

Близнюк А.О.

ВРОЖДЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Научный руководитель: канд. мед. наук., доц. Альферович Е. Н.

2-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. При анализе структуры заболеваемости по данным отделения новорожденных за 2023 г. УЗ «6-я городская клиническая больница» случаи врожденной пневмонии заняли 8 место в структуре заболеваемости у новорожденных детей. Данная патология, как правило, связана с инфекционными заболеваниями у матери (хронические очаги и их обострения во время беременности, острые инфекционные заболевания в 3 триместре беременности), внутриутробной гипоксией.

Цель: изучить особенности клинической картины врожденной пневмонии у доношенных новорожденных, проанализировать преобладающую микрофлору в посевах при рождении и проводимую фармакотерапию, оценить факторы риска, ассоциированные с возникновением пневмонии.

Материалы и методы. Были отобраны и проанализированы 28 историй болезни доношенных новорожденных, которые находились на стационарном лечении в УЗ «6-я городская клиническая больница» с диагнозом врожденная пневмония (P23) за период март 2022 г. – декабрь 2023 г. Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Office Excel.

Результаты и их обсуждение. Среди 28 доношенных новорожденных, родившихся в сроке гестации 262-291 дней и массой тела от 2650 до 4300 грамм (μ 3600 г.), девочки составили 64%. Роды через естественные родовые пути наблюдались в 50% случаев, из них у 35,7% детей использовалась вакуум-экстракция. В асфиксии родились 2 ребенка (7,1%), в состоянии хронической внутриутробной гипоксии – 19 детей (67,8%).

Клиническая картина развивалась в первые часы жизни и заключалась в нарастании дыхательной недостаточности, кислородозависимости и интоксикационного синдрома. Дыхательная недостаточность 1 степени развилась у 64,3% детей, 3 степени – у 35,7 %. В 10,7% случаев наблюдалась тяжелая клиника заболевания, которая проявлялась в виде дыхательной недостаточности 3 степени и сердечной недостаточности 1 степени, гипокоагуляционного, геморрагического (легочное кровотечение), гипертермического синдромов. На втором этапе диагноз врожденной пневмонии был снят у 4 новорожденных (14,3%) ввиду отсутствия изменений на контрольной рентгенограмме.

Всем детям при рождении были взяты посевы из зева, уха, глаз и пупочной области. В 60,7% наблюдался рост Gr^+ -флоры, дети с Gr^- -флорой – 14,3%. В 25% случаев посев роста не дал. Новорожденные получали стартовую эмпирическую антибактериальную терапию (полусинтетические пенициллины с ингибитором бета-лактамаз в комбинации с аминогликозидами) и были к ней чувствительны.

В III триместре беременности 75% беременных переносили инфекционную патологию, у 25% женщин в анамнезе было отмечено наличие хронических очагов инфекции. Эти заболевания могли поспособствовать инфицированию плода и новорожденного. Среди осложнений в родах были отмечены преждевременный разрыв плодных оболочек (25%), слабость родовой деятельности (17,8%), обвитие пуповины вокруг шеи плода (10,7%). В 78,6% случаев отошел меконий в околоплодные воды.

Выводы: среди врожденных пневмоний чаще встречалась интранатальная пневмония (92,9%), так как при рождении новорожденным были выставлены высокие баллы по шкале Апгар и клиническая картина развивалась в первые часы жизни. В посевах при рождении преобладала Gr^+ -флора (60,7%), но дети с Gr^- -флорой (14,3%) переносили заболевание тяжелее. Среди факторов риска преобладала инфекционная патология матери в III триместре беременности (75%) и осложнения в родах, что могло привести к гипоксии и повышенной возможности инфицирования