

наибольшую опасность – 94. Количество подростков, проживающих в бациллярных очагах – 29, из них в МЛУ-очагах – 21. Количество детей (от 0 до 17 лет), проживающих в очагах активного туберкулеза без бактериовыделения – 89 человек.

Выводы:

1. С 2006 года в Гродненской области ТБ заболеваемость у детей сохранялась на низком уровне – 1,2 на 100 000 населения, с четкой тенденцией к снижению и к 2015 году достигла минимума – 0,6 на 100 000 населения.

2. Заболеваемость туберкулезом среди подростков значительно выше, что требует повышенного внимания специалистов педиатрической и фтизиатрической служб к этой возрастной группе населения.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПЛАЦЕНАРНОГО КОМПЛЕКСА

*Артемчик Т.А., Крастелева И.М.**

УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра детских инфекций

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра неонатологии и медицинской генетики

Введение: В настоящее время цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) занимает одно из ведущих мест среди всех врожденных инфекций и является важной проблемой акушерско-гинекологической и педиатрической служб. Последствия этого заболевания наносят значительный демографический, медицинский, социальный и экономический ущерб. Возбудитель способен передаваться от матери плоду в антенатальном (трансплацентарно) и постнатальном периодах, вызывая неблагоприятные последствия для течения и исхода беременности, плода и новорожденного ребенка.

Роль патоморфологического исследования последа в диагностике врожденной ЦМВИ особенно велика, т.к. результаты исследования позволяют уточнить этиопатогенез имеющейся патологии.

Целью работы явилось изучение течения и исходы беременностей, морфологическое состояние плацент в случаях рождения новорожденных, имевших врожденную ЦМВИ.

Объект и методы исследования. Для решения поставленных задач было сформировано 2 группы. В исследуемую группу вошли 80 пациентов с врожденной ЦМВИ от 77 матерей (3 двойни). Возраст матерей составил от 18 до 39 лет, медиана (25-75%) значения возраста женщин исследуемой группы составила 26 (24-29). В группу сравнения вошли 30 пациентов с ВУИ не ЦМВ этиологии. Возраст матерей группы сравнения составил 25,5 (24-28) лет. Достоверных различий в возрасте матерей в группах не выявлено. Проведено гистологическое исследование 93 плацент, из которых 63 плаценты от женщин, дети которых родились с врожденной ЦМВИ (исследуемая группа), и 30 плацент от женщин детей группы сравнения. Для светооптического исследования образцы плаценты фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Патоморфологическое исследование последов проводили на базе отделения детской патологии Городского клинического патологоанатомического бюро г. Минска (заведующий Клецкий С.К.).

Статистическую обработку проводили с применением пакета прикладных программ «STATISTICA 6» с использованием методов непараметрической статистики. Сопоставление частоты появления качественных признаков проводилось с помощью Хи-квадрата с поправкой Йетса и точного критерия Фишера.

Результаты и их обсуждение. У женщин репродуктивного возраста на состояние маточно-плацентарного кровотока, течение беременности и трансплацентарную передачу ЦМВ оказывает влияние генитальная патология. Проведенный анализ акушерско-гинекологического анамнеза определил, что каждая третья (29,9%) женщина исследуемой группы имела антенатальные потери. У женщин в группе сравнения неблагоприятные исходы беременности наблюдались также часто – в 27,7% случаях.

В результате анализа гинекологического анамнеза было выявлено, что у матерей детей группы сравнения хроническая гинекологическая патология встречалась чаще по сравнению с исследуемой группой (34,5% и 28,6% соответственно) и характеризовалась наличием в анамнезе эрозии шейки матки (18,2% случаев против 20,7%), дисфункции яичников (3,9% случаев против 3,5%), хронического аднексита (5,2% случаев против 10,4%), фибромиомы матки у 1,3% матерей детей исследуемой группы. Статистически достоверных различий по данным акушерского и гинекологического анамнеза у женщин в группах выявить не удалось ($p > 0,05$).

