

Выводы. Таким образом, изучение причин искусственного прерывания беременности позволяет говорить о недостаточной осведомленности молодежи о сохранении РЗ и методах контрацепции. Поэтому необходима более активная санитарно-просветительная работа медицинского персонала среди женского населения, с использованием различных медико-социальных аспектов профилактики.

#### Литература

1. Жарко В. И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2012 году и основные направления деятельности на 2013 год. / Жарко В. И. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, – 2014. - № 1. – с. 4-16.

2. Антонов А. И. Репродуктивное поведение и диагностика рождаемости /А. И. Антонов, В. М. Медков, А. Б. Синельников //Население России на рубеже XX-XXI веков: проблемы и перспективы. – М., 2012. – с. 157-201.

## ВЛИЯНИЕ ИНФИЦИРОВАННОСТИ УРЕАПЛАЗМОЗОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

<sup>1</sup>Синица Л.Н., <sup>2</sup>Козич А.А., <sup>2</sup>Воронько С.Л.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

*Актуальность.* Продолжает оставаться актуальной проблема высокой заболеваемости новорожденных, что часто связано с внутриутробным инфицированием плода [1]. В настоящее время основными возбудителями внутриутробных инфекций являются стрептококк, кандиды, хламидии, токсоплазма, уреаплазма, а также их сочетание с цитомегаловирусной, герпетической инфекцией, которые во внутриутробную пневмонию, конъюнктивит, ринит, энцефалит и их сочетания [2, 3].

В настоящее время наметилась тенденция к рассмотрению микоплазм и уреаплазм в качестве факультативных патогенов, способных в определенных условиях (например, при беременности) вызывать инфекционно-воспалительные процессы, преимущественно в ассоциации с микроорганизмами [2]. Частота перинатального заражения новорожденных достигает 45% при уреа-

плазмозе и до 20% – при микоплазмозе [3]. Несмотря на совершенствование методов диагностики и появление новых препаратов, ИППП продолжают оставаться актуальной проблемой медицины в целом и перинатологии в частности.

*Цель работы:* определить состояние здоровья новорожденных, рожденных от матерей с урогенитальным уреоплазмозом; провести сравнительный анализ проводимой терапии.

*Материалы и методы исследования.* Проведен ретроспективный анализ 51 медицинской карты стационарного пациента (ф. № 096/у) рожениц, имевших в качестве сопутствующего акушерского диагноза «урогенитальный уреоплазмоз», а также и 51 истории развития новорожденного и 17 медицинских карт стационарного пациента (ф. № 096/у) детей, госпитализации в УЗ «ГОКПЦ» в 2014 году. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета стандартных статистических программ STATISTIKA 6.0.

*Результаты исследования.* В зависимости от способа родоразрешения новорожденные распределились следующим образом: 11 детей (21,6%) извлечены путем кесарева сечения; 40 младенцев (78,4%) родились через естественные родовые пути. В то же время в УЗ «ГОКПЦ» проведение операции кесарево сечение потребовалось в 36,8% случаев.

В зависимости от результатов клинико-лабораторного обследования дети от матерей с уреоплазмозом наблюдались и получали лечение в следующих педиатрических отделениях: отделение новорожденных обсервационное – 34 ребенка (66,7%), педиатрическое отделение – 15 детей (29,4%), отделение интенсивной терапии и реанимации новорожденных – 2 ребенка (3,9%). Таким образом, каждый третий ребенок был госпитализирован для лечения в педиатрическое отделение или в ОИТРН. В то время как в УЗ «ГОКПЦ» в 2014 году в целом было госпитализировано 18,5% новорожденных из всех родившихся ( $p < 0,01$ ).

Оценены причины, обусловившие необходимость госпитализации детей в педиатрические отделения. У большинство детей, рожденных от матерей с уреоплазменной инфекцией, выявлены врожденные инфекции – 31 случай (60%): пневмонии, ринофарингит, везикулопустулез.

