

## 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.<sup>1</sup>, Парамонова Н.С.<sup>1</sup>, Пархоменко А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup> 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.

**Материалы и методы.** Проведен статистический анализ анамнестических данных 75 младенцев, рожденных в ГОКПЦ, продолживших выхаживание в ГОДКБ в 2016–2021 гг. 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). В соответствии с клиническим протоколом «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» №17 от 19.02.2018 г, действовавшим в период проведения исследования, рекомендовалось внутримышечное введение дексаметазона по 4 мг через 8 часов в течение двух суток (курсовая доза – 24 мг) при угрозе преждевременных родов в сроке 26–35 6/7 недель с целью профилактики развития синдрома дыхательных расстройств (СДР) [5]. Оптимальным является вариант, когда между последним введением дексаметазона и рождением плода проходит более 24 часов. В этом случае профилактика СДР считается проведенной в полном объеме.

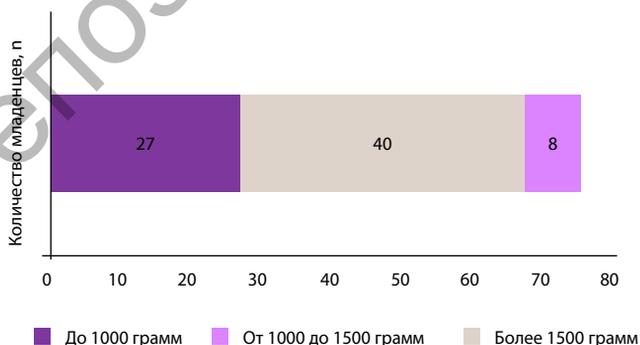
Для статистического анализа данных применяли пакет прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США).

**Результаты исследования.** Среди всех обследованных детей мальчиков было 46 (61,3%), девочек – 29 (38,7%). В основной группе: мальчиков – 24 (63,2%), девочек – 14 (36,8%); в группе сравнения было 22 (59,5%) мальчика и 15 (40,5%) девочек,  $p=0,81$ . В обеих группах преобладали мальчики.

Медиана массы тела всех обследованных детей при рождении равнялась 1150,0 (970,0; 1400,0) грамм, минимум – 600,0 грамм, максимум – 2300,0 грамм. Количество недоношенных с экстремально низкой, очень низкой массой тела при рождении, а также с массой более 1500,0 грамм представлено на рисунке 1.

Следует отметить, что 89,3% младенцев имели ЭНМТ и ОНМТ (до 1500 грамм).

Длина тела детей у всех обследованных новорожденных была равна  $Me=37,0$  (35,0; 41,0) см, окружность головы составила  $Me=28,0$  (26,0; 29,0) см, окружность груди –  $Me = 26,0$  (24,0; 28,0) см.



**Рисунок 1. Распределение всех обследованных детей по массе тела при рождении, n.**



**Рисунок 2. Полнота проведения профилактики СДР, %.**

Далее проанализированы различия в антропометрических данных между группами обследованных детей. Дети основной группы родились с массой тела  $M_e=1025,0$  (900,0; 1250) грамм, минимальная масса была 600,0 грамм, максимальная – 2300,0 грамм. У новорожденных 2-й группы масса тела была  $M_e=1200,0$  (1050; 1430) грамм, минимальная – 840,0 грамм, максимальная – 2030,0 грамм. Таким образом, в группе 1 новорожденные имели статистически достоверно меньшую массу тела при рождении ( $p=0,0091$ ).

Среди всех обследованных детей профилактика СДР в полном объеме проведена в 40 случаях (53,3%), в неполном объеме – в 11 (14,7%), а не проведена совсем – в 24 (32,0%) случаях. Межгрупповые отличия представлены на рисунке 2.

При анализе частоты проведенной в полном объеме профилактики СДР дексаметазом установлено, что имеется достоверные различия между группами 1 и 2,  $p=0,049$ .

Установлено, что в группе сравнения профилактика СДР (в полном объеме или частично) проводилась статистически достоверно чаще, чем в основной группе,  $p=0,00071$ .

**Выводы.** Антенатальная профилактика СДР дексаметазоном (включая частично проведенную) статистически достоверно чаще была осуществлена в группе бетей без БЛД, чем в основной группе ( $p=0,00072$ ), поэтому введение дексаметазона в дородовом периоде оправдано даже при невозможности соблюдения временной интервал после последнего введения до рождения недоношенного ребенка.

### Литература

1. Avery's diseases of the newborn / [edited by] C. A. Gleason, S. U. Devaskar. – 9th ed. – 2012. – P. 659, 665-666, 670.
2. Неонатология : учебник / А. К. Ткаченко [и др.]; под ред. А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. – Минск : Вышэйшая школа, 2021. – 575 с.
3. Комплексная характеристика глубоко недоношенных детей на этапе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных по данным сплошной выборки / С. В. Аборин [и др.] // Практическая Медицина. – 2017. – Т. 7, № 17. – С. 119-125.
4. Бронхолегочная дисплазия : монография; под ред. Д. Ю. Овсянникова, Н. А. Геппе, А. Б. Малахова, Д. Н. Дегтярева. – Москва : СевенПринт, 2022. – 176 с.
5. Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»: постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, 19.02.2018 г., № 17.