Корчак Я. В., Королькова А. А.

КЛИНИКО-АНЕМНЕСТИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

Харьковский Национальный Медицинский университет, кафедра педиатрии №1 и неонатологии, Харьков, Украина

Научный руководитель - к.м.н., доц. Малич Т. С.

**Актуальность.** В настоящее время частота внутриутробных инфекций (ВУИ) не изучена, однако данная проблема относится к разряду тяжелых заболеваний и именно от нее во многом зависит уровень состояния здоровья детей и младенческой смертности. Особенность возникновения этой патологии характеризуется не только возможной смертью ребенка, но и отдаленными последствиями и инвалидизацией в будущем.

**Целью** работы явилось изучение данных анамнеза и клиники у новорожденных с подозрением на ВУИ.

**Материалы и методы**. Нами было проанализировано 21 история болезни доношенных новорожденных с подозрением на реализацию внутриутробной инфекции по данным анамнеза и клинических проявлений у новорожденных в первые дни жизни.

**Результаты**. При изучении анамнеза было обнаружено отягощенное течение беременности у всех женщин.У 14,2 % имела место угроза прерывания беременности, по причине которой женщины находились в стационаре;у 23,8% - обострение латентного пиелонефрита; у 28,8% - явления кольпита.14,2% беременных перенесли ОРВИ в III триместре беременности.19% беременных отмечали периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр в течение последних месяцев беременности.

При изучении соматического статуса беременных обращало на себя внимание наличие хронической соматической патологии (хронический пиелонефрит, ожирение различной степени, вегето-сосудистая дисфункция, системный кариес, хронический тонзилит).

В гинекологическом анамнезе имели место следующие проблемы: нарушение менструального цикла, длительное бесплодие, вульвовагинит, кольпит, аднексит. При изучении особенностей течения родовдлительный безводный период отмечался у 61,9% женщин,слабость родовой деятельности у - 45%,преждевременная отслойка плаценты у - 7%.

Новорожденные рождались с различной оценкой по шкале Апгар: здоровые (на 1-ой минуте 7баллов и более) - 65%;асфиксия умеренной степени (на 1-ой минуте 5баллов) – 30%;асфиксия тяжелой степени (на 1-ой минуте 3 балла) – 5%.В родильном зале реанимационные мероприятия оказывались 35% детям, при этом дети с тяжелой степенью асфиксии поступили в палату интенсивной терапии новорожденных, остальные дети находились на совместном пребывании матери и ребенка.Клинически проявления внутриутробного инфицирования имели место у 25% детей, которые выражались в замедлении времени отпадения культи пуповины,развитии синдрома дезадаптации в первые 3 дня жизни,более позднем восстановлении первичной максимальной убыли массы тела.Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии. При катамнестическом наблюдении в динамике, проявлений внутриутробной инфекции не отмечалось.

**Выводы**. 1. При изучении анамнеза новорожденных, рожденных с подозрением на ВУИ имел место отягощенный акушерский и соматический анамнез матерей.

2. Новорожденные, рожденные с подозрением на ВУИ имели особенности течения раннего периода адаптации в виде дезадаптационного синдрома, который в дальнейшем не привел к реализации ВУИ.

3. Для предотвращения возникновения ВУИ у новорожденных необходима совместная работа врачей разной специальности, комплексное обследование беременной, настороженность неонатологов в роддомах, педиатров на участках по поводу ВУИ, тщательное изучение клиники и анамнеза для проведения своевременной профилактики и лечения ВУИ.