

тате психоэмоционального напряжения. Эти дети предъявляют большое количество диспепсических и астеновегетативных жалоб.

Таким образом, около 30% детей школьного возраста имеют симптомы, характерные для СРК.

Список литературы:

1. Rasquin-Weber, A. Childhood functional gastrointestinal disorders / A. Rasquin-Weber [et al] // Gut. – 1999. – Vol. 45. – P. 1160 – 1168.
2. Agreus, I. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the population: overlap and lack of stability over time / I. Agreus [et al] // Gastroenterology. – 1995. – Vol. 109. – P. 671– 680.
3. Drossman, D.A. US householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact / D.A. Drossman [et al] // Digestive Diseases and Sciences. - 1993. – Vol. 38. – P. 1569 – 1580.
4. Camilleri, M. Review article: irritable bowel syndrome / M. Camilleri, M.G. Choi // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 1997. – Vol.11. – P. 3-15.
5. Щербаков, П.Л. Синдром раздражённого кишечника / П.Л. Щербаков // Доктор Ру. - 2004. – №5. – С. 18 – 23.

ВРОЖДЕННЫЕ ПНЕВМОНИИ И ФАКТОРЫ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Янковская Н.И. – к.м.н., доцент

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно,
Беларусь, e-mail: ped2@grsmu.by*

To assess a role of obstetric and perinatal risk factors of intrauterine pneumonia (JUP) the authors analyzed 180 newborns with and without clinical symptoms of JUP. Maternal risk factors of JUP were acute respiratory infections, acute and chronic infections of urinary tract, oligoamnios and hydramnion, during pregnancy and a prolonged water-free period. Newborns risk factors were low body weight birth asphyxia

Key words: the newborn, a congenital pneumonia, risk factors

Внутриутробная инфекционная патология плода и новорожденно-го является одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной перинатологии. Среди всех форм внутриутробной инфекции (ВУИ) врожденная пневмония встречается наиболее часто и составляет 38% от данной патологии. В структуре смертности новорожденных инфекционные заболевания занимают одно из первых мест и обуславливают от 11% до 45% перинатальных потерь [1, 3].

Факторами риска ВУИ являются острые и хронические инфекционные заболевания беременной, длительный безводный промежуток, воспалительные процессы в плаценте, повторные влагалищные исследования, низкая масса тела младенца при рождении, многоплодие [3].

Классическим путем инфицирования считается трансплацентарное гематогенное проникновение возбудителя. Этот вариант может быть реализован при наличии генерализованного инфекционного процесса или при бессимптомной бактериемии у беременной женщины. Основное значение в развитии ВУП имеет проникновение возбудителя в организм плода бронхогенным путем при аспирации инфицированных околоплодных вод или секрета родовых путей в ante- или интранатальном периодах. Таким образом, источником инфекции при ВУП всегда является мать [2, 3, 4].

Известно, что при внутриутробном инфицировании поражается плацентарная ткань с развитием в ней воспалительного процесса (амнионит, мембранит, периваскулит и т.д.), происходит нарушение внутриплацентарного кровотока, что приводит к развитию хронической гипоксии плода в результате развившейся фетоплацентарной недостаточности [2, 3].

Целью нашего исследования явилось выявление возможных факторов риска формирования ВУП.

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. Так, на диспансерный учет до 12 недель были поставлены женщины основной группы в 95,5% случаев против 96,6% в группе сравнения, до 16 недель – 1,6% и 0,6% беременных в группах сравнения, соответственно, разница не достоверна. 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 акушерско-

го 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% напротив 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 перинатальным факторам риска ВУП 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 - дли-

тельный безводный период; со стороны новорожденных – низкая масса к сроку гестации; асфиксия при рождении.

Список литературы:

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.