

Аналіз перинатальної патології дітей, які народились з дуже малою масою тіла, і стану здоров'я їхніх матерів

Є.Є. Шунько¹, О.О. Белова¹, О.Т. Лакша¹, Т.О. Орлова², С.Я. Старенька²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

Мета дослідження: вивчити соціальний, соматичний, акушерсько-гінекологічний анамнез, перебіг даної вагітності і пологів у матерів, які народили дітей з дуже малою масою тіла (ДММТ) і надзвичайно малою масою тіла (НММТ); визначити провідну перинатальну патологію у дітей з ДММТ і НММТ. **Матеріали та методи.** За даними медичної документації проаналізований соціальний, соматичний, акушерсько-гінекологічний анамнез, перебіг даної вагітності і пологів у матерів, що народили дітей з ДММТ (n=92) і НММТ (n=34), проведено дослідження перинатальної патології.

Результати. Внутрішньоутробний розвиток дітей з ДММТ і НММТ відбувався на несприятливому фоні – 62,7% матерів мали хронічні соматичні захворювання. У 52,4% матерів була зареєстрована екстрагенітальна патологія, у 27% – генітальна, у 16,7% спостерігалось поєднання екстрагенітальної та генітальної патології. Діти з НММТ достовірно частіше (p<0,05), ніж діти з ДММТ, мали перинатальне ураження центральної нервової системи (ЦНС), слухового аналізатора, потребували лікування в умовах відділення інтенсивної терапії новонароджених із частішим застосуванням більш тривалої штучної вентиляції легень з приводу вродженої пневмонії, більшої кількості гемотрансфузій, хірургічних втручань (переважно лазерокоагуляції сітківки).

Заключення. Основною перинатальною патологією дітей з ДММТ і НММТ є перинатальне ураження ЦНС, перинатальна інфекція з розвитком вродженої пневмонії, бактеріального сепсису, некротизувального ентероколіту, що потребує тривалого перебування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених із застосуванням тривалої штучної вентиляції легень, підвищує ризик формування хронічних захворювань дихальної системи, органів зору та слуху, ЦНС.

Ключові слова: новонароджені, матері, дуже мала маса тіла (ДММТ), надзвичайно мала маса тіла (НММТ), передчасно народжені діти, перинатальна патологія, екстрагенітальна патологія, генітальна патологія.

Проблема репродуктивного здоров'я жінок і невиношування вагітності є актуальною проблемою акушерства та гінекології, перинатології, неонатології та педіатрії. Кількість передчасних пологів у світі не зменшується і складає 7–15% від загальної кількості пологів [1]. Особливої уваги потребують ранні передчасні пологи (до 28 тиж гестації), враховуючи високий ризик перинатальної смертності та захворюваності.

Діти з дуже малою масою тіла при народженні (ДММТ; до 1500 г) і діти з надзвичайно малою масою тіла при народженні (НММТ; до 1000 г) мають найбільший ризик смерті і перинатальної захворюваності серед усіх передчасно народжених дітей. Ця когорта дітей має найвищий ризик віддалених несприятливих наслідків, у тому числі інвалідизацію за декількома системами органів – дихальною, центральною не-

рвової системи та органів чуттів, що формує перинатальну патологію, асоційовану з ДММТ при народженні [2, 3].

