

Республиканская научно-практическая конференция с международным участием
«Современные перинатальные технологии в решении проблем демографической безопасности», 12 ноября 2026

От материнского анамнеза до неонатального фенотипа: к персонализированной интенсивной терапии недоношенных детей

Пристром И.Ю.[1], Прилуцкая В.А.[2], Курлович И.В.[1], Свирская О.Я.[1]

[1] ГУ РНПЦ Мать и дитя

[2] УО БГМУ, 1я кафедра детских болезней



123 недоношенных новорождённых → **4** группы материнского риска

Гр1 Матери с прегестационным диабетом (1/2 тип) — **n = 11**

Гр2 Матери с гестационным сахарным диабетом — **n = 22**

Гр3 Матери с сопутствующей соматической патологией (изолированно: ССЗ, ЗЛ, ЗМПС) — **n = 14**

Гр4 Матери, имеющие отягощенный инфекционный анамнез беременности — **n = 76**

1. Материалы и методы

Проведены динамическое медицинское наблюдение и обследование, проанализирована медицинская документация данных медицинских карт стационарного пациента **123** недоношенных новорождённых детей, рождённых в Республиканском научно-практическом центре «Мать и дитя» и находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации (с палатами для новорождённых детей) **с мая 2022 по ноябрь 2025 года.**

Гестационный возраст: **28 (27–29)** недель

Масса тела при рождении: **990 (860–1245)** грамм

Мальчики: **78 (63,4%)**

Девочки: **45 (36,6%)**

Критерии исключения

- множественные врождённые пороки развития
- генетические синдромы
- водянка плода и новорождённого
- наследственные метаболические нарушения обмена веществ

Статистический анализ

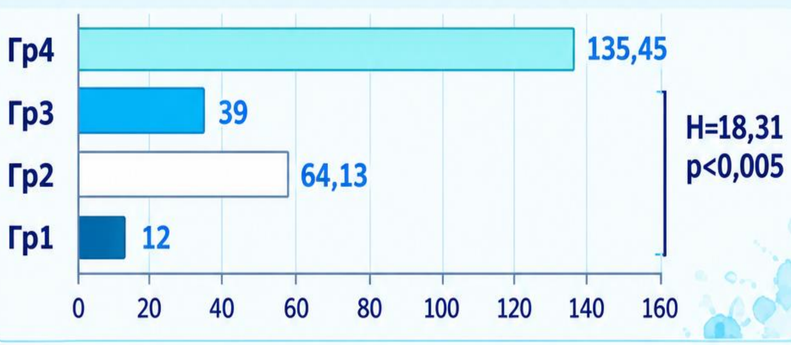
Статистическую обработку материала проводили с использованием Microsoft Excel и MedCalc.

2. Материнский анамнез



Гр2 Гр3 Гр4

Среднее значение длительности безводного промежутка, часы



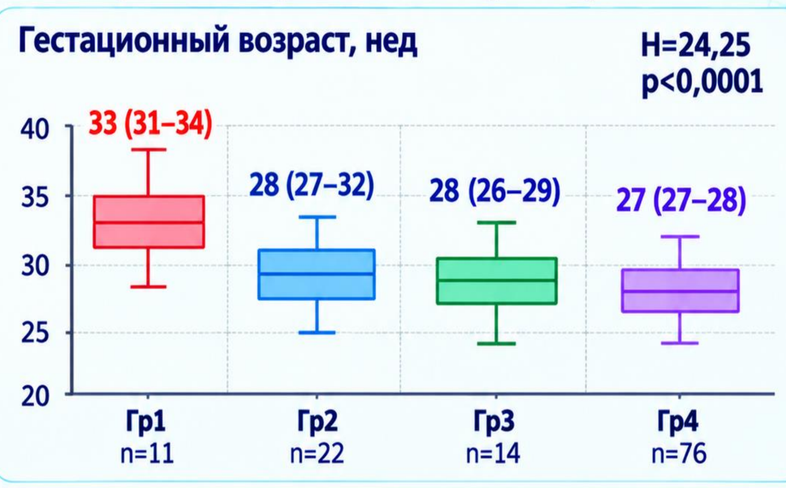
Приоритетным способом родоразрешения было **экстренное кесарево сечение (79%);** в Гр4 отмечено 3 случая родов через естественные родовые пути.

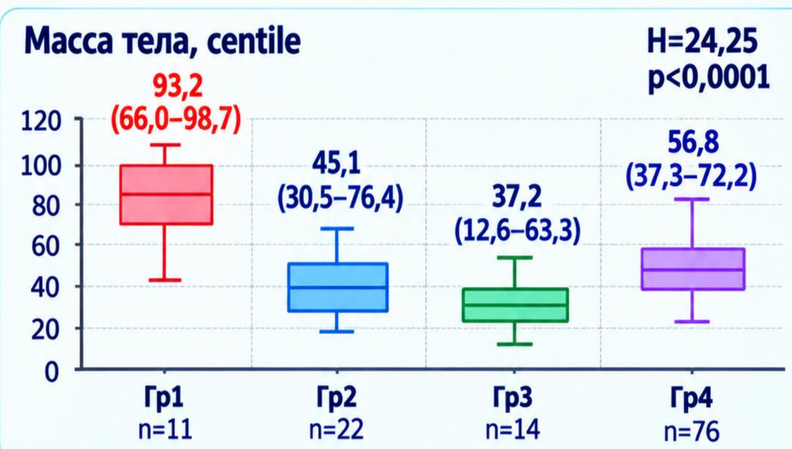
В **Гр1** в **72,7%** случаев (n=8) основной причиной родоразрешения выступала **некорригируемая преэклампсия.**

Основные причины родоразрешения:

- отслойка плаценты — **14,6%;**
- критические нарушения МППК — **19,5%** (n=24);
- нарастание воспалительных маркеров — **53,7%** (n=66).

