



Н. В. Авраменко¹, О. В. Кабаченко¹, Д. Є. Барковський¹, М. О. Михайленко², Н. В. Шкроботько³

Фактори ризику народження дітей із дистресом

¹Запорізький державний медичний університет,

²Пологовий будинок №9, м. Запоріжжя,

³КП «Обласний перинатальний центр», м. Запоріжжя

Ключові слова: дистрес плода, фактори ризику, інфекції.

Під наглядом перебували 142 новонароджених із дистресом та їхні матері, яких поділили на три групи за ступенем дистресу, та 20 новонароджених та їхні матері, які склали контрольну групу. Дистрес частіше розвивається при екстрагенітальній патології (42,96%), перших пологах (53,52%), ускладненому перебігу вагітності (51,40%), передчасних пологах (38,03%), ускладненнях під час пологів (50,02%) і супроводжується вираженими змінами у плаценті.

Факторы риска рождения детей с дистрессом

Н. В. Авраменко, Е. В. Кабаченко, Д. Е. Барковский, М. А. Михайленко, Н. В. Шкроботько

Под наблюдением находились 142 новорожденных и их матери, разделенные на три группы по степени дистресса, и 20 новорожденных и их матери, которые вошли в контрольную группу. Дистресс чаще развивается при экстрагенитальной патологии (42,96%), первых родах (53,52%), осложненном течении беременности (51,40%), преждевременных родах (38,03%), осложнениях в родах (50,02%) и сопровождается выраженными изменениями в плаценте.

Ключевые слова: дистресс плода, факторы риска, инфекции.

Запорожский медицинский журнал. – 2014. – №2 (83). – С. 62–63

Risk factors delivery of the newborns with distress

N. V. Avramenko, O. V. Kabachenko, D. E. Barkovsky, M. O. Mykhailenko, N. V. Shkrobotko

There were 142 newborns and their mothers under observation, who were divided into three groups according to the degree of distress, 20 newborns and their mothers of control group. Distress occurs more frequently in patients with extragenital pathology (42,96%), primipara (53,52%), complicated course of pregnancy (51,40%), premature delivery, complications at delivery (50,02%), changes at placenta.

Key words: fetal distress, risk factors, infections.

Zaporozhye medical journal 2014; №2 (83): 62–63

Кінцевою метою вагітності і пологів є народження здорової дитини. Плід, розвиток якого відбувається в умовах недостатньої плацентарної перфузії, має підвищений ризик перинатальних ушкоджень, котрі відзначають у 65% новонароджених [1]. Плацентарна недостатність – найбільш поширена патологія, що при різних ускладненнях вагітності (гестозах, внутрішньочеревній інфекції, екстрагенітальних захворюваннях) розвивається у 24–46% випадків, а при неускладненому перебігу гестаційного процесу – у 3–4% [2,3]. Однак компенсаторні зміни у плаценті частіше за все стримують патологію, що розвивається. Вторинна плацентарна недостатність, яка розвивається у другому і третьому триместрах вагітності на тлі сформованої плаценти і ускладненого перебігу вагітності, характеризується інволюційно-дистрофічними і запальними змінами. Дистрес плода під час вагітності і пологів призводить до порушень функціонального дозрівання ЦНС, що відіграє основну координуючу й інтегруючу роль у процесах розвитку інших органів і систем в антенатальному періоді [2,4].

Мета роботи

Для запобігання виникненню дистресу проаналізувати можливі фактори ризику народження дітей із цим ускладненням.

Пацієнти і методи дослідження

Здійснили ретроспективний аналіз 142 історій пологів

матерів і історій розвитку їхніх новонароджених. Усіх жінок обстежили згідно з протоколами. Стан новонароджених оцінювали за шкалою Апгар. Новонароджених із дистресом і їхніх матерів розподілили на 3 рандомізовані групи відповідно до оцінки за шкалою Апгар. I групу становили 75 новонароджених із оцінкою за шкалою Апгар на першій хвилині 6–7 балів, II – 46 новонароджених з оцінкою 4–5 балів, III групу – 21 новонароджений із оцінкою 3 і менше балів. До контрольної групи увійшли 20 новонароджених без дистресу.