Мета дослідження: вивчити соціальний, соматичний, акушерсько-гінекологічний анамнез, перебіг даної вагітності і пологів у матерів, які народили дітей з ДММТ і НММТ; визначити провідну перинатальну патологію у дітей з ДММТ і НММТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До дослідження ввійшли 92 дитини з ДММТ, 34 дитини з НММТ і їхні матері. Усі діти знаходились на виходжуванні у Неонатологічному центрі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ». За даними медичної документації (форма № 097-1/о Виписка із карти розвитку новонародженого і форма № 003/о Медична карта стаціонарного хворого) проаналізований соціальний, соматичний, акушерсько-гінекологічний анамнез, перебіг даної вагітності і пологів, перинатальна патологія. Статистичне оброблення отриманих результатів проведено за допомогою програми Statistica 10,0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Маса тіла дітей при народженні складала від 480 до 1490 г, гестаційний вік – від 23 до 34 тиж. Більшість дітей народились від першої вагітності (46,8%) і перших пологів (69%). У 11,1% вагітність настала внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). 20,6% дітей народились від вагітності двійнею, при цьому смерть другого з двійні анте- і постнатально була зареєстрована у 25%. 54% дітей народились шляхом кесарева розтину, при цьому у 51,5% випадків це був ургентний кесарів розтин. 27,8% дітей розвивалися на фоні плацентарної дисфункції, яка у 48,6% спричинила дистрес плода і призвела до екстреного кесарева розтину. Неправильні положення плода були виявлені у 23,8% випадків, в тому числі у 66,7% було діагностовано сідничне передлежання, ножне – у 23,3%, поперечне і косе спостерігались у 10% випадків. Справжній вузол пупкового канатика мали 1,6% дітей.

78,6% матерів перебували у зареєстрованому шлюбі. Переважна більшість матерів були мешканками Києва (71,2%) і Київської області (12,8%). З Чернігівської області було 7,2% дітей і матерів, з Чернігова – 4%. 62,7% матерів мали вищу освіту, 35,7% – середню, 1,6% – середню спеціальну. Щодо аналізу професійної зайнятості матерів, встановлено що 41,3% були фахівцями та мали офісну роботу, 27% жінок не працювали, 7,9% матерів були викладачами та вихователями, 4,8% – медичними працівниками, 4,0% навчалися, некваліфікована праця зазначена у 15,0% матерів. Серед соціальних несприятливих факторів встановлено паління до вагітності у 7,9% матерів, під час вагітності – у 3,2%, після пологів – у 5,6%.

Вітамінні комплекси для вагітних застосовували 63,1% матерів, фолієву кислоту вживали 16,9% матерів, препарати

Таблиця 1

Стан здоров'я матерів, ускладнення перебігу вагітності та пологів у матерів, які народили дітей з ДММТ і НММТ

| Показники материнського анамнезу і перебігу даної вагітності і пологів | НММТ (n=34), % | ДММТ (n=92), % | p |
|--|----------------|----------------|-------|
| Хронічні захворювання матері | 70,6 | 59,8 | >0,05 |
| Екстрагенітальна патологія | 61,8 | 48,9 | >0,05 |
| Носійство провідних збудників TORCH-інфекцій | 14,7 | 29,4 | >0,05 |
| Хронічні екстрагенітальні запальні захворювання | 29,4 | 14,1 | >0,05 |
| Генітальна патологія | 32,4 | 25,0 | >0,05 |
| ДРТ | 11,8 | 10,9 | >0,05 |
| Двійня | 14,7 | 22,83 | >0,05 |
| Ургентний кесарів розтин | 32,4 | 26,1 | >0,05 |
| Плацентарна дисфункція | 26,5 | 28,3 | >0,05 |
| У тому числі дистрес плода | 33,3 | 53,9 | >0,05 |
| Передчасне відшарування плаценти | 11,8 | 9,8 | >0,05 |
| Інфекція під час вагітності | 23,5 | 29,4 | >0,05 |
| Інфекція в пологах | 11,8 | 9,8 | >0,05 |
| Передчасне вилиття навколоплідних вод | 29,4 | 29,4 | >0,05 |
| Тривалий безводний проміжок (більше 18 год) | 23,5 | 19,6 | >0,05 |

