

22,5%; применение гемокарбоперфузии в комплексном лечении не позволило снизить летальность (22,2%). Использование плазмафереза в комплексной терапии демонстрирует максимальные цифры летальности пациентов с сепсисом (50,0%). Применение антипротеиназной гемоперфузии в комплексе лечения ведет к уменьшению летальности пациентов (16,8%), а комбинация антипротеиназной гемоперфузии с МОК в комплексной терапии показала максимальную выживаемость пациентов с сепсисом (12,5%).

2. Проведение длительных методов ПЗТ (ПВВГФ/ПВВГДФ) при сепсисе с полиорганной дисфункцией обусловило более высокие цифры выживаемости при использовании во время длительных процедур инвазивного мониторинга гемодинамики и гидробаланса вплоть до 29 дня; в случае отсутствия такого рода мониторинга применение МОК во время процедуры позволяет снизить летальность пациентов на 20,7%.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Lee, J. M. Clinical year in review 2014: critical care medicine / J. M. Lee, H. B. Lee // Tuberc Respir Dis. – 2014. – Vol. 77. – P. 6–12.

2. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock : 2016 / A. Rhodes [et al.] // Intensive Care Med. – 2017. – № 43 (3). – P. 304–377.

## **ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Янковская Н.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Одной из наиболее сложных и актуальных проблем перинатологии является внутриутробная инфекционная патология плода и новорожденного. Из многообразия ее проявлений внутриутробная пневмония встречается наиболее часто, от 11,0% до 38,0% [1, 2].

Различные отклонения в состоянии здоровья беременной женщины, осложненное течение беременности и родов, действие неблагоприятных факторов внешней среды, приводят к рождению ребенка с нарушением резистентности организма, что способствует реализации у него бактериальных и вирусных инфекций [1, 3].

Классическим путем инфицирования плода и новорожденного считается трансплацентарное проникновение возбудителя при наличии генерализованного инфекционного процесса или при бессимптомной бактериемии у беременной женщины, а также бронхогенным путем при аспирации инфицированных околоплодных вод или секрета родовых путей в ante- или интранатальном

периодах. Таким образом, источником инфекции при врожденных пневмониях всегда является мать [2, 3, 4]. Утяжелилось течение фоновых состояний, создающих благоприятную почву для манифестации и прогрессирования инфекции – это перинатальное поражение центральной нервной системы, врожденные пороки развития, нарушения респираторной функции и другие состояния [2, 3].

Учитывая выше изложенное, остается актуальным определение источника инфицирования плода и новорожденного во время беременности и родов для прогнозирования реализации инфекционной патологии, своевременной и правильной ее диагностики, что позволит подойти к решению данной проблемы и способствовать оптимизации лечебного процесса в каждом конкретном случае.

**Цель.** Определение влияния характера течения беременности и родов на реализацию внутриутробной инфекции у новорожденных.

**Методы исследования.** Изучены характер течения беременности и родов у 120 матерей, родивших детей с внутриутробной пневмонией (основная группа), и у 60 матерей, новорожденные которых были здоровыми (контрольная группа). Проанализированы анамнестические данные, осложнения беременности и родов. Все дети находились на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», проведено клиническое, лабораторное, инструментальное обследование. Оценка изучаемых показателей выполнена на основании анализа обменной карты беременной, истории родов (ф. 096/у) и карты стационарных пациентов. В основную группу вошли 120 детей с внутриутробными пневмониями.

**Результаты и их обсуждение.** При проведении анализа документации беременных женщин было установлено, что средний возраст матерей в основной ( $26 \pm 6$  лет) и контрольной ( $24 \pm 4$  года) группах не имел достоверных различий. Женщины основной группы были взяты на диспансерный учет по беременности до 12 недель в 95,5% случаев, контрольной группы – в 96,6%. Соматический анамнез был одинаково часто отягощен в обеих группах (86,8% и 81,6%, соответственно), однако среди заболеваний у матерей основной группы превалировала хроническая патология мочеполовой системы (хронический пиелонефрит, хронический аднексит) – 61,5% против 15,6% в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). У матерей контрольной группы на первое место выходили хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, гастродуоденит) – 41,7%, что достоверно больше, чем в основной группе (18,1%).

У каждой третьей женщины из основной группы и каждой четвертой из группы сравнения беременность протекала на фоне анемии легкой степени тяжести. У матерей, родивших детей с внутриутробной пневмонией, в подавляющем большинстве случаев отмечался токсикоз –  $59,3 \pm 1,9\%$ , в контрольной группе –  $24,1 \pm 2,3\%$  ( $p < 0,05$ ).

