

4. Локализованные бактериальные инфекции иногда протекали на фоне нормальных лабораторных показателей.

Таким образом, ранняя, своевременная диагностика и лечение инфекций во время беременности может предотвратить инфицирование плода и новорожденного, снизить частоту врожденных пороков развития.

Литература

1. Кузьмин, В.Н. Проблема внутриутробной инфекции в современном акушерстве / В.Н. Кузьмин, Л.В. Адамян // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучения. – 2017. – №3. – С.32-36.
 2. Лабораторные исследования в неонатологии / А.А. Кишкун. – Москва : Геотар : Медиа, 2022. – 592 с.
-

Синица Л.Н.¹, Пальцева А.И.¹, Дырман Т.В.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

г. Гродно, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У МАТЕРЕЙ, У ДЕТЕЙ КОТОРЫХ РАЗВИЛАСЬ БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ

Введение. В связи с использованием новых перинатальных технологий увеличилась выживаемость детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), превысив 75% [1–3]. Вместе с тем повышается риск заболеваемости в неонатальный период, инвалидизации и летальных исходов в отдаленный период [4, 5]. Одним из факторов инвалидизации новорожденных детей является формирование бронхолегочной дисплазии (БЛД) – заболевание преимущественно недоношенных детей. Согласно литературным данным частыми причинами недоношенности могут быть инфекции беременной, экстрагенитальная патология, истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, патология плода, патология беременности и родов (преэклампсия, отслойка плаценты, преждевременное излитие околоплодных вод), возраст матери, профессиональные вредности, вредные привычки. Немаловажную роль играет привычное невынашивание, бесплодие, инфекционно-воспалительные заболевания половой сферы у женщины, нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК) [2, 3, 5].

Цель исследования. Изучить вклад заболеваемости женщин в период беременности на формирование у недоношенных детей бронхолегочной дисплазии.

Материалы и методы: Проведен статистический анализ анамнеза матерей 75 младенцев, рожденных в ГОКПЦ, продолживших выхаживание в ГОДКБ. Диагноз БЛД был выставлен 38 детям, эти младенцы были отнесены в 1-ю основную группу. У 37 недоношенных новорожденных БЛД не сформировалась – они составили 2 группу (сравнения). Для статистического анализа данных применяли пакет прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США).

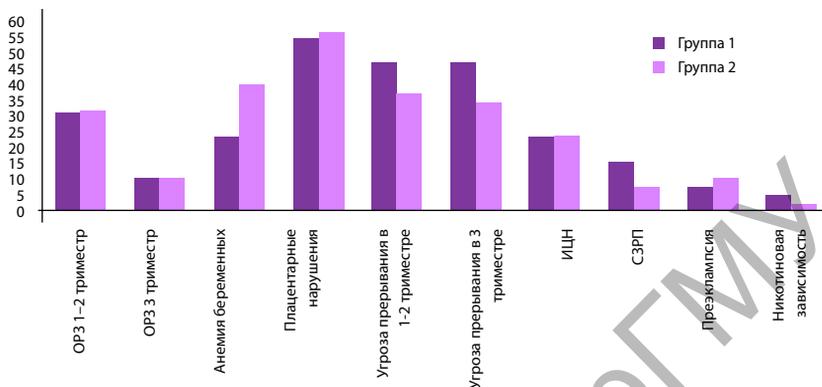


Рисунок 1. Заболевания и осложнения беременности матерей, %.

Результаты исследования. Были проанализированы заболевания и осложнения, возникшие во время беременности: острые респираторные заболевания (ОРЗ) в 1–2 и 3 триместре беременности, анемия беременных, плацентарные нарушения (фето-плацентарная недостаточность, нарушения МППК), угроза прерывания в 1–2 и 3 триместре беременности, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), синдром задержки развития плода (СЗРП), преэклампсия, никотиновая зависимость.

Частота встречаемости данной патологии в обеих группах представлена на рисунке 1.

На рисунке 1 видно, что имела высокая частота патологических состояний во время беременности у матерей обследованных младенцев, что могло способствовать наступлению преждевременных родов. Диагностировалась высокая заболеваемость ОРЗ в 1–2 триместре беременности (24 (32,0%) женщин), анемией беременных (24 (32,0%) матерей). Почти половина матерей имела угрозу прерывания беременности в 1–2 триместре (32 (42,7%) женщины), в 3 триместре угроза прерывания возникла у 31 (41,3%) матери обследованных детей. Чаше в 1-й группе выявлялась угроза прерывания беременности: в 1–2 триместре была диагностирована у 18 (47,4%) женщин в 1-й группе и у 14 (37,8%) матерей во 2-й группе ($p=0,48$); в 3 триместре угроза прерывания беременности диагностировалась у 18 (47,4%) женщин в 1-й группе и у 13 (35,1%) матерей во 2-й группе ($p=0,35$). У половины матерей всех обследованных детей (42 (56,0%) матери) были выявлены плацентарные нарушения, а каждая 4-я женщина во время беременности имела ИЦН (24,0%).

Анализируя способ родоразрешения, установлено, что путем кесарева сечения родилось 66 детей (88,0%), через естественные родовые пути – 9 (12,0%) младенцев. В 1-й группе путем кесарева сечения родилось 35 (92,1%) детей, через естественные родовые пути – 3 (7,9%) ребенка; во 2-й группе – 31 (83,8%) и 6 (16,2%) детей

соответственно. Все операции кесарева сечения были экстренными. Статистических различий по способу родоразрешения между группами выявлено не было, $p=0,27$.

Течение родов у матерей в обследованных группах имело ряд особенностей. В 1-й группе преждевременное отхождение околоплодных вод было диагностировано при рождении 6 (15,8%) детей, во 2-й группе – при рождении 22 (59,5%) детей, $p=0,00015$. Многоводие было диагностировано в 2 случаях при рождении детей 2-й группы.

