

Н.Г. Капура, Т.В. Гнедько, О.Н.Печкурова Перинатальные факторы риска реализации врожденной пневмонии новорожденных

«Государственный научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск

Инфекционная патология является одной из актуальных проблем перинатологии, определяющая уровень младенческой заболеваемости, инвалидизации и смертности новорожденных. Инфекционные заболевания матери во время беременности могут обусловить внутриутробное инфицирование плода и новорожденного. Среди заболеваний беременной, приводящих к инфицированию плода и новорожденного, наибольшего внимания заслуживают урогенитальные инфекции (кольпит, цистит, хронический пиелонефрит), а также хронические инфекции в организме женщины и их обострения во время беременности.

Учитывая, что источником заражения при врожденной пневмонии является мать, нами изучены состояние здоровья и течение беременности у матерей 38 обследованных младенцев, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении новорожденных РНПЦ «Мать и дитя».

При проведении материнского анамнеза установлено, что большинство младенцев 22 (60,5%) родились от матерей с отягощенным акушерским анамнезом. Медицинские аборт и выкидыши отмечены у 20 (52,6%), из них в 6 случаях многократно (30%), в 4-х случаях в анамнезе имело место бесплодие (10,5%). Экстрагенитальная патология отмечена во всех случаях 38 (100%), при этом у каждой третьей (31,6%) наблюдалась сочетанная патология. Среди экстрагенитальной патологии большинство составили заболевания мочеполовой системы (хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, инфекции мочевыводящих путей) - 8 (21%), на втором месте – заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, гепатит, холецистит) -7 (18,4%). Третье место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы – 6 (15,8%). Миопия отмечена в 4-х случаях (10,5%) и в 3-х случаях нарушения жирового обмена I-II ст. По 2 случая имело место варикозное расширение вен нижних конечностей, туберкулез легкого и тазобедренного сустава, заболевания щитовидной железы и сифилис. В единичных случаях отмечен сахарный диабет, хронический ДВС-синдром, тромбоцитопения и неврит лицевого нерва. Урогенитальная патология отмечалась у большинства матерей 31 (81,6%) в виде кольпита, эрозии шейки матки и аднексита, у 10 (32,3%) отмечены инфекции, передающиеся половым путем. Течение беременности осложнялось угрозой прерывания у каждой второй (47,4%), гестозом – у каждой четвертой (23,7%), гриппом и ОРВИ – у каждой пятой (21%). Хро-

ническая фетоплацентарная недостаточность также отмечена у каждой пятой беременной (21%), а хроническая внутриматочная гипоксия плода – у каждой третьей (31,6%).

Большинство детей 26 (68,4%) родились посредством кесарева сечения, при этом в большинстве случаев экстренного 15 (57,7%). Естественным путем родились 12 (31,5%) детей, из них 4 детей недоношенных, двое из двойни.

Доношенных детей было 10 (26,3%). Недоношенных - 28 (73,7%) со сроком гестации $30,84 \pm 0,52$ недель, из них 7 детей глубоко недоношенных 25-29 недель гестации. Масса тела по средним данным среди недоношенных детей составила $1578,04 \pm 106,67$ г. У доношенных детей масса тела при рождении составила $3423,0 \pm 154,56$ г. Доношенные младенцы имели оценку по шкале Апгар на 1-ой минуте $6,50 \pm 0,65$ балла, на 5-ой минуте жизни 2 детей (20%) находились на ИВЛ. Однако уже к концу 1-х суток жизни были переведены на ИВЛ 5 (50%) детей. Остальные дети были переведены на 3-и сутки жизни в инфекционное отделение новорожденных с диагнозом: ВУИ БДУ, локализованная форма.

В тяжелом состоянии родились двое доношенных детей. В состоянии средней тяжести родились 8 детей, однако уже к концу 1-х суток жизни состояние ухудшилось до тяжелого у 5 детей, у остальных детей – к 3-м суткам жизни.

