

**Шоонаева Нургуль Джумагазиевна**

*Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек*

## ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

**Резюме.** Осложнения раннего неонатального периода у новорожденных от матерей с острыми вирусными гепатитами встречаются достоверно чаще, чем в группе контроля. Среди детей, родившихся от матерей с ОБГВ выявлены более низкие показатели физического развития и повышенная заболеваемость в первые дни жизни. Перинатальная гипотрофия составила 16,7%. При ОБГС у матери чрезвычайно высокой была частота встречаемости внутриутробной инфекции (до 25,2%). Асфиксия у новорожденных группы сравнения встречалась в 5,5 раза чаще, чем в группе контроля.

**Ключевые слова:** острый вирусный гепатит, родильницы, новорожденные.

### Введение

Вирусные гепатиты представляют собой серьезную медицинскую и социальную проблему ввиду их широкого распространения, множественных естественных и искусственных путей передачи, тяжелого течения, формирования хронических форм с развитием цирроза и рака печени, а также представляют реальную угрозу не только для будущей матери, инфицированной этими вирусами, но и для ребенка (Косаговская И.И., Волчкова Е.В., 2013; Arfaoui D. et al, 2010).

Вирусные гепатиты и беременность оказывают взаимно-отягощающее влияние. Проявлениями этого влияния являются: высокий процент недонашиваемости, преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, кровотечения в раннем и позднем послеродовом периодах, создается угроза инфицирования ребенка данными вирусами с развитием вялотекущих форм хронического вирусного гепатита (Кузьмин В.Н., 2008; Курбанов Ш.М., Рахматуллоева Д.М., 2010; Lam N.C. et al, 2010).

Целью данного исследования явилась оценка физического развития и состояния здоровья новорожденных у родильниц с острыми вирусными гепатитами А, В и С.

### Материал и методы

На базе Республиканского родильного дома (г. Бишкек) проведено обследование 237 родильниц и их новорожденных. Пациентки были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 33 женщины с гепатитом А (ВГА), 2-ю — 94 женщины с острым вирусным гепатитом В (ОВГВ), 3-ю — 51 пациентка с острым вирусным гепатитом С (ОВГС). Группу контроля составили

59 здоровых женщин. Средний возраст обследованных составил  $23,9 \pm 2,3$  года в группах с вирусными гепатитами и  $22,5 \pm 1,3$  в группе контроля.

Проводился анализ данных, полученных при интервьюировании, клиническом обследовании, из амбулаторных карт и историй родов. Изучали вес и рост плода, его общее состояние, динамику веса новорожденного за время пребывания в стационаре, функциональное состояние у новорожденных при рождении.

### Результаты исследования

В контрольной группе и группе женщин с вирусным гепатитом А (ВГА) все дети родились живыми. У женщин с ВГА в срок родились 87,9% детей, что не имело достоверного отличия от показателя группы контроля, где доношенными родились 91,5% детей (рис. 1). Недоношенными родились 12,1% детей, против 5,1% в контроле, что превышало показатель в 2,4 раза. Переносных детей в группе с ВГА не было. В группе с ОБГВ интранатальная гибель плода отмечена у 4,1% родильниц, в группе с ОБГС антенатальная гибель отмечена в 1,8%, интранатальная — в 5,5% случаев. При этом установлено самая высокая частота рождения недоношенных детей в группе с ОБГВ — 35,1% и с ОБГС — 27,5%, что в 6,9 и 5,4 раза соответственно превышало значение группы контроля, что согласуется с результатами исследования З.М. Магомедовой (2007).

