично-ішемічна енцефалопатія внаслідок перенесеної асфіксії при народженні), рання анемія передчасно народжених, респіраторний дистрес-синдром, затримка внутрішньоутробного розвитку, вроджена пневмонія та некротизуючий ентеколіт.

Перспективи подальших досліджень

полягають у вивченні стану здоров'я, психомоторного та фізичного розвитку пізніх недоношених дітей протягом перших років життя.

Література

1. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Mathews TJ. Births: Final Data for 2015. Natl Vital Stat Rep [Internet]. 2017 Jan 5 [cited 2017 Aug 5];66(1):1- 70. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr66/nvsr66_01.pdf
2. Piga OO. Гострі питання стану здоров'я та розвитку «пізно недоношених дітей». Перинатологія і педіатрія [Інтернет]. 2015 Бер [цитовано 2017 Серп 5];1:104–7. Доступно: http://med-expert.com.ua/publishing-activity/perinatologiya-i-pediatriya/perinatologija-i-pediatrija-pip-%E2%84%961-2015/#dflipe-df_4677/104/ doi: 10.15574/PP.2015.61.104.
3. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C. «Late-Preterm» infants: a population at risk. Pediatrics [Internet]. 2007 Dec [cited 2017 Aug 5];120(6):1390–401. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1390> doi: 10.1542/peds.2007-2952.
4. Engle WA, Kominiarek MA. Late Preterm Infants, Early Term Infants, and Timing of Elective Deliveries. Clin Perinatol. [Internet]. 2008 Jun [cited 2017 Aug 5]; 35(2): 325-41. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.2919&rep=rep1&type=pdf> doi: 10.1016/j.clp.2008.03.003.
5. Знаменська ТК, Нікуліна ЛІ, Руденко НГ, Воробйова ОВ. Аналіз роботи перинатальних центрів у виходженні передчасно народжених дітей в Україні. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина [Інтернет]. 2017 [цитовано 2017 Вер 7];7(2):5-11. Доступно: <http://neonatology.bsmu.edu.ua/article/view/2413-4260.VII.2.24.2017.1/104205> doi: 10.24061/2413-4260.VII.2.24.2017.1
6. Raju TN, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. Pediatrics [Internet]. 2006 Sep [cited 2017 Aug 5];118(3):1207-14. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/3/1207> doi: 10.1542/peds.2006-0018.
7. Шунько ЄЄ, Пясецька НМ, Сіренко ОІ. Особливості адаптації передчасно народжених дітей з гестаційним віком 34/7 – 366/7 тижнів (огляд літератури). Современная педіатрія [Інтернет]. 2015 [цитовано 2017 Серп 17];7:35-8. Доступно: http://med-expert.com.ua/publishing-activity/sovremennaya-pediatriya/sovremennaja-pediatrija-%E2%84%967-2015/#dflipe-df_11647/35/ doi: 10.15574/SP.2015.71.35.
8. Rather GN, Jan M, Rafiq W, Gattoo I, Hussain SQ, Latief M. Morbidity and Mortality Pattern in Late Preterm Infants at a Tertiary Care Hospital in Jammu & Kashmir, Northern India. J Clin Diagn Res. 2015 Dec [cited 2017 Aug 17]; 9(12):1-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4717688/>

doi: 10.7860/JCDR/2015/16294.6916.

9. Jakiel G, Wilińska M, Bińkowska M, Kowal A, Rumowska S, Ciebiera M. Late preterm infants - impact of perinatal factors on neonatal results. A clinical study. *Ann Agric Environ Med*. [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 17];22(3):536-41. Available from: http://www.aaem.pl/72325_0,2.html doi: 10.5604/12321966.1167730.

10. Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, Plavka R, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome - 2016 Update. *Neonatology* [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 17];111(2):107-15. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/448985> doi: 10.1159/000448985.

THE STRUCTURE OF PERINATAL MORBIDITY IN LATE PRETERM INFANTS

О.И. Сиренко

Национальная медицинская академия
последипломного образования имени
П.Л. Шупика, Киев, Украина

Резюме

Введение. Несмотря на незначительную разницу в весе и размерах, преждевременно рожденные дети с гестационным возрастом 34 (0/7) - 36 (6/7) недель (поздние недоношенные дети (ПНД)) имеют более высокие показатели заболеваемости и смертности, чем доношенные новорожденные. ПНД физиологически и метаболически незрелые, что обуславливает ограниченность их адаптационных возможностей и уязвимость к развитию заболеваний.

Цель исследования. Изучить особенности неонатального периода и определить структуру перинатальной патологии преждевременно рожденных детей с гестационным возрастом 34 (0/7) – 36 (6/7) недель.