Ввиду высокой частоты заболеваемости врожденной инфекцией большинству новорожденных (40 детей – 78,4% исследуемых) потребовалось назначение антибактериальной терапии: цефоперазона сульбактам – 26 детям (78,5%), цефтазидим – 6 младенцам (15%), ампициллина сульбактам – 5 (12,5%), амоксициллина сульбактам – одному новорожденному (2,5%), двоим детям назначались комбинации антибиотиков (ванкомицин + меропенем и цефоперазона сульбактам + амикацин – по 2,5% соответственно).

Таким образом, чаще всего для лечения новорожденных в УЗ ГОКПЦ стартовым препаратом был цефоперазона сульбактам (78,5%).

Проанализированы сроки лечения детей от матерей с уреаплазмозом. Установлено, что 47 детей (92,2%) выписаны домой под наблюдение участкового педиатра, 4 переведены в УЗ «ГОДКБ». Средняя продолжительность нахождения новорожденных в стационаре составила 7,7 койко–дней.

Проведенный анализ состояния здоровья новорожденных от матерей с уреаплазмозом позволил сделать следующие выводы:

В исследуемой группе к операции кесарева сечения прибегали не чаще, чем в целом по стационару: 21,6% и 36,8% соответственно ( $p < 0,01$ ).

Частота госпитализации новорожденных от матерей с уреаплазмозом значительно выше, чем по стационару: 33,3% и 18,5% соответственно.

У 60% детей от матерей с уреаплазмозом установлена врожденная инфекция, у 41% – поражения ЦНС, у 15,7% – ВПР.

78,4% детей от матерей с уреаплазмозом. была назначена антибактериальная терапия.

Средняя продолжительность нахождения в стационаре детей от матерей с уреаплазмозом – 7,7 койко–дней, что достоверно выше в сравнении с общепринятыми сроками выписки новорожденных из роддома (4–5 сутки).

#### Литература

1. Корнева, М.Ю. Состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей / М.Ю. Корнева, Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 2. – С. 48–52.

2. Роль урогенитальной инфекции в развитии акушерской и перинатальной патологии / Л.В.Посисеева [и др.] // IX Всероссийский научный форум «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 203–204.

3. Role of ureaplasma urealyticum in lung disease in prematurity / Ford K.Hanna [et al.]. // Arch Dis Child fetal neonatal. –1998. – Vol. 81. – P. 162–167.

## **СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.**

<sup>1</sup>Синица Л.Н., <sup>2</sup>Козич А.А., <sup>2</sup>Толкач И.Г.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

*Актуальность.* В настоящее время врожденная пневмония у младенцев является актуальной проблемой неонатологии, что связано с высоким уровнем заболеваемости новорожденных и неонатальной смертности [2, 3]. В 30–43% случаев врожденные пневмонии – основная причина смерти новорожденных с инфекционной патологией [1, 2]. Ухудшение репродуктивного здоровья населения, высокая частота осложнений беременности и преждевременных родов, эволюция возбудителей, а также другие причины влияют на состояние плода и новорожденного и приводят к росту инфекционно-воспалительного поражения легких [2, 4]. Внедрение в практику современных технологий лечения, в частности ИВЛ, применение массивной антибиотикотерапии, сурфактантной терапии обеспечило возможность успешного выхаживания детей с глубокими нарушениями функции дыхания, однако инфекционная легочная патология продолжает играть значительную роль в структуре неонатальной смертности.

*Цель работы:* провести сравнительный анализ анамнестических характеристик и клинического течения врожденных пневмоний у новорожденных Гродненской области.

*Материалы и методы исследования.* Проведен ретроспективный анализ 155 медицинских карт стационарного пациента (ф. № 096/у) детей с диагнозом: «Врожденная пневмония», потребовавших госпитализации в отделение интенсивной терапии и реанимации новорожденных УЗ «Гродненский областной перинатальный центр» в 2013–2014 годах. Статистическая обработка