

дисфункций (9,2%). У 4 детей отмечалась смена синдрома гиповозбудимости на синдром двигательных дисфункций.

#### **Выводы:**

1. У детей с реализованной внутриутробной инфекцией чаще встречается дисгармоничное развитие за счет дефицита массы тела

2. У пациентов с реализовавшейся инфекцией и у пациентов группы риска по реализации ВУИ отмечается повышение индекса резистентности (0,46 и 0,32 в I и II группах, соответственно).

3. Младенцы с реализовавшейся ВУИ и дети с высокой и средней степенью риска реализации ВУИ чаще, чем их здоровые сверстники, страдают аллергическими заболеваниями, заболеваниями крови (анемия).

4. Запоздалое формирование двигательных и речевых навыков, эмоциональных реакций на первом году жизни отмечалось у большинства детей с реализовавшейся ВУИ.

5. Выявленные отклонения в психомоторном развитии детей, перенесших ВУИ, подтверждают целесообразность пристального наблюдения неврологом пациентов группы риска по реализации ВУИ вне зависимости от наличия или отсутствия неврологической симптоматики при рождении. Такие младенцы нуждаются в ежеквартальных курсах реабилитации даже при незначительных нарушениях со стороны ЦНС.

#### **Литература**

1. Акушерство. Национальный учебник / Под ред. С. Н. Занько, Л. Е. Радецкой. – Мн.: Вышэйшая школа, 2013. – С. 485-530

2. Лысенко, И. М. Особенности течения и заболевания периода новорожденности. Уч.-метод. Пособие / И. М. Лысенко. – Витебск: изд-во УО «ВГМУ», 2014. – 267 с.

3. Пропедевтика детских болезней. Пособие / Под ред. И. М. Лысенко. – Витебск: изд-во УО «ВГМУ», 2014. – 401с.

## **ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

*Кривицкая Л. В., Зарянкина А. И.*

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
г. Гомель, Беларусь

**Введение.** Внутриутробные инфекции (ВУИ), во многом определяющие уровень мертворождённости, неонатальной и

младенческой смертности, по-прежнему являются одними из наиболее серьезных заболеваний плода и новорождённого. При этом актуальность данной проблемы обусловлена не только существенными перинатальными потерями, но и тем, что ближайшие и отдалённые последствия ВУИ являются причиной отклонений в состоянии здоровья детей раннего возраста и инвалидности в более старших возрастных группах [3].

**Результаты и их обсуждение.** Срок гестации детей, рождённых с ВУИ, распределился следующим образом: доношенные – 35 детей (74,6%), недоношенные – 12 (25,4%), из них 35-37 недель – 8 детей (17,1%), 31-34 недели – 3 (6,4%), 30 недель – 1 ребенок (2,1%).

При сравнении массы тела при рождении у новорожденных нами были получены следующие данные: с массой тела 3500 г и более родилось 16 детей (34%); с массой 3500-3001г – 13 новорожденных (27,7%); 3000-2501г – 14 (29,8%); 2500-2001г – 3 (6,4%); менее 2000 г – 1 ребёнок (2,1%).

В антенатальном периоде наиболее значимыми факторами риска являются отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (выкидыши, мертворождения, аборт и др.), патологическое течение беременности (гестозы, угроза прерывания беременности, многоводие, анемия беременных и др.), генитальная патология (урогенитальные инфекции, кольпит, эндоцервицит), патология со стороны плаценты, перенесённые инфекционные заболевания во время беременности [2].

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза у 16 женщин (34,1%) были выявлены выкидыши и аборт в анамнезе.

Важное значение в формировании ВУИ имеет и гинекологическая патология. В исследуемой нами группе у 15 женщин (32%) выявлены патологические изменения со стороны половой сферы, в основном инфекционного характера. Наиболее часто встречались эрозия шейки матки и эндоцервицит, кольпит различной этиологии, урогенитальный уреаплазмоз, хронический аднексит.

Трансформации внутриутробного инфицирования, которое не имеет клинических проявлений, во внутриутробную инфекцию в значительной мере способствует патологическое течение беременности.