Таблиця 2

Перинатальна патологія у дітей з ДММТ та НММТ

| Параметри оцінювання стану дітей | НММТ (n=34), % | ДММТ (n=92), % | p |
|---|----------------|----------------|--------|
| Внутрішньоутробна інфекція | 85,3 | 70,7 | >0,05 |
| Бактеріальний сепсис новонароджених | 14,7 | 13,0 | >0,05 |
| Внутрішньоутробна інфекція без виявленого вогнища | 2,94 | 7,6 | >0,05 |
| Вроджена пневмонія | 79,4 | 51,1 | =0,03 |
| Некротизувальний ентероколіт | 32,4 | 40,2 | >0,05 |
| Гемотрансфузії | 70,6 | 33,7 | =0,001 |
| Хірургічні операції | 44,12 | 18,48 | =0,028 |
| Лазерокоагуляція сітківки | 38,2 | 17,4 | >0,05 |
| Вроджені вади розвитку | 17,65 | 18,5 | >0,05 |
| Бронхолегенева дисплазія | 64,7 | 23,1 | <0,001 |
| Перинатальне ураження ЦНС | 85,3 | 57,6 | =0,017 |
| Проведення штучної вентиляції легень | 97,1 | 67,4 | =0,011 |
| Тривалість штучної вентиляції легень (дні) | 22,7±3,7 | 10,84±1,9 | <0,001 |
| Знаходження у відділенні інтенсивної терапії новонароджених | 76,5 | 39,1 | =0,001 |
| Не пройшов скринінг слуху | 76,5 | 47,8 | =0,014 |
| Не пройшов скринінг слуху на 2 вуха | 61,8 | 35,9 | =0,026 |

вітамінів групи В – 15,4%, препарати заліза – 12,3%, препарати кальцію – 7,7%, антибактеріальні препарати – 4,5% матерів.

Внутрішньоутробний розвиток дітей з ДММТ і НММТ відбувався на несприятливому фоні. Скарги на своє здоров'я мали 31% матерів. Хронічна соматична патологія була виявлена у 62,7% випадків. При цьому екстрагенітальна патологія була зареєстрована у 52,4% матерів, а генітальна – у 27%. Поєднання екстрагенітальної і генітальної патології мало місце у 16,7% випадків. Перебіг даної вагітності і пологів, а також патологія матері достовірно не відрізнялись між групами і представлені у табл. 1.

Серед екстрагенітальної патології захворювання серцево-судинної системи мали місце у 16,7% (в тому числі вегетосудинна астенія за гіпертензивним типом – 61,9%, вегетосудинна астенія за гіпотензивним типом – 23,8%), хронічна ендокринна патологія – у 11,9%, хронічна патологія травного тракту – у 8,7%, хронічна патологія сечової системи – у 7,1%, хронічна патологія нервової системи – у 1,6%, дихальної – у 2,4%, опорно-рухової – 4%, хронічні захворювання ЛОР-органів мали місце у 4,8%, міопія – у 5,6%, глухота

батьків спостерігалась у 1,6% випадків. У 12,0% матерів визначено поєднану екстрагенітальну патологію.

Хронічні екстрагенітальні запальні захворювання зустрічались у 18,3%. Інфекція під час вагітності була зареєстрована у 27,8% випадків, інфекція у пологах – у 10,3%. Передчасне вилиття навколоплідних вод мало місце у 29,4%, тривалий безводний проміжок (більше 18 год) – у 20,6% випадках. Анемія вагітних спостерігалась у 29,4%. Носійство основних збудників TORCH-інфекції було виявлено у 25,4%, серед яких провідне місце посідало носійство цитомегаловірусу – 59,4%.

Серед генітальної патології, яка спостерігалась у 27% випадків, чільне місце посідало безпліддя (41,2%), патологія шийки матки мала місце у 29,4% випадків, запальні захворювання статевих органів – у 14,7%, патологія яєчників – у 17,7%, патологія матки – у 11,8%, маткових труб – у 5,9%, грудних залоз – 8,8%. При цьому у 29,5% мала місце поєднана генітальна патологія.