Протягом дослідження використовували анамнестичний, клініко-лабораторні, гістологічний, статистичний методи.

Вік жінок у всіх групах становив від 16 до 42 років, середній вік достовірно не відрізнявся (26,72±1,23 року, 24,63±1,57 року, 25,78±1,35 року відповідно), в контрольній – 27,05±1,57 року. Визначили високий відсоток екстрагенітальної патології (зазудні захворювання, хронічний бронхіт, хронічний пієлонефрит, вегето-судинна і нейроциркуляторна дистонія, пролапс мітрального клапана, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, гепатит тощо) в усіх групах – 36%, 45,65%, 71,45% відповідно; у групі порівняння – 85%. Гінекологічний анамнез обтяжений у 43 жінок (57,53%) I групи, у 18 (39,113%) – II й у 9 (42,87%) – III групи; в контрольній – у 15 (74,66%).

Під час аналізу акушерського анамнезу визначили, що



дистрес плода розвивається частіше при перших пологах. У I групі було 52 (74,66%) жінки, які народжували вперше, у II і III групах – 29 (63,04%) і 18 (85,75%) осіб відповідно, в контрольній значно менше – 7 (35%). Визначено підвищення ступеня важкості дистресу зі збільшенням частоти ускладнень під час пологів: у I першій групі частота ускладнених пологів становила 40,00%, у II – 52,17%, у III групі цей показник був достовірно більшим – 71,43%, у контрольній групі вона становила тільки 15%. За тривалістю періодів пологів і безводного періоду групи достовірно не відрізнялись. Привертає увагу факт, що у жінок, які мали аборти перед першими пологами, дистрес плода в пологах розвивається рідше.

Середня оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині становила 6,76±0,13, 4,70±0,21 і 2,86±0,17 бала відповідно. Діти із важким дистресом відновлювались достовірно активніше. До п'ятої хвилини у III групі оцінка за шкалою Апгар зростала на 1,76 бала ($p<0,005$) і дорівнювала 4,57±0,23 бала, в II – на 1,42 бала (6,12±0,18 бала), у I – лише на 0,38 бала (7,14±0,35 бала). Швидше відновлюються і недоношені діти в порівнянні із доношеними. У контрольній групі оцінки за шкалою Апгар на першій і п'ятій хвилині майже не відрізнялись: 8,80±0,24 й 9,50±0,26 бала.

Середня маса плодів у I групі була 3384,68±236,43г, що достовірно вище ($p<0,001$), ніж у II і III групах (2510,42±187,23 г, 2234,29±169,56 г відповідно) і достовірно нижче ($p<0,05$) показника контрольної (3852,50±196,38 г). Отже, спостерігається пряма залежність ступеня асфіксії від маси плода.

Хлопчиків із дистресом народилося вдвічі більше, ніж дівчаток (65,49% проти 34,51%). У контрольній групі хлопчиків і дівчаток була приблизно однакова кількість – 9 і 11 відповідно.

Під час зіставлення маси плаценти зі ступенем важкості дистресу плода визначено зменшення маси плаценти у II і III групах (474,16±23,15 г, 453,33±19,35 г відповідно) в порівнянні із I (548,16±15,34 г) і контрольною (541,00±16,56 г) групами.

Морфологічні зміни у плаценті найбільш виражені при важкому дистресі: 85,71% гнійного дифузного хоріоамніоніту у децидуїту, із крововиливами, передчасним старінням плаценти. У II групі зміни у плаценті встановили у 52,12% випадків, серед них гнійний децидуїт і хоріоамніоніт – 17,39%. У I групі зміни плаценти діагностували у 45,33% випадків, гнійні зміни – 8%. У контрольній групі зміни у плаценті характеризувались локальним хоріоамніонітом і децидуїтом у 35% випадків.

