

Таким образом, заболеваемость детей после АИН и вариантов ее миграции до младшего школьного возраста включительно в основном определялась поражением ЦНС: 30,9% (46 сл. из 149 обследованных) или 56,8% (46 сл. из 81 большого ребенка). На втором и третьем месте находились заболевания дыхательной системы и мочевыводящих путей – по 4,7% (по 7 сл.). За ними шли выраженные аллергические (6 сл.) проявления и дискинезии (6 сл.) желчевыводящих путей – по 4,1%, множественные врожденные пороки (4 сл.) – 2,7% и другие единичные заболевания.

Все варианты АИН являлись группами риска постнатальных поражений ЦНС и других заболеваний, что наиболее выражено при неполной миграции плаценты, а также ее отсутствии.

Надо отметить, что значительная часть поражений ЦНС в анамнезе напрямую связана с такими осложнениями беременности и родов, как гипоксия и асфиксия плода, аспирационный синдром. Особенно, если этим процессам сопутствовала недоношенность и морфо-функциональная незрелость ребенка.

## **ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Севостьянова О.Ю., Черданцева Г.А.*

Уральский НИИ охраны материнства и младенчества МЗ РФ,  
г. Екатеринбург

Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) представляет собой клинический симптомокомплекс, отражающий патологию плода и внезародышевых образований вследствие синдрома дезадаптации организма женщины к беременности и/или патологического воздействия факторов внешней среды. Наиболее распространенной акушерской патологией, сочетающейся с ХПН, является гестоз.

Частота, широкий спектр клинических, церебральных и психосоматических нарушений у новорожденных, родившихся от матерей с ХПН, а также у детей более позднего возраста определяют актуальность проблемы предупреждения тяжелых форм плацентарной недостаточности.

Целью настоящей работы явилось изучение анамнеза, особенностей течения беременности, осложненной гестозом, и развития плода в зависимости от клинико-функциональной формы ХПН для выделения информативных признаков группы риска.

Для выполнения поставленной цели нами проведено ретроспективное исследование 81 истории родов, развития новорожденного и истории болезни детей в возрасте до 1 года, получавших обследование и лечение в клиниках УНИИОМ, обработанных в пределах 6 тематических массивов, которые имели клиническую

и параклиническую части. Обработка и анализ материалов проведен с использованием прикладной программы «Statgraphics».

Результаты исследования. Соматический анамнез женщин с суб- и декомпенсированными формами ХПН отягощен гипертонической болезнью ( $P < 0.05-0.001$ ). Гестационный пиелонефрит при этом виде патологии регистрировался в 2 раза чаще, чем при компенсированной стадии. Пациентки с тяжелыми формами ХПН имели в анамнезе заболевания гениталий, сопровождающиеся гипоменструальным синдромом ( $P < 0.01$ ). Анамнестическое исследование детородной функции показало, что для этой группы больных характерны репродуктивные потери, обусловленные регрессирующей беременностью ( $P < 0.05-0.01$ ), привычным невынашиванием, особенно при декомпенсированной форме ( $P < 0.01$ ), предшествующими медицинскими абортми ( $P < 0.01$ ).

Более одной трети пациенток ( $36,8 \pm 6,84\%$ ) при декомпенсации плацентарной недостаточности имели при предыдущих беременностях тяжелые и осложненные формы гестоза (пре- и эклампсия, ПОНРП, досрочное родоразрешение) ( $P < 0.01$ ). Перинатальные потери, обусловленные гестозом, наблюдались у  $10,5 \pm 0,32\%$  пациенток, что достоверно выше, чем при компенсированной форме ХПН ( $P < 0.01$ ).

Таким образом, анамнестическое обследование позволило выделить группу риска по развитию суб- и декомпенсированных форм ХПН при развивающейся беременности, которые определяют родоразрешение, последующую инвалидизацию с детского возраста в связи с тяжестью пренатальной патологии и досрочное родоразрешение в сроке недоношенной беременности. Эту совокупность составили пациентки с нарушением овариально-менструального цикла по типу гипоменструального синдрома, с гипертонической болезнью, гестационным пиелонефритом, тяжелыми и осложненными формами гестоза при предыдущих беременностях, с репродуктивными потерями, обусловленными неразвивающейся беременностью, привычным невынашиванием, потерями детей в перинатальном периоде, обусловленными гестозом.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГБО В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА**

*Шавалиева А.Т., Июсипов А.Н.,  
Вишнякова О.Н.*

Городская детская больница № 1, г. Тольятти

Многообразие воздействия на организм, обусловленное влиянием гипербарического кислорода как неспецифического фактора метаболической адаптации клетки, коррекции нарушений микроциркуляции и обмена, активации гуморальных факторов иммунитета, учитывая антибактериальный эффект ГБО и возмож-