

Выводы. Выявлена достоверно более высокая длительность ИВЛ и кислородозависимости у детей с ЭНМТ по сравнению с детьми с ОНМТ. Это может быть взаимосвязано с более низкими концентрациями бикарбонатов, актуального дефицита оснований, и более высокими уровнями лактата в первые 8 часов жизни у новорожденных с ЭНМТ.

Литература

1. Avery's Diseases of the Newborn – 9th ed. / Ed.by C.A. Gleason, S.U. Devaskar. – Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2012. –1498 P.

2. Устинович, Ю.А. Приоритеты в интенсивном выхаживании недоношенных новорожденных / Ю.А.Устинович // – Минск: Альвенто, 2012. – 144 с.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

¹Янковская Н.И., ²Шор-Ярошевич А.И.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Актуальность. Состояние здоровья внутриутробно развивающегося плода, а в дальнейшем и новорожденного младенца, в полной мере зависит от состояния здоровья его матери. Различные отклонения в состоянии здоровья беременной женщины, а также действие неблагоприятных факторов внешней среды приводят к возникновению патологических состояний у плода и новорожденного [1, 2].

Внутриутробная инфекционная патология плода и новорожденного является одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной перинатологии. Внутриутробная пневмония является одной из наиболее частых форм внутриутробной инфекции (ВУИ). Ее частота колеблется от 11% до 38%. В отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденные младенцы с пневмониями составляют 15-20%, причем более половины из них - недоношенные дети [1, 3].

С одной стороны, рост ВУИ объясняется, прежде всего, разработкой и внедрением новых, более информативных, методов диагностики и, как следствие, повышением процента выявляемо-

сти 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].

Факторами риска ВУИ со стороны матери являются: инфекционные заболевания беременной, длительный безводный промежуток, хориоамнионит, повторные влагалищные исследования; со стороны плода - низкая масса тела при рождении, многоплодность, респираторный дистресс-синдром, внутриутробная гипоксия[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 внутриутробной пневмонии 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 врожденных пневмониях 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 внутриваггинального кровотока, что приводит к развитию хронической гипоксии плода в результате развившейся фетоплацентарной недостаточности[2,3].

Цель исследования: выявление возможных факторов риска формирования внутриутробных пневмоний.

Методы исследования: для реализации заданной цели были проанализированы истории 180 новорожденных, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных УЗ «ГОДКБ». В основную группу вошли 120 детей с внутриутробными пневмониями, что составило 72,6% из всех поступивших в отделение за последний год. Группа сравнения представлена 60 новорожденными без ВУИ.

Результаты исследования. Средний возраст матерей в группах сравнения достоверно не отличался. Анамнестические характеристики женщин (отягощенный акушерский и гинекологиче-

ский 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 беременности были поставлены женщины основной группы в 95,5% случаев против 96,6% в группе сравнения.

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). Течение беременности отягощалось анемией легкой степени у каждой третьей женщины из основной группы и каждой четвертой из группы сравнения. Частота угрозы прерывания беременности в группах сравнения не имела достоверных различий (30,2% и 36,6% соответственно). Гестозы второй половины беременности также встречались одинаково часто в обеих группах (26% и 20%).

Женщины основной группы достоверно чаще (53%), чем в группе сравнения (23,3%) болели острой респираторной инфекцией, 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 чаще ($p < 0,05$), 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%. Экстренных операций в основной группе было в 3,5 раза больше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). При самостоятельных родах преждевременное 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). Аномалии родовой деятельности встречались одинаково часто (15,1% и 16,7%) 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) ($p < 0,05$).

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 детей с внутриутробными пневмониями сразу поступили в отделение интенсивной терапии и были переведены на ИВЛ в связи с дыхательными расстройствами и неадекватностью спонтанного дыхания.

Выводы. Таким образом, к перинатальным факторам риска внутриутробных пневмоний во время беременности и родов можно отнести:

- острые респираторные инфекции, особенно в третьем триместре беременности;
- острые и хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы;
- мало- и многоводие, плацентит;
- длительный безводный период;
- родоразрешение путем экстренного кесарева сечения.

Дети с внутриутробными пневмониями чаще рождаются недоношенными и в асфиксии тяжелой и умеренной степени.

Литература

1. Володин Н.Н., Неонатология. Национальное руководство, «ГЭОТАР-Медиа», 2008.-214-216с.
2. Фризе, К. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных; пер. с нем. / К. Фризе, В. Кахель – Москва : Медицина, 2003. - 422с.

3. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции: практ. рук-во / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. - Санкт-Петербург :Элби СПб, 2002.- 351с.

4. Griffiths P.D. Strategies to prevent infections in the neonate / P.D. Griffiths// Semin Neonatol. – 2002. - Vol.7, № 4. - P.293-299.

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНВАЗИИ В ЭТИОЛОГИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

¹Янковская Н.И., ²Васильченко Л.Н., ²Крайняя А.Ф.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

Актуальность. Этиология некротического энтероколита (НЭК) мультифакториальна. Это гетерогенное заболевание и основными его компонентами являются ишемия, причинных факторов которой в перинатальном периоде достаточно много: асфиксия, гипоксия, гипотония, открытый артериальный проток, полицитемия, анемия, катетеризация пупочной вены, заменное переливание крови и т.д. Перинатальные инфекции – существенный фактор риска развития НЭК [2]. Многие эпидемиологические исследования подтверждают, что НЭК ассоциирован с одним или несколькими бактериальными агентами. При бактериологическом исследовании кала наблюдается рост кишечной палочки, фекального стрептококка, серрации, клебсиеллы, эпидермального стафилококка, клостридий, грибов рода *Candida*. В 25% высеваются ассоциации этих агентов. Предполагают важную роль анаэробов в генезе этой патологии (клостридии).

Определенное значение имеет контаминация несколькими нормальными аэробами – грамотрицательные симбионты. Эндотоксины их неопасны.

У 20–30% пациентов микробный агент может быть выделен из культуры крови. Чаще это грамотрицательные микробы (кишечная палочка, серрации, клебсиелла и т.д.). Однако до настоящего времени, не выяснено является ли этот микроб первичным патогеном или вторичным (из кишечника) [2].

В период новорожденности НЭК встречается в 2–16% случаев в зависимости от гестационного возраста, около 80% из них