У женщин с ВГА 12,1% детей родились в состоянии средней тяжести и 3% — в тяжелом состоянии (рис. 2). Состояние новорожденных при рождении как среднетяжелое и тяжелое оценивалось у 35,1% женщин с ОБГВ и 17,1% с ОБГС. У родильниц с ОБГС в состоянии средней тяжести родилось 17,6% детей и в тя-

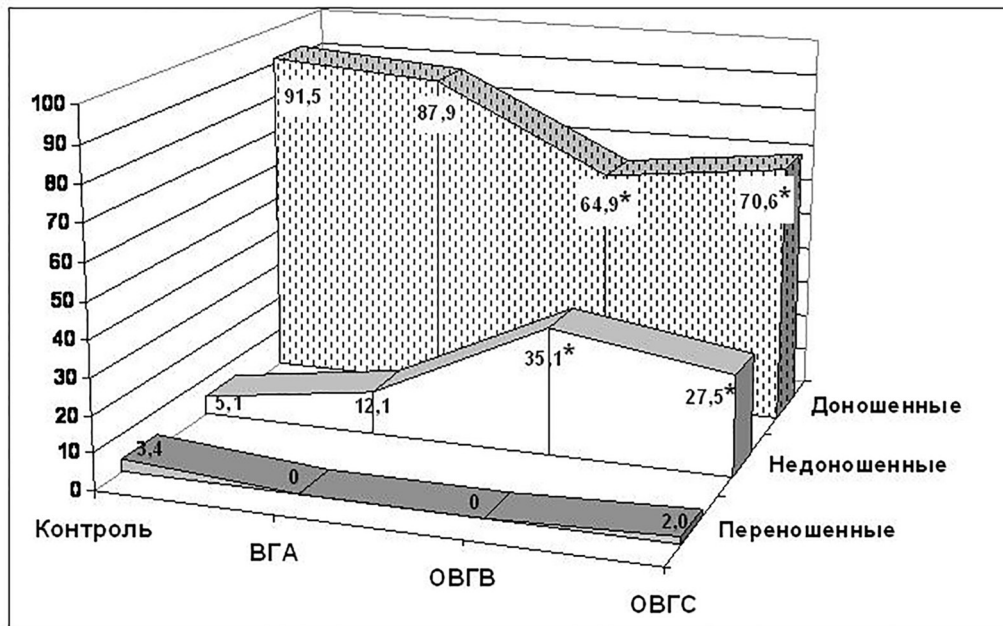


Рис. 1. Распределение новорожденных по сроку рождения (%)  
 Примечание: \* – достоверное отличие от группы контроля при  $p < 0,05$

желом – 3,9%. Таким образом, в группах с вирусным гепатитом В состояние новорожденных средней и тяжелой степени встречалось чаще, что не противоречит данным М.Н. Погромской (2000).

Анализ антропометрических данных новорожденных свидетельствовал о тенденции к более низким их значениям у новорожденных, родившихся от матерей с вирусными гепатитами. Наименьшие антропометрические показатели имели новорожденные от

матерей с ОВГВ, так длина тела составила в среднем  $49,1 \pm 2,3$  см (в контроле  $51,9 \pm 2,7$  см), а масса при рождении  $3117 \pm 348$  г против  $3397 \pm 405$  г в контроле. Антропометрические показатели новорожденных других групп с ВГ достоверных различий с группой контроля не имели.

Практически здоровые дети родились в 79,7% в группе контроля, 78,8% в группе с ВГА, 36,2% – с ОВГВ, 66,7% – при ОВГС.