Перебіг даної вагітності мав ускладнення у вигляді розвитку раннього гестозу у 7,1% випадках, пізнього гестозу – у

29,4% випадках, з них прееклампсія легкого ступеня спостерігалась у 10,8%, середнього – у 37,8%, тяжкого ступеня – у 51,4%. Перебування на стаціонарному лікуванні через загрозу переривання вагітності мали 49,2% жінок, шов на шийці матки через істміко-цервікальну недостатність – 11,1% матерів. На стаціонарному лікуванні з приводу основного захворювання під час вагітності перебували 3,2%, медикаментозну терапію у домашніх умовах отримували 4% жінок.

За результатами аналізу акушерсько-гінекологічного анамнезу встановлено, що медичні аборти були у 34,1% жінок, самовільні аборти – у 19%, пізні викидні – у 4%. Завергла вагітність в анамнезі реєструвалась у 6,3%, смерть попередньої дитини у віці до одного місяця – у 2,4% випадків.

При народженні перинатальну патологію у вигляді внутрішньоутробної інфекції мали 74,6% дітей. Вроджена пневмонія була діагностована у 58,7% дітей, некротизувальний ентероколіт – у 38%, внутрішньоутробна інфекція без виявленого вогнища – у 6,3%, перинатальний сепсис – у 13,5% дітей. Цитомегаловірусну інфекцію діагностовано у 3,2% випадків. Поєднана інфекційна патологія зустрічалась у 19,7% випадків. Розподіл перинатальної патології у дітей залежно від маси тіла при народженні представлений у табл. 2.

Асфіксію при народженні було діагностовано у 84,9% дітей, з них у 23,4% – тяжку. 48,4% дітей було введено сурфактант, 75,4% потребували проведення штучної вентиляції легень, у 34,1% дітей розвинулась бронхолегенева дисплазія.

При аналізі перинатальної патології у дітей з ДММТ і НММТ виявлені достовірні відмінності ($p < 0,05$) у кількості вроджених пневмоній (51,1% проти 79,4%), у потребі в штучній вентиляції легень (67,4% проти 97,1%), тривалості штучної вентиляції легень ($10,84 \pm 1,9$ дня проти $22,7 \pm 3,7$ дня), знаходження у відділенні інтенсивної терапії новонароджених (39,1% проти 76,5%), бронхолегеневої дисплазії (23,1% проти 64,7%), перинатального ураження центральної нервової системи (ЦНС) (57,6% проти 85,3%), у кількості проведених хірургічних втручань (18,48% проти 44,12%), гемотрансфузій (33,7% проти 70,6%).

Серед дітей з ДММТ скринінг слуху на два вуха не пройшло 35,9% дітей проти 61,8% дітей з НММТ, скринінг слуху на одне або два вуха не пройшло 47,8% дітей з ДММТ проти 76,5% з НММТ. Достовірно більш висока частота поєднаної перинатальної патології у дітей з НММТ може бути пов'язана з більшою потребою лікування в умовах відділення інтенсивної терапії новонароджених з використанням тривалої штучної вентиляції легень з приводу вродженої пневмонії, більшою кількістю ускладнень патології дихальної системи у вигляді бронхолегеневої дисплазії, необхідності хірургічного лікування (основну частину операцій становила лазерокоагуляція сітківки з приводу ретинопатії недоношених третього ступеня), формування поєднаної перинатальної патології у обстежених дітей відбувалось на фоні морфо-функціональної незрілості організму.

ВИСНОВКИ

1. Статистично значущої різниці у соціальному, соматичному, акушерсько-гінекологічному анамнезі матерів дітей з дуже малою масою тіла (ДММТ) і надзвичайно малою масою тіла (НММТ), а також у перебігу даної вагітності і пологів виявлено не було.