Наиболее значимые осложнения беременности как факторами реализации ВУИ – угроза прерывания и невынашивания беременности, гестозы, анемии, аномалии прикрепления плаценты, отслойка плаценты, прерывание беременности [1].

Структурный анализ патологии беременности у матерей, дети которых родились с клиническими проявлениями ВУИ, показал, что наиболее частой патологией был кольпит разной этиологии – 22 случая (16,9%). В равных соотношениях (по 13 случаев (10%)) были выявлены хроническая внутриматочная гипоксия плода и анемия беременных; 12 женщин (9,2%) перенесли ОРИ во время беременности; у 11 женщин (8,5%) отмечалась угроза прерывания беременности, у 10 (7,7%) – истмико-цервикальная недостаточность, у 8 женщин (6,2%) отмечались нарушение фетоплацентарного кровотока и гестозы разной степени тяжести. В редких случаях встречались гестационный пиелонефрит, нефропатия беременных, бактериурия, обострение хронического цистита и пиелонефрита, микоуреаплазмоз.

В целом у 44 женщин (93,6%) беременность протекала с различными осложнениями.

Проведённый анализ родоразрешения показал, что в 30 случаях (63,9%) роды проходили через естественные родовые пути, в 16 случаях (34%) – путём кесарева сечения и в 1 случае проводилась вакуум-экстракция плода.

Патологическое течение родов наблюдалось у 25 женщин (52,3%) (раннее и/или преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка плаценты, слабость родовой деятельности, длительный безводный период, обвитие пуповины вокруг шеи плода), что в последующем способствовало развитию асфиксии и привело к необходимости проведения реанимационных мероприятий. У 3 женщин отмечалась лихорадка в послеродовом периоде.

Экстрагенитальная патология (хронический тонзиллит, хронический цистит и пиелонефрит, хроническая никотиновая зависимость, кариес, сифилис в анамнезе) как фактор риска была выявлена у 12 женщин (36,1%).

Одним из значимых факторов риска развития ВУИ является асфиксия. В исследуемой группе детей 3 ребёнка (6,4%) родились в тяжёлой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 0-3 балла, 6 детей

(12,8%) – в асфиксии средней тяжести (4-7 баллов). Тяжесть состояния новорожденных требовала проведения реанимационных мероприятий и инвазивных манипуляций, таких как ИВЛ, катетеризация центральных и периферических вен, что могло способствовать реализации ВУИ.

Клинические симптомы ВУИ могут возникнуть сразу после рождения либо в более поздние сроки неонатального периода. Общие симптомы многообразны и неспецифичны: гипоксия, респираторный дистресс-синдром, болезнь гиалиновых мембран, вялость, снижение мышечного тонуса, рефлексов, желтуха, отёчный синдром, срыгивания, массивное снижение массы тела [1, 3].

Анализ клинических проявлений ВУИ в исследуемой группе новорождённых показал, что наиболее частыми проявлениями ВУИ были изменения со стороны дыхательной системы, которые были выявлены у 25 детей (53,2%). Из них у 15 новорожденных (60%) отмечались клинико-рентгенологические признаки врождённой пневмонии, которая сопровождалась развитием апноэтического синдрома, тахипное, цианозом, участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

Изменения со стороны центральной нервной системы были выявлены у 15 новорожденных (33%), у 7 (46,6%) из них был диагностирован менингит и менингоэнцефалит, также отмечались клинические признаки синдрома угнетения, мышечная гипотония и гипорефлексия, внутричерепная гипертензия, судорожный синдром.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы отмечены у 11 новорожденных (23,4%) и характеризовались наличием тахи- или брадикардии, нарушением периферической микроциркуляции, глухостью сердечных токов, артериальной гипотонией. У 2 детей был диагностирован врожденный кардит.

Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта проявлялись в виде частых срыгиваний, угнетения сосательного рефлекса, вздутия живота, гепатоспленомегалии; у 2 детей был диагностирован язвенно-некротический энтероколит с явлениями пареза кишечника, у 2-х врожденный гепатит. Данная клиническая симптоматика была выявлена у 10 новорожденных (21,3%).