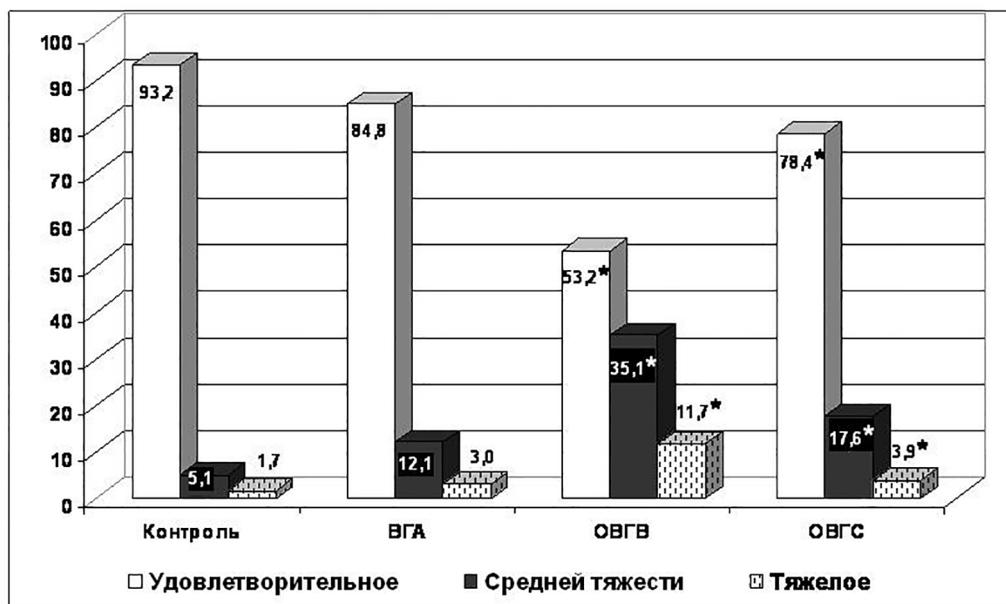


Рис. 2. Состояние новорожденных при рождении (%)  
 Примечание: \* – достоверное отличие от группы контроля при  $p < 0,05$

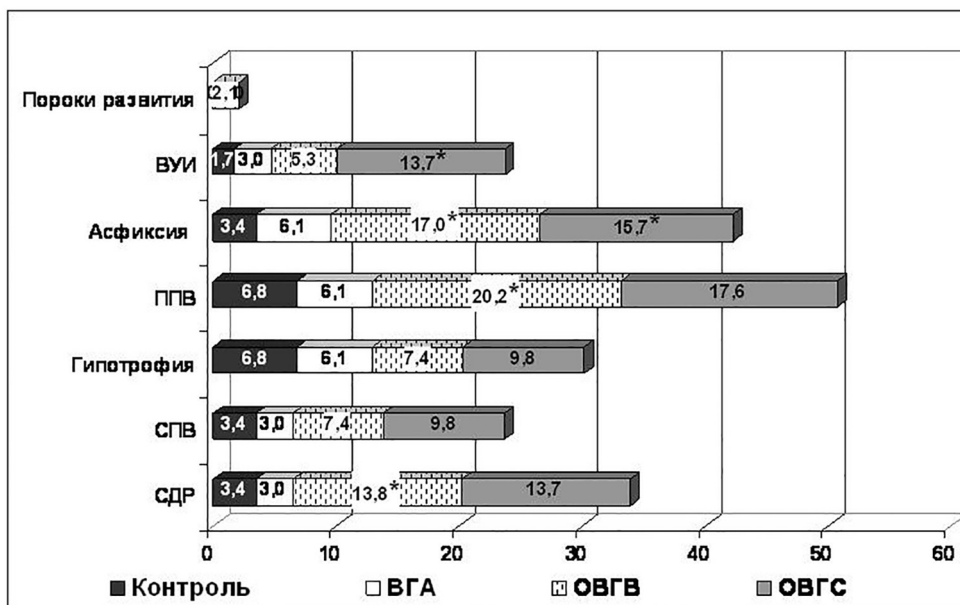


Рис. 3. Структура осложнений в раннем неонатальном периоде (%)  
 Примечание: \* – достоверное отличие от группы контроля при  $p < 0,05$

При изучении структуры осложнений в раннем неонатальном периоде у новорожденных от матерей с ВГА показатели распространенности патологии новорожденных достоверных отличий от группы контроля не имели.

