

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО

Л.Н. Гурина, А.Л. Гурин

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

Перинатальная патология – одна из центральных проблем современной педиатрии. Важнейшей особенностью периода новорожденности является тесная связь состояния ребенка после рождения с течением внутриутробного периода. Мать и плод – организм, который необходимо рассматривать как единое целое. Особенности течения беременности оказывают влияние на развитие плода, адаптацию новорожденного к внеутробной жизни и, в дальнейшем, на развитие ребенка [3].

Целью данного исследования явилось изучение пренатального, интранатального периодов у доношенных младенцев с врожденной пневмонией и энцефалопатией новорожденного. Для достижения поставленной цели дети были разделены на три группы. Критерием включения во вторую группу была врожденная пневмония  $n=45$ , критерием исключения – неинфекционные заболевания неонатального периода, критерием включения в третью группу,  $n=83$  – энцефалопатия новорожденного неинфекционного генеза, критерием исключения – наличие инфекционного заболевания у ребенка. Первую группу сравнения составили здоровые доношенные новорожденные  $n=23$ .

Сравнение качественных признаков в двух группах проводилось при помощи классического критерия  $\pm 2$  по Пирсону (если количество абсолютных частот в группах больше 10) и точного критерия Фишера (двусторонний тест, при количестве абсолютных частот в группах меньше 5).

Проведенный анализ материнского анамнеза показал, что средний возраст женщин составил  $26,20 \pm 0,41$  года (от 18 до 40 лет), без достоверной разницы по группам. Большинство матерей (72,3%) обследованных детей имели благоприятный возраст для беременности – от 21 до 30 лет.

Дети с внутриутробной пневмонией чаще рождались от первых родов, чем младенцы с энцефалопатией новорожденного (82,0% и 18,0% детей соответственно,  $p < 0,05$ ).

Осложнения течения беременности были диагностированы у 70 женщин из 151 обследованных, что составило 46,4%.

Установлено, что хроническая герпетическая инфекция на фоне беременности встречалась у женщин второй группы достоверно чаще, чем в первой и третьей группах ( $p_{1-2}=0,02$  и  $p_{2-3}=0,01$ ). Заболевания ЛОР-органов и органов дыхания выявлены у 13,0% беременных из первой группы, 35,5% второй и 15,6% третьей группы ( $p_{1-2}=0,05$  и  $p_{2-3}=0,04$ ).

Заболевания почек и мочевыводящих путей встречались одинаково часто как у беременных второй, так и третьей групп (37,7% и 22,8%). У матерей детей второй группы в 37,7% случаев диагностирован пиелонефрит беременных, первой – в 8,6%, что является статистически значимым ( $p_{1-2}=0,02$ ).

Генитальная инфекция (кольпит, эрозия шейки матки) чаще диагностировалась у матерей детей с врожденной пневмонией (33,3%), по сравнению с беременными из третьей (7,2%) и первой групп (0%,  $p_{2-3}=0,01$  и  $p_{1-2}=0,01$ ).

У 24 матерей новорожденных с перинатальной энцефалопатией беременность протекала на фоне эндокринных заболеваний. Матери здоровых младенцев имели эту патологию в 2 случаях, во второй группе данное заболевание было диагностировано у 1 беременной ( $p_{1-3}=0,05$  и  $p_{2-3}=0,01$ ).

Угроза прерывания беременности была у 68 женщин. По группам данный показатель распределился следующим образом: у матерей здоровых новорожденных угроза прерывания беременности диагностирована в 9 случаях (39,0%), в группе младенцев с энцефалопатией новорожденного в 32 (38,5%), в группе детей с врожденной пневмонией в 16 случаях (35,0%) ( $p=1,00$ ).

Гестоз выявлен у 50 беременных. Наиболее часто встречался у женщин третьей группы (35,7%), реже у матерей второй (20,5%) и первой (13,0%) групп. Достоверно чаще ( $p_{1-3}=0,05$ ) гестоз наблюдался у женщин, дети которых в дальнейшем имели перинатальное поражение ЦНС, в сравнении с данным показателем в первой группе.

Следует отметить, что у матерей из второй группы беременность чаще ( $p_{1-2}=0,05$ ,  $p_{2-3}=0,05$ ) осложнялась фетоплацентарной недостаточностью (ФПН), 32,0% случаев против 9,5% - в третьей и 0% - в первой группе. Высокая частота ФПН во второй группе объясняется единым этиологическим фактором (инфекционным) в развитии как самой ФПН, так и пневмонии новорожденного, что подтверждается и литературными данными [1, 2].

Через естественные родовые пути родилось 128 детей, что составило 85,0%. Путем операции кесарево сечение извлечено 23 ребенка. Роды путем операции кесарево сечение достоверно чаще ( $p<0,005$ ) проводились во второй группе (25,0%) по сравнению с пациентами первой и третьей групп 8,6% и 9,5% соответственно.

При сравнении длительности периодов родов и безводного промежутка достоверно значимых отличий по группам выявлено не было ( $p>0,05$ ).

Мекониальные околоплодные воды были у рожениц как второй так и третьей групп, достоверно чаще встречались ( $p<0,005$ ), у матерей из второй группы. У 1/3 младенцев с внутриутробным инфицированием встречался один из симптомов хронической гипоксии плода (примесь мекония в околоплодных водах).

Анализ результатов макроскопического и микроскопического исследования последа показал, что гистологические изменения в виде децидуита достоверно чаще ( $p=0,04$ ) определялись у пациенток из второй группы, что составило 19,4%, против 2,3% женщин первой группы и 4,3% рожениц третьей группы.

Изучение материнского анамнеза позволило определить показатели пренатального и интранатального периодов, которые имеют тесную взаимосвязь с заболеваниями периода новорожденности:

- беременность у матерей детей второй группы протекала на фоне инфицирования герпетической инфекцией, заболеваний верхних дыхательных путей и ЛОР-органов; в этой же группе наиболее часто встречалась ФПН, мекониальные околоплодные воды, воспаление плаценты, что способствует инфицированности плода;
- матери новорожденных третьей группы достоверно чаще страдали эндокринными заболеваниями, перенесли гестоз во время беременности;
- младенцы с врожденной пневмонией достоверно чаще рождались путем операции кесарево сечение.

Таким образом, выявленные неблагоприятные факторы течения беременности и родов служат дополнительными диагностическими критериями заболеваний периода новорожденности.

## Литература

1. Инфекции, передаваемые половым путем : рук. для врачей / Е.В. Соколовский [и др.]. – Москва, 2006. – 135 с.
2. Филиппов, О.С. Плацентарная недостаточность: современный взгляд на проблему / О.С. Филиппов, Е.В. Карнаухова, А.А. Казанцева. – Красноярск, 2005. – 198 с.
3. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции (вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических составлений) : практ. пособие / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. – Санкт-Петербург, 2002. – 180 с.