

ски-инфекционным поражением ЦНС (100% наблюдений), морфо-функциональной незрелостью органов и систем.

Таким образом, проведенный анализ показал, что инфекции (острые и хронические, специфические и неспецифические) являются факторами риска самопроизвольного прерывания беременности в ранние сроки и рождения детей с ЭНМТ, имеющих высокую частоту перинатальных инфекций.

Полученные данные позволяют наметить дальнейшие перспективы целенаправленной работы с женщинами репродуктивного возраста и беременными группы высокого риска рождения детей с ЭНМТ.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У КРУПНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Павличенко М.В., Захарова С.Ю.

Уральский НИИ охраны материнства и младенчества,
г. Екатеринбург.

Исследованиями последних лет, проведенных в Уральском НИИ охраны материнства и младенчества, установлено, что в современных условиях течение крупноплодной беременности на фоне гестоза, генитальной и экстрагенитальной патологии сопровождается морфологическими изменениями плаценты в виде фетоплацентарной недостаточности (85%), плацентита (58,6%) и аномалий дифференцировки плаценты 78,4%).

Указанные нарушения отрицательно влияют на плод, повреждая в первую очередь его иммунную систему, являются факторами высокого риска внутриутробного инфицирования плода и возникновения синдрома дезадаптации.

Изучен характер инфекционных осложнений неонатального периода у 154 новорожденных, родившихся крупными. Оценивая индивидуальные особенности физического развития детей с использованием коэффициента гармоничности (кг/м^3), нами выделены следующие соматотипы: 1А – дети высокие и гармонично развитые, 1Б – высокие относительно пониженного питания, 2 – высокие чрезмерного питания, 3 – среднего роста чрезмерного питания, т.е. с выраженным ожирением.

Несмотря на крупную массу при рождении, большинство наблюдаемых новорожденных были признаны морфологически и неврологически незрелыми (по Ballard G.).

Клинические симптомы инфицирования определялись у каждого третьего крупного новорожденного (33,1%), при этом частота их в целом не зависела от соматотипа. Однако у новорожденных 1Б типа развития (высоких относительно пониженного питания) эти признаки регистрировались чаще (59,7%).

Анализ гематологических показателей у наблюдаемых детей указывал на внутриутробный характер инфицирования. Среди этой группы новорожденных в

50% наблюдений инфицирование реализовалось во внутриутробную инфекцию вирусно-бактериальной, бактериальной, хламидийной этиологии с формированием инфекционно-воспалительных очагов в виде конъюнктивита, омфалита, ринофарингита, инфекции мочевыводящих путей, энтероколита.

Мониторинг здоровья детей раннего возраста, родившихся крупными, показал, что перенесенные в периоде новорожденности внутриутробные инфекции оказывают негативное воздействие. Значительное число детей первого года жизни (29,6%) были отнесены к контингенту часто болеющих. Часть младенцев (35,8%) сформировали хронический энтероколит, 8,6% – хронический пиелонефрит.

Таким образом, крупные новорожденные относятся к группе риска развития инфекционных осложнений перинатального периода с отдаленными последствиями в младенческом возрасте.

Лечебно-оздоровительные мероприятия у младенцев, родившихся крупными, должны быть направлены на профилактику прогрессирования и формирования стойкой инфекционной патологии, возникновения рецидивирующих и хронических заболеваний.

ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ФАКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА РОДОВ

*Перфильева Г.Н., Кагирова Г.В.,
Токарев В.П., Аграновская Б.А.*

Городской неонатологический центр, г. Барнаул

Проанализированы результаты катмнеза 550 матерей, дети которых были переведены из родильных домов в городской неонатологический центр с выраженной неврологической симптоматикой, свидетельствовавшей об органических постгипоксических перинатальных поражениях ЦНС: результаты постгипоксических поражений различных отделов мозга подтверждались нейросонографией (родничковым ультразвуковым исследованием). Для контроля использованы 350 случаев течения беременности у матерей, родивших детей без неврологической симптоматики.

Существует мнение, что инфекция матери, локализованная даже не в области половых органов, реализуется затем в фетоплацентарном комплексе. Однако хронические экстрагенитальные очаги инфекции имели место примерно у половины матерей, родивших увечных детей, и столько же в группе, родивших детей без поражения ЦНС.

Анализ показал, что диагностированные и подтвержденные микробиологически кольпиты и эндоцервициты в группе матерей, родивших детей с постгипоксическими поражениями ЦНС, составили более 60%, тогда как матери условно здоровых детей имели кольпиты и эндоцервициты только в 12% ($P < 0,05$).