Анализ характера околоплодных вод показал, что при рождении 6 (8,0%) детей они были с примесью мекония, в 5 (6,7%) случаях – с примесью крови. Межгрупповое сравнение представлено на рисунке 2. Установлено, что в группе детей с БЛД достоверно чаще регистрировалось изменение характера околоплодных вод (примесь мекония или крови), $p=0,026$.

Плацента является важнейшим компонентом фетоплацентарной системы и нарушения функционирования фетоплацентарного комплекса диагностируются при многих осложнениях беременности и родов: врожденные инфекции, анемии вследствие фетоплацентарного перехода, др. Для унифицированного подхода к анализу массы плаценты принято использовать плацентарно-плодовый коэффициент (ППК), равный отношению массы плаценты к массе плода. В 1-й группе ППК был равен $Me=0,28$ (0,23; 0,36), во 2-й группе – $Me=0,24$ (0,22; 0,29), $p=0,021$.

В ряде случаев интранатальный период у матерей осложнился маточным кровотечением: в 1-й группе оно возникло у 8 (21,1%) женщин, в группе сравнения – при рождении 2 (5,4%) детей, $p=0,047$.

Выводы. Анализ ante- и интранатального анамнеза матерей детей с БЛД показал, что достоверно чаще имело место маточное кровотечение в родах ($p=0,047$), были более высокие показатели плацентарно-плодового коэффициента ($p=0,021$), чаще регистрировалось изменение околоплодных вод (примесь мекония, крови), $p=0,026$. Однако, частота преждевременного излития околоплодных вод и длительность безводного периода были больше у детей 2-й группы ($p=0,00015$).

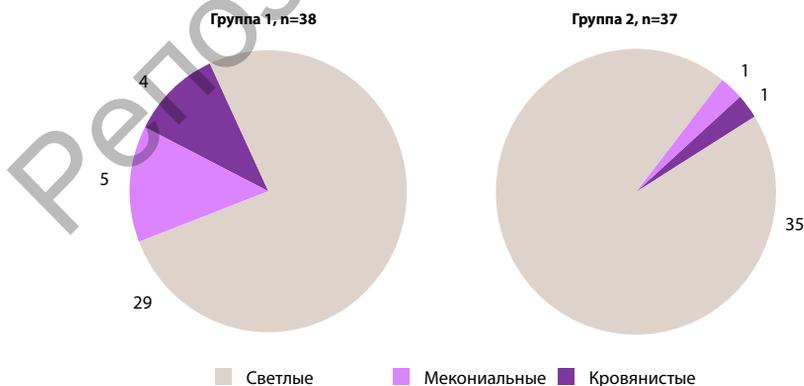


Рисунок 2. Характер околоплодных вод.

Литература

1. Структура причин летальности новорожденных с массой тела менее 1500 г / Н. Г. Капура [и др.] // Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности : сб. науч. тр. / М-во здравоохранения Реп. Беларусь, РНПЦ Мать и дитя ; редкол. Е. А. Улезко [и др.]. – Минск : ГУ РНМБ, 2019. – Вып. 12. – С. 259-264.
 2. Bronchopulmonary dysplasia in very and extremely low birth weight infants – analysis of selected risk factors / P. Kiciński [et al.] // Pol Merkur Lekarski. – 2017. – Vol. 42, № 248. – P. 71-75.
 3. Козарезов, С. Н. Клинико-патогенетические аспекты бронхолегочной дисплазии в стадии хронической болезни : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. Н. Козарезов. – Минск, 2010. – 20 с.
 4. Interdisciplinary care of children with severe bronchopulmonary dysplasia S. H. Abman [et al.] // J Pediatr. – 2017. – Vol. 181. – P. 12-28. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.10.082.
 5. Состояние здоровья глубоко недоношенных детей на первом и втором этапах выхаживания / Н. Г. Капура [и др.] // Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности : сб. науч. тр. / М-во здравоохранения Реп. Беларусь, РНПЦ Мать и дитя ; редкол. Е. А. Улезко [и др.]. – Минск : ГУ РНМБ, 2019. – Вып. 12. – С. 252-258.
-

Синица Л.Н.¹, Парамонова Н.С.¹, Пархоменко А.В.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

г. Гродно, Республика Беларусь

ПРОВЕДЕНИЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ: ЗНАЧИМОСТЬ В ФОРМИРОВАНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение. За последние десятилетия частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению и колеблется от 4 до 16% [1, 2]. В Беларуси доля преждевременных родов стабилизировалась на уровне 4–5% [2]. Использование новых технологий в реанимации и интенсивной терапии привели к увеличению выживаемости детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), однако повышается риск заболеваемости в неонатальный период, инвалидизации и летальных исходов [1, 3, 4]. Одним из факторов инвалидизации новорожденных детей является формирование бронхолегочной дисплазии (БЛД). Биохимическое созревание легких происходит в 3 триместре беременности и характеризуется созреванием сурфактанта, основной функцией его является снижение поверхностного натяжения альвеол и препятствие их спадению на выдохе [1, 4]. На антенатальном этапе применение глюкокортикоидов увеличивает степень зрелости легочной ткани новорожденных [1, 4]. Исследования показали, что глюкокортикоидные рецепторы присутствуют в легких плода, и глюкокортикоиды стимулируют дифференциацию клеток и синтез сурфактанта, увеличивают число альвеолоцитов 2 типа с одновременной интенсификацией их функции [1, 2, 4].

Цель исследования. Установить роль проведения пренатальной профилактики синдрома дыхательных расстройств в формировании бронхолегочной дисплазии у недоношенных новорожденных.