

УДК 616.441-006.6(476.2+476)

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОПАТИИ И РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ

Клочкова Н. А.

Научный руководитель: ассистент С. Н. Нимер

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Пневмопатии — неинфекционные изменения в легких, которые являются причиной асфиксии новорожденных. К пневмопатиям относят гиалиновые мембраны, отечно-геморрагический синдром, диссеминированные ателектазы легких и отечный синдром.

В периоде новорожденности многие болезненные состояния сопровождаются дыхательной недостаточностью, в клинике они определяются как респираторный дистресс-синдром (РДС). Этиология и механизмы развития РДС разнообразны, а сам термин является собирательным понятием [1, 2].

В иностранной литературе РДС известен также как болезнь гиалиновых мембран и проявляется симптомокомплексом, который характеризуется внезапным началом дыхательной недостаточности, глубокой гипоксией новорожденных, заметным уменьшением эластичности легочной ткани, при этом наиболее характерной морфологической находкой являются гиалиновые мембраны, которые формируются в основном вдоль альвеолярных поверхностей [3].

### **Цель исследования**

Провести клинико-морфологический анализ секционных материалов новорожденных, умерших с клиническими проявлениями РДС.

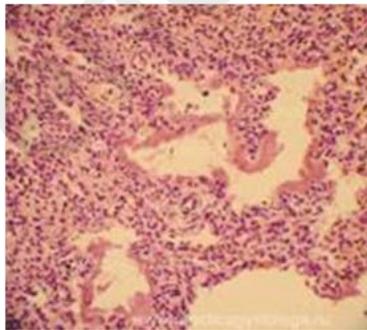
### **Материалы и методы исследования**

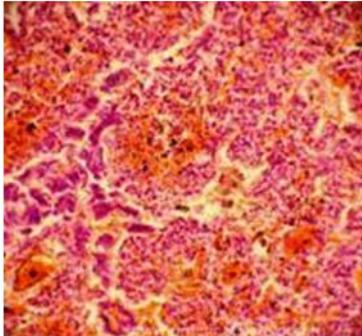
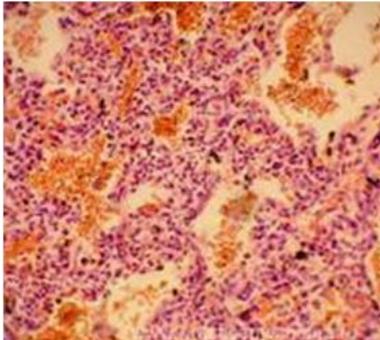
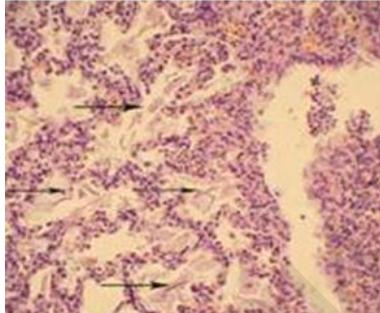
Изучены и проанализированы 30 случая умерших новорожденных (30 архивных морфологических микропрепаратов).

### **Результаты исследования**

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Формы пневмопатии и их характеристика

Форма пневмопатии	Характеристика
<b>Гиалиновые мембраны</b> 	Наиболее тяжелая форма пневмопатии. Чаще наблюдаются у детей менее зрелых, развивающихся в условиях патологического течения беременности и родов. Способствуют внутрижелудочковые кровоизлияния, транзиторная гипофункция щитовидной железы и надпочечников, гиповолемия, охлаждение, двойня. С первых часов после рождения быстро нарастают классические симптомы синдрома дыхательной недостаточности (СДР) II или III степени. При морфологическом исследовании гиалиновые мембраны определяют в просветах альвеолярных ходов, альвеол, реже в просвете внутрилегочных бронхов как эозинофильные, рыхлые, комковатые или уплотненные массы, лежащие в просвете свободно или выстилающие стенки дыхательных путей. В составе гиалиновых мембран обычно можно обнаружить фибрин, мукопротеиды, кислые мукополисахариды, липопротеиды.
<b>Отечно-геморрагический синдром</b>	Массивные кровоизлияния в легкие могут быть обусловлены ДВС синдромом, развивающимся при асфиксии или внутриутробном инфицировании. Морфологически при этом могут быть обнаружены

	<p>рассеянные тромбы в сосудах легких, почек, мозга и мелкие ишемические некрозы.</p>
<p><b>Диссеминированные ателектазы легких</b></p> 	<p>Ателектазы легких чаще всего наблюдаются у недоношенных (незрелые легкие легко спадаются вследствие недоразвития эластической ткани, незрелости антиателектатической системы сурфактанта). Причиной их возникновения могут быть нарушения акта дыхания, связанные с внутричерепными кровоизлияниями при асфиксии и родовой травме. Ателектазы могут быть субсегментарными, сегментарными, полисегментарными, долевыми и тотальными. Различают ателектазы первичные, не расправившегося после рождения легкого, и вторичные, ранее дышавшего легкого.</p> <p>Первичные ателектазы легких на морфологических препаратах чаще встречаются в виде мелких, рассеянных ателектазов в пределах ацинуса, доли, реже сегмента. Морфологически они представлены в виде безвоздушных полей мезенхимы, богатой стромальными клеточными элементами. Среди волокон мезенхимы обнаруживают щелевидные просветы альвеолярных ходов. Просвет мелких бронхов спавшийся, часто заполнен десквамированным эпителием. Эластические волокна не выявляются.</p>
<p><b>Аспирационный синдром</b></p> 	<p>Аспирационный синдром. В анамнезе матери при этой патологии - указания на применение в родах анальгетиков, общего наркоза, кесарева сечения и др. Аспирационный синдром развивается чаще у более зрелых и достаточно крупных новорожденных.</p> <p>У детей с массивной аспирацией и массивными кровоизлияниями определяют приступы вторичной асфиксии, отдышку, притупления перкуторного звука, повышение ригидности грудной клетки, массу мелких и крупных влажных хрипов на фоне жесткого или ослабленного дыхания. Метаболические сдвиги умеренные.</p>

### **Выводы**

Пневмопатии возникают в условиях внутриутробной гипоксемии и гипоксии и после рождения ребенка сопровождаются дыхательной недостаточностью и приступами вторичной асфиксии.

Нередко наблюдается сочетание различных пневмопатий: ателектазов и гиалиново-мембранной болезни, гиалиново-мембранной болезни, отечно-геморрагического синдрома и т. д.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Калашикова, Е. П. Морфологические проблемы адаптации в перинатальном периоде / Е. П. Калашикова // Перинатальная патология и тератология. — Саратов, 1980. — С. 19–21.
2. Шабалов, Н. П. Неонатология: учебное пособие / Н. П. Шабалов. — М., 2004. — Т. 1. — С. 508–530.
3. Deficiency of lamellar bodies in alveolar type II cells associated with fatal respiratory disease in a full-term infant / E. Gutz [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. — 2000. — Vol. 16, № 2. — P. 608–614.

**УДК 614.7(476.2)**

**ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЧИВОСТИ ПОГОДЫ НА НАСЕЛЕНИЕ Г. ГОМЕЛЯ**