

Заключение. Таким образом, у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких ГЭРБ является частой, а иногда и предшествующей патологией, что требует учета при проведении лечебных мероприятий пациентам с ХОБЛ.

Литература

1. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни Текст.: пособие для врачей/В.Т. Ивашкин [и др.]. – М.: [б. и.], 2005. – 30 с.
2. Корняк, Б.С. Бронхопульмональные и ларингиальные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: диагностика и лечение / Б.С. Корняк и др. // Эксперимент, и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 3. – С. 33-38.
3. Маев, И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – болезнь XXI века Текст. / И.В. Маев, Е.С. Вьючнова, М.И. Щекина // Лечащий врач. 2004. – № 4. – С. 10-14.
4. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review Text. / Dent J. [et al.] // Gut. 2005. – V. 54. – P. 710-717.
5. Poelmans, J. Extraoesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux Text. / J. Poelman, J. Tack// Gut. – 2005. – V. 54. – P. 1492-1499.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Янковская Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Рост внутриутробной инфекции (ВУИ) объясняется, прежде всего, разработкой и внедрением новых, более информативных методов диагностики и, как следствие, повышением процента выявляемости ВУИ. С другой стороны, есть основание предполагать, что имеет место и истинное увеличение частоты данной патологии, что объясняется увеличением инфицированности женщин фертильного возраста [3,4].

Внутриутробная пневмония (ВУП) является одной из наиболее частых клинических проявлений ВУИ. Ее частота колеблется от 11% до 38%. В отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденные младенцы с такой патологией составляют 15-20%, причем более половины из них – недоношенные дети [1, 2].

Целью нашего исследования явилось выявление основных факторов риска инфицирования плода и новорожденного.

Под наблюдением находилось 180 новорожденных. В основную группу вошли 120 детей с ВУП, что составило 72,6% из

всех поступивших в отделение за год. Группа сравнения представлена 60 новорожденными без ВУП.

Средний возраст матерей в группах сравнения достоверно не различался. Анамнестические характеристики женщин (отягощенный акушерский и гинекологический анамнез) были идентичны. Ранняя явка в женскую консультацию для постановки на учет по поводу беременности не повлияла на перинатальный исход. Женщин, не состоявших на учете по беременности, не отмечалось.

Соматический анамнез был отягощен в обеих группах (86,8% и 81,6% соответственно). В структуре заболеваний в основной группе преобладали заболевания мочевыделительной системы (21% и 15,6%), а в группе сравнения хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (15% и 25,3% соответственно), разница не достоверна. Течение беременности отягощалось анемией легкой степени у каждой третьей (33,3%) женщины из основной группы и каждой четвертой (15,1%) – из группы сравнения. Частота угрозы прерывания беременности в группах сравнения не имела достоверных различий (30,2% и 36,6% соответственно), причем в трех случаях со стационарным лечением в основной группе и в одном случае в группе сравнения с применением акушерского пессария. Гестозы второй половины беременности встречались одинаково часто в обеих группах (26% и 20% соответственно).

Женщины основной группы достоверно чаще (53%), чем в группе сравнения (23,3%) болели острой респираторной инфекцией (ОРИ), причем в 70% случаев в третьем триместре беременности. 11% беременных из основной группы неоднократно перенесли *Herpes labialis*, чего не отмечено в группе сравнения. Необходимо отметить высокую частоту (44%) инфекций мочеполового тракта (хронический аднексит, пиелонефрит, эрозия шейки матки, кольпит), в основной группе женщин в отличие от группы сравнения – единичные случаи.

При бактериологическом посеве материала из цервикального канала и микроскопии мазка достоверных различий не выявлено. Кандидоз диагностирован в 10,1% и 10,8%, бактериальный вагиноз – в 7,5% и 6% случаев в сравниваемых группах соответственно.

Косвенные маркеры ВУИ при УЗИ плода диагностированы накануне родоразрешения у женщин основной группы достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в группе сравнения. Так многоводие отмечалось в 17,8% и 1,6% случаев соответственно. Случаи маловодия (2,8%) и плацентита (8,1%) были выявлены только у беременных основной группы.

Чуть больше половины беременных основной группы были родоразрешены оперативно – 55,3%, в группе сравнения такие роды составили 20,5% ($p < 0,05$). Экстренных операций в основной группе было в 3,5 раза больше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). При самостоятельных родах дородовое излитие околоплодных вод отмечено чуть больше чем у половины женщин (66% и 53,3% соответственно) в обеих группах. Однако длительный безводный период отмечался достоверно чаще в основной группе – 38,6% против 13,1% – в группе сравнения ($p < 0,05$). Аномалии родовой деятельности встречались одинаково часто (15,1% и 16,7%, соответственно в обеих группах).

Срочные роды достоверно реже наблюдались в основной группе (45,3% и 85%), тогда как преждевременные – достоверно чаще, чем в группе сравнения: 54,7% и 6,7% соответственно ($p < 0,05$). Запоздалые роды были отмечены лишь у 5 (8,3%) детей в группе сравнения.

В основной группе новорожденных было достоверно больше ($p < 0,05$) детей маловесных к сроку гестации по сравнению с группой сравнения (3,5% и 6,7%, соответственно). В асфиксии тяжелой (4,1%) и умеренной (9,3%) степени тяжести родились дети только в основной группе, в то время как в группе сравнения таких младенцев не было. 56% новорожденных с ВУП сразу поступили в отделение интенсивной терапии и были переведены на ИВЛ в связи с дыхательными расстройствами и неадекватностью спонтанного дыхания.

Таким образом, к основным факторам риска инфицирования плода и новорожденного во время беременности можно отнести: ОРИ, особенно перенесенную в третьем триместре беременности, острые и хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы; мало- и многоводие; во время родов – длительный безводный период; со стороны новорожденных – низкая масса к сроку гестации; асфиксия при рождении.

Литература

1. Протокол диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей // Росс. ассоц. спец. перинат. мед. – Москва: ГОУ ВУНМЦ, 2001. – 94 с.
2. Фризе, К. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных; пер. с нем. /К. Фризе, В. Кахель – Москва: Медицина, 2003. – 422 с.
3. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции: практ. рук-во / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. – Санкт-Петербург: Элби СПб, 2002. – 351 с.
4. Griffiths, P.D. Strategies to prevent infections in the neonate / P.D. Griffiths // Semin Neonatol. – 2002. – Vol. 7, № 4. – P. 293-299.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ И АКУШЕРСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Янковская Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Этиология некротического энтероколита (НЭК) мультифакториальна. Это гетерогенное заболевание и основным причинным его компонентом является ишемия, причинных факторов которой в перинатальном периоде достаточно много. Перинатальные инфекции – существенный фактор риска развития НЭК [1, 4].

В период новорожденности НЭК встречается в 2-16% случаев, около 80% из них приходится на недоношенных детей. У недоношенных частота НЭК колеблется от 10 до 25% случаев. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, среди детей с синдромом задержки внутриутробного развития и колеблется в пределах от 28% до 54%, а после оперативных вмешательств – 60%, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных [2, 3, 4].

Злокачественный характер НЭК и высокий показатель летальности (2-16%) объясняет приоритетность таких клинических подходов, как ранняя диагностика, своевременно и целенаправленно назначенная терапия, в том числе и антибактериальная. В чем и состоит актуальность данной