Оценка по шкале Апгар у недоношенных детей на 1-ой минуте составила $4,64 \pm 0,34$ балла, на 5-ой минуте 18 детей (64,3%) находились на ИВЛ. Среди недоношенных детей на 5-ой минуте жизни на ИВЛ находились 18 детей (64,3%). Все недоношенные дети родились в тяжелом состоянии и были переведены в отделение анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии (АР с ПИТН) с диагнозом: Врожденная пневмония; РДС (БГМ), ДН II-III степени. Продолжительность пребывания в отделении АР с ПИТН составила для доношенных младенцев 6,5 суток, для недоношенных – 25,5 суток. Длительность пребывания на ИВЛ у недоношенных детей по средним данным составила 9,6 суток, у доношенных – 4,2.

Клинические проявления врожденной пневмонии характеризовались наличием тяжелого состояния при рождении и выраженной дыхательной недостаточности или ее прогрессированием с первых суток жизни, что требовало проведения ИВЛ. С первых суток жизни 14 из 28 младенцев недоношенных (50%) имели отечный синдром I-II степени. Ранняя и длительная желтуха отмечалась у 6 младенцев, с 3-х суток практически у всех детей были выявлены нарушения терморегуляции с повышением температуры тела до 38° на фоне кувезного выхаживания. Вместе с тем, у 12 младенцев был выявлен ВПС (31,5%), у 5 – персистирующие фетальные коммуникации (ПФК). Врожденные пороки развития (атрезия желчных ходов, нефрокальциноз, незаращение мочевого протока) отмечены у 3-х детей (7,9%). Кроме того 3 детей имели врожденные особенности развития (ВОР): головчатая гипоспадия, водянка яичек, гидроцеле.

Микробиологическое обследование проводилось в основном из 4-х локусов: наружного слухового прохода, носа, зева и околопупочной области. Рост микроорганизмов был выявлен у 32 детей (84,2%). Установлено, что 26 детей (68,4%) были контаминированы *St epidermidis*, в одном случае в сочетании с энтерококком и 5 детей контаминированы стрептококком. Более половины младенцев 23 (60,5%) имели обсемененность в 3-4-х локусах. Таким образом, доминирующее значение имели бактерии рода *Staphylococcus* (68,4%), при этом *St epidermidis*, что предполагает участие флоры амниотической жидкости в контаминации ребенка восходящим путем или интранатально при рождении.

Во всех случаях отмечались рентгенологические признаки пневмопатии и пневмонии. Почти всем детям был поставлен клинический диагноз: Врожденная пневмония, у доношенных в сочетании с аспирацией, у недоношенных – с РДС (БГМ).

При анализе периферической крови в лейкоцитарной формуле у доношенных новорожденных в единичных случаях отмечен сдвиг влево до молодых незрелых форм нейтрофилов, у недоношенных детей качественные изменения в лейкоцитарной формуле в виде миелоцитов и юных нейтрофилов отмечены в период разгара заболевания - на 10 сутки жизни. В то же время прогностическим признаком реализации инфекции является нейтрофильный коэффициент, составляющий в норме 0,2. У обследованных детей он более чем в 3 раза превышал норму как у доношенных ($0,67 \pm 0,06$), так и у недоношенных новорожденных ($0,63 \pm 0,04$).

Таким образом, среди младенцев с реализацией врожденной пневмонии значительно преобладали недоношенные 28 (73,7%). Основными отягощающими факторами внутриутробного инфицирования были наличие хронической инфекции и урогенитальных заболеваний у их матерей, при этом более половины из них имели воспалительные процессы мочеполовой сферы (81,6%). У доношенных детей врожденная пневмония развилась на фоне внутриутробной гипоксии плода и аспирации инфицированных околоплодных вод. Основным клиническим проявлением врожденной пневмонии у недоношенных детей был выраженный РДС.