Патологическое течение беременности у матерей детей исследуемой группы наблюдалось в 74 (96,1%) случаях, а в группе сравнения – у 24 (82,8%) женщин, что достоверно выше в группе матерей детей с врожденной ЦМВИ ($p < 0,05$). В исследуемой группе достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались угроза прерывания беременности ($59,5 \pm 5,7\%$), кольпит ($85,1 \pm 4,1\%$), маловодие ($44,6 \pm 5,8\%$), синдром задержки роста плода ($21,6 \pm 4,8\%$), хроническая внутриутробная гипоксия плода ($50 \pm 5,8\%$), фетоплацентарная недостаточность ($51,4 \pm 5,8\%$), чем в группе сравнения ($29,2 \pm 5,3$, $33,3 \pm 5,5\%$, $8,3 \pm 3,2\%$, 0% , $4,2 \pm 2,3\%$, $12,5 \pm 3,8\%$, соответственно). В исследуемой группе 66,3% женщин переносили острые респираторные заболевания во время беременности.

Данные изменения могли стать причиной острой или хронической внутриутробной гипоксии плода и способствовать персистенции, а в дальнейшем и активации ЦМВ в организме беременной женщины, а также повышению проницаемости фетоплацентарного барьера, что приводит к внутриутробной передаче инфекции от матери к плоду.

В формировании врожденной ЦМВИ наибольшее значение имеет трансплацентарный (гематогенный) путь передачи.

У женщин исследуемой группы зрелая плацента без воспалительных изменений выявлялась в 19 (30,2%) случаях. Нарушение созревания хориона микроскопически характеризовалось неравномерным созреванием отдельных ворсин, с преобладанием промежуточных зрелых и незрелых ворсин. Воспалительные изменения в плаценте исследуемой группы встречались чаще

($p < 0,001$): 50,8% наблюдений по сравнению с группой сравнения 6,7%. В плаценте детей с врожденной ЦМВИ преобладали воспалительные изменения ворсин хориона и межворсинчатого пространства с развитием субхориального лимфоцитарного или лимфогистиоцитарного интервиллусита в 22,2% и виллусита в 17,5% наблюдений, что свидетельствует о гематогенном (трансплацентарном) пути инфицирования плода ЦМВ. Воспалительные изменения в виде децидуита выявляли в 14,3%, хориодецидуита в 11,1% и хориоамнионита в 12,7% наблюдений. Кальцинаты в межворсинчатом пространстве, в строме ворсин и в сосудах ворсин хориона определяли в 7,9% случаев, специфические клетки с цитомегалической трансформацией по типу «совиного глаза» – в 1,5% плацент. По данным гистологического исследования достоверно чаще в плаценте беременных женщин исследуемой группы из воспалительных изменений выявляли виллусит ($p < 0,01$), интервиллусит ($p < 0,01$) и хориоамнионит ($p < 0,05$).

В плаценте женщин в группе сравнения определяли зрелую плаценту в 76,7% случаев.

Резюмируя вышесказанное, можно отметить, что патологическое течение беременности в виде угрозы прерывания, кольпита, синдрома задержки роста плода, маловодия, хронической внутриутробной гипоксии плода, фетоплацентарной недостаточности с воспалительными изменениями в плаценте в виде виллусита, интервиллусита, хориоамнионита являются факторами риска по реализации врожденной ЦМВИ, что требует целенаправленного исследования.

Внутриутробное действие ЦМВ может привести к преждевременным родам, синдрому задержки роста плода и гипоксии, что может отразиться не только на антропометрических параметрах у новорожденного, а также и на оценке по шкале Апгар.