Дети у матерей с ОВГВ чаще имели клинические признаки патологической потери веса (20,2%), конъюгационной желтухи (18,1%), асфиксии новорожденных (17,0%), синдрома дыхательных расстройств (СДР) (13,8%) против 6,8%, 13,6%, 3,4% и 3,4% соответственно в группе контроля (рис. 3).

В группе матерей с ОВГС у новорожденных с большой частотой выявлялись признаки патологической потери веса (17,6%), конъюгационной желтухи и асфиксии новорожденных (по 15,7%), СДР и внутриутробной инфекции (ВУИ) (по 13,7%), что в 2,6, 1,2, 4,6, 4,0 и 8,1 раза превышало соответствующие показатели группы контроля.

При ОВГС у матери частота встречаемости внутриутробной инфекции была чрезвычайно высокой (13,7%). «Синдром инфицированности» проявлялся снижением двигательной активности, мышечного тонуса и рефлексов, патологической весовой кривой, дыхательной недостаточностью, вялым сосанием и срыгиванием.

Прибавка массы тела в группе детей от матерей с ОВГВ и ОВГС была в 4,6 и 4,1 раза меньше, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). В большинстве случаев маленькая прибавка в массе у новорожденных, родившихся от матерей с гепатитом, была обусловле-

на динамией и вялостью сосательного рефлекса у ребёнка, что может быть связано с активностью инфекционного процесса в организме матери (Ершова О.Н. и соавт., 2006).

Сравнительный анализ полученных данных с аналогичными данными контрольной группы показал, что осложнения раннего неонатального периода у новорожденных от матерей группы сравнения встречались достоверно чаще.

У женщин с ВГ ЗВУР отмечалась у 2,6% (19) детей. У данной группы детей в раннем неонатальном периоде отмечалось нарушение постнатальной адаптации, причем 31,6% из них нуждались в наблюдении и лечении в палате интенсивной терапии, 47,4% имели отклонения в неврологическом статусе, чаще всего в виде синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдрома угнетения, гипертензионного синдрома, а также синдрома вегетовисцеральных дисфункций. Оценка по шкале Апгар этих новорожденных выявила наличие среднетяжелой и тяжелой степени асфиксии. Эти дети были склонны к небольшой потере массы тела, но медленному ее восстановлению, отмечалась склонность к длительной транзиторной желтухе и медленному заживлению пупочной ранки, часть из них нуждалась в микроклимате кювета.

Таким образом, дети, родившиеся у матерей с вирусными гепатитами, даже при отсутствии у них явных клинических нарушений, нуждаются в длительном последующем наблюдении.

**Список литературы**

1. Ершова О.Н. и соавт. Естественные пути передачи вируса гепатита С – современный взгляд на проблему // Детские инфекции. – 2006. – Т. 5, № 1 – С. 16–19.
2. Косаговская И.И., Волчкова Е.В. Медико-социальные аспекты вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013. – № 1. – С. 28–38.
3. Кузьмин В.Н. Варианты клинического течения и новые аспекты лечения вирусного гепатита В у беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. № 7, № 2. – С. 86–91.
4. Курбанов Ш.М., Рахматуллоева Д.М. Особенности течения беременности и родов при остром вирусном гепатите // Ж. Мать и дитя. – Душанбе, 2010. – № 3. – С. 34–37.
5. Магомедова З. М. Особенности течения перинатальных вирусных гепатитов // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 2 – С. 55–57.
6. Погромская М.Н. Сравнительная характеристика вирусных гепатитов В и С у беременных и их влияние на роды и здоровье новорожденного: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 24 с.
7. Arfaoui D. et al. Hepatitis B and pregnancy // Tunis Med. – 2010. – Jun;88(6): 383–9.
8. Lam N.C. Caring for pregnant women and newborns with hepatitis B or C [Text] / N.C. Lam, P.B. Gotsch, R.C. Langan // Am. Fam. Physician. – 2010. – Nov 15;82(10): 1225–9.