Выявлена высокая частота острых респираторных инфекций у беременных основной группы –  $53,2 \pm 2,6\%$ , что достоверно выше, чем в контрольной –

23,3±1,5% ( $p<0,05$ ), причем в 70,0% случаев респираторная патология у матерей основной группы наблюдалась в третьем триместре беременности. 11,0% беременных из основной группы неоднократно перенесли герпетическую инфекцию (*Herpes labialis*), чего не выявлено в контрольной группе. Необходимо отметить высокую частоту (44,5±3,4%) инфекций мочеполового тракта (хронический аднексит, пиелонефрит, эрозия шейки матки, кольпит) в основной группе женщин, в контрольной группе – единичные случаи (3,6±1,3%,  $p<0,001$ ). У 28,1% беременных основной группы и 5,8% матерей контрольной группы диагностирован кандидоз. Бактериальный вагиноз выявлен у 27,5% матерей основной и у 6,0% беременных контрольной групп ( $p<0,001$ ). У женщин обеих групп накануне родов при ультразвуковом исследовании плода были диагностированы косвенные маркеры внутриутробной инфекции, которые чаще встречались в основной группе. Так, многоводие достоверно чаще отмечалось в основной группе беременных (17,8%), чем в контрольной (1,6%) ( $p<0,05$ ). Случаи маловодия (2,8%) и плацентита (8,1%) были выявлены только у беременных основной группы.

Анализ течения беременности показал, что у 69,8% женщин основной группы течение настоящей беременности осложнилось угрозой ее прерывания в различные сроки гестации, причем у каждой третьей беременной отмечались повторные случаи угрозы прерывания с необходимостью стационарного лечения. В контрольной группе этот показатель был достоверно ниже (16,6%,  $p<0,001$ ). Чуть больше, чем у половины беременных основной группы (66,2%) и 53,3% – контрольной отмечено преждевременное излитие околоплодных вод, однако длительный безводный период отмечался достоверно чаще у матерей основной группы – 38,6% против 3,1% в контрольной группе ( $p<0,001$ ). Аномалии родовой деятельности встречались одинаково часто в обеих группах (15,1 и 16,0%, соответственно). В 25,3% случаев беременность у женщин основной группы закончилась рождением доношенного ребенка и в 74,7% преждевременными родами ( $p<0,001$ ), тогда как в контрольной группе достоверно чаще отмечены срочные роды (85,2%) по сравнению с основной группой (6,7%,  $p<0,001$ ).

При анализе характера родов получено, что чуть больше половины беременных основной группы (55,3±4,8%) были родоразрешены оперативно, что намного больше, чем в контрольной группе – 20,5±3,2% ( $p<0,001$ ), причем у матерей основной группы, количество родов путем экстренного оперативного вмешательства было в 3,5 раза больше, чем в контрольной группе.

У беременных основной группы 4,1% новорожденных родились в асфиксии тяжелой степени тяжести и 9,3% – в умеренной, в контрольной группе асфиксии у младенцев не отмечено.

### **Выводы.**

1. Проведенные нами исследования показали, что наличие у беременных женщин острых респираторных инфекций, особенно в третьем триместре беременности, острых и хронических очагов инфекции, локализующихся в

мочеполовой системе (хронический пиелонефрит, хронический аднексит, эрозия шейки матки, кольпит), а также осложненное течение беременности и родов (токсикозы, угроза прерывания беременности, особенно повторные случаи, длительный безводный период, оперативное родоразрешение, которые приводят к снижению иммунной защиты плода и новорожденного, являются основными факторами, способствующими реализации внутриутробной инфекции у новорожденных.

2. Изучение влияния характера течения беременности и родов, оценка их значимости дают возможность минимизировать их пагубное действие на плод и новорожденного, способствуя повышению качества жизни малышей в последующие возрастные периоды, что имеет важное медико-социальное значение.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Володин, Н. Н. Неонатология : национальное руководство / Н. Н. Володин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 214–216.
2. Гнедько, Т. В. Комплексное обследование новорожденных с клиническими проявлениями врожденных инфекций / Т. В. Гнедько, Н. Г. Капура // Медицинская панорама. – 2009. – № 8. – С. 34–39.
3. Самсыгина, Г. А. Современные подходы к лечению сепсиса новорожденных / Г. А. Самсыгина // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 1. – С. 109–115.
4. Griffiths, P. D. Strategies to pre. 89, vent infections in the neonate / P. D. Griffiths// Semin Педиатрия Neonatol. – 2012. – Vol. 7, № 4. – P. 293– 299.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Янушко Т.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что роль метаболитов витамина D не ограничивается лишь регуляцией уровня кальция. Биологические функции витамина D в организме многообразны, а геномные и негеномные эффекты витамина многочисленны. На сегодняшний день доказано, что мишенями активных метаболитов витамина D<sub>3</sub> являются рецепторы витамина D<sub>3</sub> (VDR – vitamin D ресептор), которые присутствуют более чем в 38 органах и тканях организма [1,3]. Очевидна ассоциация роли витамина D с репродуктивным здоровьем, поскольку рецепторы VDR обнаружены в тканях репродуктивных органов, включая яичники, матку, плаценту, яички и гипофиз. Витамин D регулирует более 3000 генов, многие из которых играют значимую роль в развитии плода, в том числе ингибирование клеточной пролиферации и