

3. Методика определения токсичности промышленных отходов: инструкция по применению № 140-1102: утв. Гл. гос. сан. врачом Респ. Беларусь от 31.12.02 г.

4. Инструкция по гигиенической экспресс-оценке химических веществ, многокомпонентных смесей и полимерных материалов на *Tetrahymena pyriformis*, № 20-0102 / утв. Мин. здравоохранения Респ. Беларусь от 11 июля 2002 г.

5. Шкарда, М. Производство и применение органических удобрений / М. Шкарда; пер. с чеш. – М., 1985. – 364 с.

*Янковская Н.И*

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА**

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Внутриутробные инфекции (далее – ВУИ) являются одной из наиболее частых форм патологии новорожденного ребенка. Их частота колеблется от 11 до 38%. В отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденные младенцы с ВУИ составляют 15–20%, причем более половины из них – недоношенные дети [1, 3].

С одной стороны, рост ВУИ объясняется, прежде всего, разработкой и внедрением новых, более информативных методов диагностики и, как следствие, повышением процента выявляемости ВУИ. С другой стороны, есть основание предполагать, что имеет место и истинное увеличение частоты данной патологии, что объясняется увеличением инфицированности женщин фертильного возраста [3, 4].

Причинными факторами ВУИ со стороны матери являются инфекционные заболевания беременной, длительный безводный промежуток, хориоамнионит, повторные влагалищные исследования; со стороны плода – низкая масса тела при рождении, многоплодие, респираторный дистресс-синдром, внутриутробная гипоксия [3].

Классическим путем инфицирования считается трансплацентарное гематогенное проникновение возбудителя. Этот вариант может быть реализован при наличии генерализованного инфекционного процесса или при бессимптомной бактериемии у беременной женщины. Основное значение в развитии ВУИ имеет проникновение возбудителя в

организм плода бронхогенным путем при аспирации инфицированных околоплодных вод или секрета родовых путей в ante- или интранатальном периодах. Таким образом, источником инфекции всегда является мать [2, 3, 4].

Известно, что при внутриутробном инфицировании поражается плацентарная ткань с развитием в ней воспалительного процесса (амнионит, мембранит, периваскулит и т.д.), происходит нарушение внутриплацентарного кровотока, что приводит к развитию хронической гипоксии плода в результате развившейся фетоплацентарной недостаточности [2, 3].

**Цель исследования:** выявление возможных причинных факторов формирования ВУИ.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 180 новорожденных. В основную группу вошли 120 детей с ВУИ, что составило 72,6% из всех поступивших в отделение за год. Группа сравнения была представлена 60 новорожденными без ВУИ.

**Результаты.** Средний возраст матерей в группах сравнения достоверно не различался. Анамнестические характеристики женщин (отягощенный акушерский и гинекологический анамнез) были идентичны. Ранняя явка в женскую консультацию для постановки на учет по поводу беременности не повлияла на перинатальный исход. Так, на диспансерный учет до 12 недель были поставлены женщины из основной группы в 95,5% случаев против 96,6% в группе сравнения, до 16 недель – 1,6 и 0,6% беременных в группах сравнения, соответственно, разница не достоверна. Женщин, не состоявших на учете по беременности, не отмечалось.

Соматический анамнез был отягощен в обеих группах (86,8 и 81,6%, соответственно). В структуре заболеваний в основной группе преобладали заболевания мочевыделительной системы (21 и 15,6%), а в группе сравнения хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (15 и 25,3%, соответственно), разница не достоверна. Течение беременности отягощалось анемией легкой степени у каждой третьей (33,3%) женщины из основной группы и каждой четвертой (15,1%) – из группы сравнения. Частота угрозы прерывания беременности в группах сравнения не имела достоверных различий (30,2 и 36,6%, соответственно), причем в трех случаях со стационарным

лечением в основной группе и в одном случае в группе сравнения с применением акушерского пессария. Гестозы второй половины беременности встречались одинаково часто в обеих группах (26 и 20%, соответственно).

Женщины из основной группы достоверно чаще (53%), чем в группе сравнения (23,3%), болели острой респираторной инфекцией (далее – ОРИ), причем в 70% случаев в третьем триместре беременности. 11% беременных из основной группы неоднократно перенесли Herpes labialis, чего не отмечено в группе сравнения. Необходимо отметить высокую частоту (44%) инфекций мочеполового тракта (хронический аднексит, пиелонефрит, эрозия шейки матки, кольпит), в основной группе женщин, в отличие от группы сравнения, единичные случаи.

При бактериологическом посеве материала из цервикального канала и микроскопии мазка достоверных различий не выявлено. Кандидоз диагностирован в 10,1 и 10,8%, бактериальный вагиноз – в 7,5 и 6% случаев в сравниваемых группах, соответственно.

Косвенные маркеры ВУИ при ультразвуковом исследовании плода диагностированы накануне родоразрешения у женщин из основной группы достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще, чем в группе сравнения. Так, многоводие отмечалось в 17,8 и 1,6% случаев, соответственно. Случаи маловодия (2,8%) и плацентита (8,1%) были выявлены только у беременных основной группы.

Чуть больше половины беременных основной группы были родоразрешены оперативно – 55,3%, в группе сравнения такие роды составили 20,5% ( $p < 0,05$ ). Экстренных операций в основной группе было в 3,5 раза больше, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). При самостоятельных родах родовое излитие околоплодных вод отмечено чуть больше чем у половины женщин (66 и 53,3%, соответственно) в обеих группах. Однако длительный безводный период отмечался достоверно чаще в основной группе – 38,6% против 13,1% – в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Аномалии родовой деятельности встречались одинаково часто (15,1 и 16,7%, соответственно, в обеих группах).

Срочные роды достоверно реже наблюдались в основной группе (45,3 и 85%), тогда как преждевременные – достоверно чаще, чем в группе сравнения: 54,7 и 6,7%, соответственно

( $p < 0,05$ ). Запоздалые роды были отмечены лишь у 5 (8,3%) женщин в группе сравнения.

В основной группе новорожденных было достоверно больше ( $p < 0,05$ ) детей маловесных к сроку гестации по сравнению с группой сравнения (3,5 и 6,7%, соответственно). В асфиксии тяжелой (4,1%) и умеренной (9,3%) степени тяжести родились дети только в основной группе, в то время как в группе сравнения таких младенцев не было. 56% новорожденных с ВУИ сразу поступили в отделение интенсивной терапии и были переведены на искусственную вентиляцию легких в связи с дыхательными расстройствами и неадекватностью спонтанного дыхания.

**Заключение.** Таким образом, к причинным факторам ВУИ во время беременности можно отнести: ОРИ, особенно перенесенную в третьем триместре беременности, острые и хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы; мало- и многоводие; во время родов – длительный безводный период; со стороны новорожденных – низкая масса к сроку гестации; асфиксия при рождении.

*Литература:*

1. Протокол диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей // Росс. ассоц. спец. перинат. мед. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2001. – 94 с.
2. Фризе, К. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных; пер. с нем. / К. Фризе, В. Кахель – М.: Медицина, 2003. – 422 с.
3. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции: практ. рук-во / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. – Санкт-Петербург: Элби СПб, 2002. – 351 с.
4. Griffiths, P.D. Strategies to prevent infections in the neonate / P.D. Griffiths // Semin Neonatol. – 2002. – Vol. 7, № 4. – P. 293–299.