3. Антропометрическая характеристика





Наиболее выраженная недоношенность и антропометрический дефицит характерны для Гр3 и Гр4.

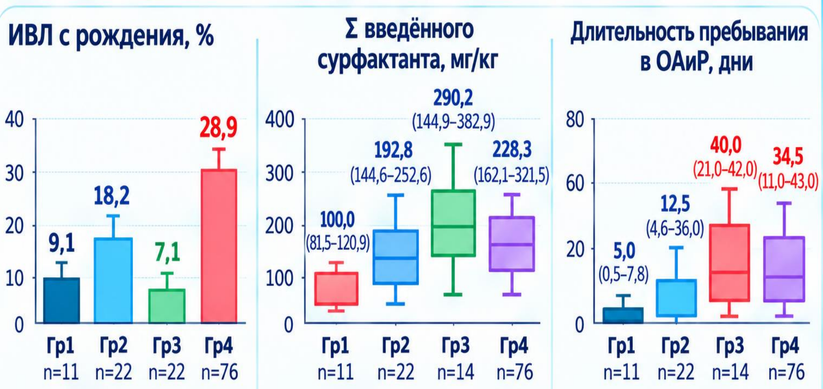
Внутригрупповые различия

Гр1 (преСД): значимые различия между классами преСД по массе при рождении: **H=8,25; p=0,0118;** по длине тела при рождении: **H=8,12; p=0,0174.** Масса выше 90-го центиля: точный критерий Фишера **p=0,0473.**

Гр2 (ГСД): класс А2 ассоциирован с тяжёлыми ВЖК III–IV степени: 0/18 класс А1 против 2/4 класс А2, точный критерий Фишера **p=0,0260.**

Гр3 (соматическая патология): заболевания МПС — 9/14 **(64,3%);** ИВЛ к 5-й минуте — **100%;** СРБ в первые сутки 0,6 (0,4–1,1) без ЗМПС → **3,95** (0,97–6,22) при ЗМПС; **U=6,5; p=0,0497.**

4. Потребность в интенсивной терапии



Наибольшая потребность в респираторной поддержке и наиболее длительная интенсивная терапия отмечены в **Гр3 и Гр4;** интерпретация требует учёта гестационного возраста.

Длительность **CPAP** была максимальной в **Гр3: 13,0 (3,0–19,0)** суток.

5. Осложнения неонатального периода

Осложнения, %	Гр1 n=11	Гр2 n=22	Гр3 n=14	Гр4 n=76
БЛД	18,18	54,55	78,57	79,23
ВЖК 2–4 ст.	18,18	31,82	14,28	39,47
ГЗОАП	9,09	31,82	64,29	68,42

Наиболее высокая частота тяжёлых осложнений отмечена в инфекционно-ассоциированной группе **(Гр4).**

Максимальная частота БЛД, НЭК, ВЖК и гемодинамически значимого ОАП отмечена в инфекционно-ассоциированной группе **(Гр4).**

6. Прогностические факторы

Взаимосвязь срока окончания антенатальной профилактики ГКС с частотой развития БЛД у недоношенных новорождённых.



CUT OFF ≥ 72 часов

чувствительность 85,7%, специфичность 60,71%

Корреляционный анализ

- Гестационный возраст отрицательно коррелировал с длительностью нахождения в **ОАиР (r = –0,614; p<0,05)** и потребностью в ИВЛ **(r = –0,494; p<0,05).**
- Длительный безводный промежуток умеренно коррелировал с тяжёлыми осложнениями:

НЭК (1–36 стадия) — r=0,359; p<0,05;

ВЖК 1–4 ст. — r=0,326; p<0,05;

7. Клинические перспективы

Материнский фактор риска связан с определённым сочетанием характеристик гестационной зрелости, антропометрии, объёма респираторной поддержки и ранних клинических исходов.

Выводы

1 Материнские факторы риска ассоциированы с различными характеристиками гестационной зрелости и физического развития недоношенных новорождённых. При прегестационном сахарном диабете отмечены более высокие показатели массы тела (Me 93,2), при соматической патологии матери — относительно более низкие антропометрические показатели массы тела (Me centile 37,2), тогда как при инфекционном анамнезе — минимальный гестационный возраст (Me 27 недель; общие межгрупповые различия **p<0,0001).**

2 Наибольшая продолжительность интенсивной терапии отмечена в группах соматической патологии и инфекционного анамнеза матери. В Гр3 зарегистрированы максимальные медианы суммарного введения сурфактанта — 290,2 мг/кг, продолжительности CPAP — 13 суток и пребывания в ОАиР — 40 суток (общие межгрупповые различия p<0,0001).

3 Выявленные особенности клинического течения, структуры осложнений и прогностической информативности отдельных антенатальных факторов обосновывают дальнейшую разработку моделей риск-стратифицированного мониторинга и индивидуализации интенсивной терапии недоношенных новорождённых. Дополнительную прогностическую информацию может предоставлять интервал между завершением антенатальной профилактики ГКС и родоразрешением (AUC=0,702; p<0,001).