Оценивая состояние перинатального периода в первые сутки жизни у новорожденных в группах было выявлено, что у новорожденных с врожденной ЦМВИ медиана (25-75%) срока гестации составила 37 (34,5-38) недель, массы тела – 2755 (1770-3140) г., длины тела – 49 (43,5-51,5) см. Доношенных детей было 52,5%, недоношенных – 47,5%. В группе сравнения медиана срока гестации у новорожденных составила 39 (38-39) недель, массы тела – 3260 (3040-3730) г., длины тела – 51 (50-53) см. Доношенных детей было 83,3%, недоношенных – 16,7%.

Статистическая обработка антропометрических данных и гестационного возраста в группах сравнения выявила, что срок гестации, масса тела и длина тела новорожденных достоверно меньше в группе детей, инфицированных ЦМВ ($p < 0,001$).

При оценке состояния новорожденных в исследуемых группах по шкале Апгар на первой и пятой минутах выявлено, что оценку 8-10 баллов на первой минуте жизни имели половина новорожденных в исследуемой группе и все новорожденные в группе сравнения (52,5% и 100% соответственно). Оценку 4-7 баллов на первой и пятой минуте жизни в исследуемой группе получили 28,8% и 16,3% новорожденных соответственно, что соответствует асфиксии умеренной степени. Оценка по шкале Апгар 3 балла и менее в исследуемой группе на первой минуте жизни была у 18,8% пациентов, что соответствует

асфиксии тяжелой степени. ИВЛ потребовалась 17 (21,2%) новорожденным детям только в исследуемой группе. Все новорожденные в группе сравнения на первой и пятой минутах жизни оценены 8 баллов и выше. Достоверно чаще ($p < 0,05$) в исследуемой группе встречались новорожденные с умеренной и тяжелой асфиксией, которым требовалась ИВЛ.

Заключение: наиболее частыми проявлениями врожденной ЦМВИ являются воспалительные изменения в плаценте в виде виллузита, интервиллузита и хориоамнионита на фоне осложненного течения беременности. Кроме того, исходами беременности являются преждевременные роды и рождение детей в состоянии умеренной и тяжелой асфиксии, которые требуют искусственной вентиляции легких в первые минуты жизни.

Список литературы:

1. Алгоритм выявления, комплексного обследования и динамического наблюдения детей раннего возраста с цитомегаловирусной инфекцией: инструкция по применению № 031-0312: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 13.04.2012 г. / Бел. гос. мед. ун-т ; 3-я гор. детская клинич. больница; Гор. детская инфекц. клинич. больница; сост.: И.Г. Германенко, Т.А. Артёмчик, Т.И. Лисицкая, Н.И. Рожновская, Н.В. Бруй, Н.Л. Клюйко. – Минск, 2012. – 8 с.
2. Артёмчик, Т.А. Врожденная цитомегаловирусная инфекция на современном этапе / Т.А. Артёмчик // Мед. журн. – 2012. – № 3. – С. 8-10.
3. Артёмчик, Т.А. Клинико-лабораторные характеристики врожденной цитомегаловирусной инфекции в неонатальном периоде / Т.А. Артёмчик, И.М. Крастелева // Мед. журн. – 2014. – № 1. – С. 135-138.
4. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений: практическое руководство / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. – СПб.: Элби, 2002. – 352 с.
5. Awareness of and knowledge about mother-to-child infections in Japanese pregnant women / I. Morioka [et al.] // Congenit. Anom. – 2014. – Vol. 54, №1. – P. 35-40.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГОТРАХЕИТОВ У ДЕТЕЙ

*Байгом С.И., Марушко И.В. *, Литавор А.М. **

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

1-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. Наиболее частыми осложнениями острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей являются различные заболевания ЛОР-органов. Острые ларинготрахеиты занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей [1]. Развитие заболевания связано с возрастными особенностями строения дыхательных путей у детей раннего возраста: относительно узким просветом гортани, воронкообразной формой гортани, рыхлой волокнистой соединительной тканью подсвязочного аппарата, что обуславливает склонность к развитию отека.

Цель исследования: изучить течение острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей в современных условиях.