2. Внутрішньоутробний розвиток дітей з ДММТ і НММТ відбувся на несприятливому фоні – 62,7% матерів мали хронічні соматичні захворювання. У 52,4% матерів була зареєстрована екстрагенітальна патологія, у 27% – генітальна, у 16,7% спостерігалось поєднання екстрагенітальної та генітальної патології.

3. Серед патологічних станів перинатального періоду у

дітей з ДММТ і НММТ переважали перинатальні ураження ЦНС, перинатальна інфекція з розвитком вродженої пневмонії, бактеріального сепсису, некротизувального ентероколіту. Стан переважної більшості дітей потребував тривалого перебування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених із застосуванням тривалої штучної вентиляції легень, що на фоні морфо-функціональної незрілості підвищило ризик формування хронічних захворювань легень, органів зору та слуху, центральної нервової системи.

4. Діти з НММТ достовірно частіше ($p < 0,05$), ніж діти з ДММТ потребували лікування в умовах відділення інтенсивної терапії новонароджених із застосуванням більш частоті і тривалої штучної вентиляції легень з приводу вродженої пневмонії, більшої кількості гемотрансфузій, хірургічних втручань (головним чином лазерокоагуляції сітківки), перинатального ураження центральної нервової системи, ураженням слухового аналізатора.

5. Порушення репродуктивного та соматичного здоров'я жінок підвищує ризик ранніх передчасних пологів з несприятливим прогнозом щодо стану здоров'я та розвитку дитини з формуванням інвалідизувальної перинатальної патології, асоційованої з дуже малою масою тіла при народженні.

Перспективи подальших досліджень полягають у створенні засад для покращання репродуктивного здоров'я жіночого населення і профілактиці розвитку ускладнень вагітності і пологів, що буде сприяти зменшенню кількості передчасних пологів з народженням дітей з ДММТ та НММТ, а також зниженню важкої перинатальної патології.

Анализ перинатальной патологии детей, рожденных с очень низкой массой тела, и состояния здоровья их матерей

Е.Е. Шунько, Е.А. Белова, О.Т. Лакша, Т.О. Орлова, С.Я. Старенька

Цель исследования: изучить социальный, соматический, акушерско-гинекологический анамнез, течение данной беременности и родов у матерей, родивших детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ); определить ведущую перинатальную патологию у детей с ОНМТ и ЭНМТ.

Материалы и методы. По данным медицинской документации проанализирован социальный, соматический, акушерско-гинекологический анамнез, течение данной беременности у матерей, родивших детей с ОНМТ ($n=92$) и ЭНМТ ($n=34$); проведено исследование перинатальной патологии.

Результаты. Внутриутробное развитие детей с ОНМТ и ЭНМТ проходило на неблагоприятном фоне – 62,7% матерей имели хронические соматические заболевания. У 52,4% матерей была зарегистрирована экстрагенитальная патология, у 27% – генитальная, у 16,7% наблюдалось сочетание экстрагенитальной и генитальной патологии. Дети с ЭНМТ достоверно чаще ($p < 0,05$), чем дети с ОНМТ, имели перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС), слухового анализатора, требовали лечения в условиях отделения интенсивной терапии новорожденных с более частым использованием длительной искусственной вентиляции легких по причине врожденной пневмонии, большее количество гемотрансфузий, хирургических вмешательств (преимущественно лазерокоагуляции сетчатки).

Заключение. Основной перинатальной патологией детей с ОНМТ и ЭНМТ является поражение ЦНС, перинатальная инфекция с развитием врожденной пневмонии, бактериального сепсиса, некротизирующего энтероколита, что требует длительного пребывания в отделении интенсивной терапии новорожденных с использованием длительной искусственной вентиляции легких, повышает риск формирования хронических заболеваний дыхательной системы, органов зрения и слуха, центральной нервной системы.

Ключевые слова: новорожденные, матери, очень низкая масса тела (ОНМТ), экстремально низкая масса тела (ЭНМТ), преждевременно рожденные дети, перинатальная патология, экстрагенитальная патология, генитальная патология.