У 7 детей (14,9%) при рождении были выявлены изменения со стороны кожи и слизистых оболочек: у 4 детей – врождённый конъюнктивит, у 2 – врождённый везикулопустулез, у 1 ребёнка отмечался кожно-геморрагический синдром.

У 5 новорожденных ВУИ протекала в генерализованной форме с поражением многих органов и систем, что требовало проведения активной интенсивной терапии и реанимационной помощи. В целом, 12 новорожденным (25,5%) из 47 проводилась ИВЛ, длительность которой колебалась от 3 до 46 суток.

Для установления этиологии ВУИ у новорожденных были использованы различные методы исследования: посевы биологически активных сред на флору (кровь, моча, содержимое желудка, фекалии, отделяемое из пупочной ранки и конъюнктивы). Всем детям проводился иммуноферментный анализ с целью выявления специфических антител класса IgM и IgG к цитомегаловирусу, вирусам герпеса, краснухи, к токсоплазме и энтеровирусам. Для уточнения диагноза также использовалась ПЦР-диагностика для выявления ДНК цитомегаловируса и вирусов простого герпеса 1 и 2 типов.

В исследуемой группе новорожденных у 4 детей была выявлена ДНК HSV 1, 2 типов, у 4 – ДНК CMV. В посевах крови на стерильность у 14,9% новорожденных обнаружены золотистый и эпидермальный стафилококки, у 3-х детей *Klebsiella pneumoniae*; в посевах из интубационной трубки выделена аналогичная микрофлора.

**Выводы.** Наиболее значимыми факторами, предрасполагающими к развитию внутриутробных инфекций, являются урогенитальные инфекции у женщин, истмико-цервикальная недостаточность, преждевременное излитие околоплодных вод, наличие сопутствующих очагов хронической инфекции у матери. Проведенный анализ позволяет предположить, что ведущим в патогенезе ВУИ является восходящий путь инфицирования. Своевременная санация женщин, адекватная прегравидарная подготовка и оптимальное лечение инфекционной патологии у беременных в значительной степени позволяют снизить риск внутриутробного инфицирования и вероятность реализации ВУИ.

## Литература:

1. Нисевич, Л. Л. Врожденные вирусные инфекции и маловесные дети / Л. Л. Нисевич, А. Г. Талалаев, Л. Н. Каск, О. В. Миронюк // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т. 1. – № 4. – С. 9-13.
2. Царегородцев, А. Д. Заболеваемость новорожденных внутриутробными инфекциями и задачи по ее снижению в Российской Федерации / А. Д. Царегородцев, И. И. Рюмина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2001. – Т. 46. – № 2. – С. 4-7.
3. Чебуркин, А. В. Перинатальная инфекция : пособие для врачей / А. В. Чебуркин, А. А. Чебуркин. – М, 1999. – 49 с.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

*Кринец Ж. М., Ильина С. Н., Солодовникова Н. Г.,  
Карнович Н. В.\**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»;

\*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

г. Гродно, Беларусь

**Введение.** Ретинопатия недоношенных (РН) – тяжелое заболевание глаз, которое развивается преимущественно у недоношенных детей и сопровождается изменениями в сетчатке и стекловидном теле. Ключевой фактор развития – глубокая незрелость плода и тканей глаза к моменту преждевременного рождения. Данное заболевание остаётся одной из основных проблем детской офтальмологии, так как возможности современной медицины позволяют выхаживать новорожденных с массой тела 500 г, что приводит к увеличению количества недоношенных детей [3].

Основной причиной развития ретинопатии является патогенное действие избыточного количества кислорода на незрелые ткани глаз недоношенных детей при длительном получении кислорода в закрытых кюветах.

Важнейшей особенностью глаза недоношенного ребенка, определяющей как само возникновение РН, так и тяжесть ее проявлений, является незавершенность васкуляризации сетчатки. Патологическая пролиферация новообразованных сосудов сетчатки и следующая за ней пролиферация фиброзной ткани являются