Висновки

Факторами ризику розвитку дистресу плода під час пологів є екстрагенітальна патологія (42,96%), перші пологи (53,52%), ускладнений перебіг вагітності (51,40%) (особливо в першому і другому триместрах, пізні гестози), передчасні пологи (38,03%), ускладнення під час пологів (50,02%); хлопчики схильні до дистресу під час пологів значно частіше (65,49%).

Важкість стану плода при народженні відповідає більш вираженим змінам у плаценті, що проявляється у вигляді гнійного локального й дифузного хоріоамніоніту й децидуїту. Це свідчить про хронічний інфекційний процес, порушення функції плаценти, може бути причиною зниження маси плода при народженні та порушень його адаптивних можливостей під час пологів.

Необхідним є ретельніше обстеження жінок на наявність інфекцій, а також адекватне лікування інфекцій, спостереження інфікованих жінок у групі ризику розвитку плацентарної недостатності, її профілактика, дбайливіше ведення пологів.

Список літератури

1. Антонов А.Г. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных с асфиксией / А.Г. Антонов // Лечащий врач. – 2006. – № 3. – С 80–83.
2. Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС при использовании современных медицинских технологий / [В.А. Феклин, А.Н. Кожемяка, Т.В. Сиренко и др.] // Врачебная практика. – 2007. – № 1(55). – С. 16–19.
3. Поражение миокарда у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию / [Н.С. Черкасов, Л.А. Бахмутова, К.Ж. Енгибрин, С.И. Ажжамалова] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 2. – С. 50–51.
4. Подольский В.В. Современные возможности лечения плацентарной недостаточности у беременных с инфекциями половых органов / В.В. Подольский, В.В. Подольский, Я.А. Сопко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3. – С. 122–126.

References

1. Antonov, A. G. (2006) Reanimaciya i intensivnaya terapiya novorozhdennykh s asfiksiej [Reanimation and intensive therapy of the

- newborns with asphyxia]. *Lechashhij vrach*, 3, 80–83 [in Russian].
2. Feklin, V. A., Kozhemiaka, A. N., Sirenko, T. V. & [et al.] (2007) Diagnostika i lechenie zabolevanij organov dyhaniya u novorozhdennykh s perinatal'nym porazheniem CNS pri ispol'zovanii sovremennykh medicinskih tehnologij [Diagnostics and treatment of diseases of respiratory organs at newborns with perinatal defeat of CNS when using modern medical technologies]. *Vrachiebnaja praktika*, 1(55), 16–19 [in Russian].
3. Cherkasov, N. S., Bahmutova, L. A., Engibirin, K. G. & Azhmakalova, S. I. (2005) Porachenie miokarda u novorozhdennykh, pereneshikh perinatal'nyu gipoksiyu [Damage of a myocardium at the newborns who have had a perinatal hypoxia]. *Rossiiskii vestnik pierinatologii i oiediatyrii*, 2, 50–51 [in Russian].
4. Podolskii, V. V., Podolskii, V. V. & Sopko, Ya. A. (2008) Sovremennye vozmozhnosti lecheniya placentarnoj nedostatochnosti u beremennykh s infekciyami polovykh organov [Modern possibilities of treatment of placental insufficiency at pregnant women with infections of genitalias]. *Rieproduktivnoie zdorovie zhienishchiny*, 3, 122–126 [in Ukrainian].

Відомості про авторів:

Авраменко Н.В., д. н. держ. упр., доцент, зав. каф. акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО, Запорізький державний медичний університет.

Кабаченко О.В., к. мед. н., асистент каф. акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО, Запорізький державний медичний університет, E-mail: Kabachenko_ev@mail.ru.

Барковський Д.С., д. мед. н., доцент каф. акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО, Запорізький державний медичний університет.

Михайленко М.О., лікар-інтерн, położовий будинок №9.

Шкроботько Н.В., акушер-гінеколог, КП «Обласний перинатальний центр».

Поступила в редакцію 14.02.2014 г.