Analysis of perinatal pathology in children born with very low birth weight and the condition of their mothers

Ye.Ye. Shunko, O.O. Bielova, O.T. Laksha, T.O. Orlova, S.Ya. Starenka

Objective: to study social, medical, obstetrics and gynecological anamnesis, the course of pregnancy and delivery in mothers of newborns with VLBW and ELBW; to define main perinatal pathology in kids with VLBW and ELBW.

Patients and methods. Social, medical, obstetrics and gynecological anamnesis, the course of pregnancy and delivery studied in mothers of newborns with VLBW (n=92) and ELBW (n=34); main perinatal pathology defined using medical documentation.

Results. Intrauterine development of kids with VLBW and ELBW occurred under unfavourable conditions – 62,7% of mothers had chronic somatic illnesses. 52,4% of mothers had extragenital pathology,

27% – genital pathology, 16,7% – combined extrauterine and genital pathology. In comparison with kids with VLBW, kids with ELBW had more cases (p?0,05) of perinatal pathology of central nervous system, auditory analyzer, required long treatment in neonatal intensive care units with more frequent and longer mechanical ventilation due to congenital pneumonia, more frequent blood transfusions, surgical treatment (mainly retinal laser coagulation).

Conclusion. Main perinatal pathology in kids with VLBW and ELBW is central nervous system damage, perinatal infection with development of congenital pneumonia, bacterial sepsis, necrotizing enterocolitis, which required long treatment in neonatal intensive care unit using mechanical ventilation; increased risk of developing chronic diseases of pulmonary system, visual and auditory analyzers, central nervous system.

Key words: newborns, mothers, very low birth weight (VLBW), extremely low birth weight (ELBW), premature newborns, perinatal pathology, extragenital pathology, genital pathology.

Сведения об авторах

Шулько Елизавета Евгеньевна – Кафедра неонатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04119, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 236-09-61. E-mail: dr_shunko@mail.ru

Белова Елена Александровна – Кафедра неонатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04119, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 236-09-61. E-mail: dr.elena.belova@gmail.com

Лакша Ольга Тимофеевна – Кафедра неонатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04119, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 236-09-61. E-mail: dr_laksha@mail.ru

Орлова Татьяна Александровна – Неонатологический центр Национальной детской специализированной больницы «ОХМАТДЕТ», 04119, г. Киев, ул. Черновола, 28/1, корпус 11-А; тел.: (044) 236-69-20

Старенька Светлана Яковлевна – Неонатологический центр Национальной детской специализированной больницы «ОХМАТДЕТ», 04119, г. Киев, ул. Черновола, 28/1, корпус 11-А; тел.: (044) 236-02-37

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Харченко Т. В Украине увеличивается количество преждевременных родов [Электронный ресурс] / Т. Харченко // Український медичний часопис. – 2012. – 8 жовтня. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/41301/v-ukraine-uvelichivaetsyakolichestvo-prezhdevremennyh-rodov>

2. Шулько Є.Є. Сучасні стратегії ентерального харчування новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні (огляд літератури) [Електронний ресурс] / Є.Є. Шулько, О.О. Белова, Р.В. Путкарадзе // Молодий вчений. – 2015. – № 4 (19). – Ч. 3. – С. 82–86. – Ре-

жим доступу: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2015/4/93.pdf>

3. Шулько Є.Є. Шляхи розвитку неонатології в Україні у XXI столітті – впровадження світових стандартів надання медичної допомоги глибоконедоношеним дітям та їх подальша медико-соціальна реабілітація [Елек-

тронний ресурс] / Є.Є. Шулько, О.Т. Лакша, О.О. Белова та ін. // Сучасна педіатрія. – 2010. – № 1 (29). – С. 10–12. – Режим доступу: http://med-expert.com.ua/upload/iblock/095/sp_01_2010_web.pdf

Статья поступила в редакцию 03.02.2016