Материалы и методы. Проводилось клинико-лабораторное и инструментальное обследование 97 ПНД, которые были рождены матерями с высоким перинатальным риском и требовали медицинского ухода и лечения в условиях отделения специализированной больницы. Анализ структуры перинатальной патологии у ПНД осуществлялся с помощью описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. Начальных и реанимационных мероприятий после рождения требовали 53,6% ПНД, рожденных от матерей с высоким перинатальным риском. У трети ПНД общее состояние ухудшилось в течение первых суток жизни. Респираторный дистресс-синдром одинаково часто развивался среди ПНД различного гестационного возраста. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия вследствие перенесенной асфиксии более чем вдвое чаще встречалась среди детей с гестационным возрастом 36 (0/7 - 6/7) недель, по сравнению с детьми 34 (0/7) - 35 (6/7) недель гестации. Ранняя анемия недоношенных детей чаще встречалась среди детей 34 (0/7 – 6/7) недель гестации. Продолжительность пребывания в стационаре обратно пропорциональна гестационному возрасту ребенка при рождении.

Выводы. Неонатальный период ПНД, рожденных матерями с высоким перинатальным риском, характеризуется высокой частотой нарушения адаптации и реализации перинатальной патологии. Более 50% ПНД имеют сочетанную патоло-

THE STRUCTURE OF PERINATAL MORBIDITY IN LATE PRETERM INFANTS

O. Sirenko

Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education
(Kyiv, Ukraine)

Summary

Introduction. Despite the small difference in weight and size, preterm infants born at 34 (0/7) - 36 (6/7) weeks of gestation (late premature infants (LPIs)) have higher morbidity and mortality rates than term infants. Physiological and metabolic immaturity of late preterm infants lead to limited adaptability and vulnerability to diseases development.

Aim. Study the features of the neonatal period and determine the structure of perinatal morbidity of preterm infants born at 34 (0/7) - 36 (6/7) weeks of gestation.

Materials and Methods. The research included 97 LPIs born from mothers with high perinatal risk and required medical and treatment care in the department of specialized hospital. Clinical, laboratory and instrumental examinations were conducted. Analysis of perinatal pathology structure in LPIs was carried out by using descriptive statistics.

Results. It has been found that 53,6% of LPI born from mothers with high perinatal risk were required primary and neonatal resuscitation after the birth. Was detected deterioration of general condition in one third of LPIs during the first day of life was detected. Respiratory distress syndrome also encountered among the different gestational age of LPIs. Hypoxic-ischemic encephalopathy as a result of asphyxia among the preterm infants born at 36 (0/7 to 6/7) weeks of gestation appeared more than twice as often as among the preterm infants born in 34 (0/7) – 35 (6/7) weeks of gestation. Anemia of prematurity was more common among preterm infants in 34 (0/7 - 6/7) weeks of gestation. The duration of staying in the hospital was inversely proportional to the gestational age at birth.

Conclusions. The neonatal period of LPIs who born from mothers with high perinatal risk is characterized by the high incidence of adaptation abnormalities and development of perinatal pathology. More than 50% of LPIs have a combined pathology. The most prevalent neonatal diseases in LPIs are: intrauterine growth retardation, neonatal encephalopathy (including hypoxic-ischemic encephalopathy as a result of postpartum asphyxia at birth),

гию. Ведущими в структуре заболеваний ПНД в неонатальном периоде являются: задержка внутриутробного развития, неонатальные энцефалопатии (в т.ч. гипоксически-ишемическая энцефалопатия вследствие перенесенной асфиксии при рождении), респираторный дистресс-синдром, врожденная пневмония, некротизирующий энтероколит и ранняя анемия недоношенных.

Ключевые слова: поздние недоношенные дети; перинатальная патология; начальная и реанимационная помощь новорожденным; респираторный дистресс-синдром; неонатальная энцефалопатия.

Контактна інформація:

Сіренко Оксана Іванівна – аспірант кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ, Україна).

Контактна адреса: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Контактний телефон:

+380984543352

e-mail: oksanadoc@bigmir.net

Контактная информация:

Сиренко Оксана Ивановна – аспирант кафедры неонатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика (г. Киев, Украина).

Контактный адрес: ул. Дорогожицкая, 9, г. Киев, 04112, Украина.

Контактный телефон: +380984543352

e-mail: oksanadoc@bigmir.net

respiratory distress syndrome, congenital pneumonia, necrotizing enterocolitis and anemia of prematurity.

Key words: late preterm infants; perinatal pathology; neonatal resuscitation of newborns, respiratory distress syndrome; neonatal encephalopathy.

Contact Information:

Sirenko Oksana – PhD student, Postgraduate Department of Neonatology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education (Kiev, Ukraine).

Contact address: Dorohozhytska str., 9, m. Kyiv, 04112, Ukraine

Contact phone: +380984543352

e-mail: oksanadoc@bigmir.net

Надійшло до редакції 05.07.2017

Підписано до друку 18.09.2017