



УДК 616 – 053.31:618.36

СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ ІЗ ПЕРЕДЧАСНИМ ВІДШАРУВАННЯМ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ В АНАМНЕЗІ

Корчинська О.О., Чонко О.Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород

Вступ

Проблема перинатальної захворюваності, смертності та ранньої інвалідизації дітей набула особливої уваги та актуальності через погіршення здоров'я жінок репродуктивного віку та породіль, збільшення частоти патологічного перебігу вагітності та пологів.

Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти (ПВНРП) належить до важкої акушерської патології, яка призводить до порушення матково-плацентарного кровообігу з розвитком гіпоксії плода та асфіксії новонароджених, а також гіповолемічних станів через плодово-плацентарну кровотечу або через порушення розподілу крові [3].

Відомо, що перинатальна асфіксія та гемодинамічні розлади значно порушують адаптацію дітей після народження з можливим розвитком критичних станів та поліорганної недостатності. Тому діти від матерів з ПВНРП, складаючи групу ризику щодо розвитку перинатальної патології, потребують ретельного вивчення.

Багато жінок, які зіткнулися з передчасним відшаруванням плаценти під час попередніх вагітностей, бояться повторення даної ситуації. Наслідки патології можуть бути дуже неприємними як для плода, так і для матері.

Асфіксія новонароджених – найбільш часта патологія всіляких ускладнень в пологах з боку плода. В результаті асфіксії страждають всі органи і тканини організму, але в першу чергу – центральна нервова система, клітини якої не можуть існувати без надходження в них кисню. Асфіксія новонароджених – це стан, при якому протягом першої хвилини після народження при наявності серцевої діяльності дихання не з'являється або виражено в окремих нерегулярних дихальних рухах. Теоретична та практична актуальність наукової роботи визначається необхідністю по-

глибленого вивчення особливостей ранньої неонатальної адаптації у новонароджених від матерів з ПВНРП та удосконалення медичної допомоги, зокрема складу інфузійної терапії.

Мета дослідження

Вивчити стан новонароджених від матерів із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі.

Матеріали і методи

Під постереженням перебували 100 жінок, яких було розподілено на дві групи – основну і контрольну. До основної групи увійшло 50 жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі, а контрольну групу склали 50 здорових жінок без обтяженого акушерського анамнезу і нормальним перебігом вагітності. Всі діти, народжені від жінок із двох груп, були під спостереженням лікарів, які проводили обстеження з урахуванням важкості асфіксії та ступеня недоношеності.

Клінічний перебіг відшарування плаценти вивчався за допомогою критеріїв ступеня важкості (оцінка загального стану жінки, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, анемії, гестозу, біль у животі, кровотечі, серцебиття плода). Моніторування серцевого ритму плода здійснювалося методом аускультативної та за допомогою кардіофетомонітору при народженні дитини. У всіх дітей оцінювали стан при народженні за шкалою Сільвермана (для недоношених), шкалою Апгар для доношених.

Асфіксію діагностували на підставі тривалої низької оцінки за шкалою Апгар (1–3 бали), значного ацидозу, поліорганної дисфункції. У ранньому неонатальному періоді проводили моніторинг частоти серцевих скорочень, дихання та артеріального тиску за



допомогою апарату. Гіповолемічний стан визначався за клініко-функціональними показниками: порушення перфузії тканин (акроціаноз, бідість шкірних покривів, слабкий пульс, олігурія).

Оцінювали результати стандартних обстежень (об'єктивного і додаткових), включаючи загальний аналіз крові, вміст глюкози, а також біохімічні методи дослідження. Результати проведених досліджень оброблені на персональному комп'ютері за допомогою програм MS Excel з використанням критерію Стюдента і коефіцієнта кореляції – r. Усі результати вважали достовірними, якщо $p < 0,05$.

Результати досліджень

Проведений аналіз показав, що серед породіль із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі спостерігалось висока питома вага жінок у віці більше 25 років та переважали повторно-родящі, що в 2 рази частіше ніж серед жінок контрольної групи ($p < 0,05$). Частота проведення операції кесаревого розтину становила 96,6% в основній групі.

Перебіг вагітності був ускладнений майже у кожній жінки основної групи (91,4%) у порівнянні з жінками контрольної групи, де ускладнень не було. Тісний взаємозв'язок з передчасним відшаруванням плаценти мали захворювання серцево-судинної системи, медичні та самовільні аборти в анамнезі. В основі дії цих несприятливих чинників є судинні та імунологічні порушення, які обумовили структурно-функціональні порушення з боку плаценти та передчасне її відшарування.

Ускладнення вагітності та екстрагенітальні захворювання зумовили розвиток плода в умовах хронічної гіпоксії та народження дітей основної групи з внутрішньоутробною гіпотрофією та дітей в асфіксії, збільшилась частота ЗВУР, частота крововиливів у шлуночки мозку, некротичний ентероколіт, збільшилась частота дистресу плода, енцефалопатії. Серед чинників з боку матерів, які впливали на важкість асфіксії при народженні, були пізні гестози, захворювання серцево-судинної системи, хронічна фетоплацентарна недостатність, анемія, хронічні захворювання нирок [4].

Затримку внутрішньоутробного розвитку діагностували у дітей, маса тіла яких нижче 10-го центиля для відповідного гестаційного віку, а морфологічний індекс зрілості

відстає на 2 тижні й більше від дійсного гестаційного віку. У дітей спостерігається дефіцит маси тіла, пропорційне відставання довжини тіла та обводу голови від середньостатистичних показників. Симптоми зниженої трофіки були помірними або відсутні. Такі діти виглядають недоношеними. Затримка внутрішньоутробного розвитку супроводжується порушеннями функціонування антиоксидантної системи. Це призводить до інтенсифікації неферментативного вільнорадикального окислення. Виявлено порушення у системі клітинного та гуморального імунітету, а також зміни білкового обміну, що корелюють з вираженістю ЗВУР і мають прогностичне значення щодо захворюваності та летальності новонароджених. Найбільшу прогностичну значущість мають імунологічні показники.

У дітей зі ЗВУР у постнатальному періоді можлива затримка як фізичного, так і психічного розвитку. Прогноз щодо нервово-психічного і фізичного розвитку кращий у разі гострої та підгострої дії несприятливих факторів і гірший при хронічному їх впливі, а також при диспластичному варіанті ЗВУР.

Некротичний ентероколіт (НЕК) – одне з найбільш частих серйозних набутих захворювань шлунково-кишкового тракту у недоношених дітей, пов'язане з великим ризиком ускладнень і високою летальністю [2]. Ранні симптоми НЕК часто неспецифічні і включають ознаки загальної інтоксикації і слабкі гастроінтестинальні прояви. Діарея нечасто буває першою ознакою НЕК. Інтоксикація може проявлятися апне, брадикардія, млявістю, порушенням терморегуляції, ціанозом і мармуровістю шкірних покривів, похолоданням кінцівок. При появі інтестинальних симптомів живіт стає роздутим і напруженим, кишкові шуми слабшають. Може спостерігатися блювання, по шлунковому зонду відходить рясний застійний шлунковий вміст.

Пологи – це складний і певною мірою непередбачуваний процес, і розвиток ускладнень, що впливають на здоров'я матері і дитини, завжди відбувається раптово. Мозок у новонароджених, як і інші органи, легко травмується, і механічні пошкодження в процесі появи немовляти на світ можуть справити на нього суттєвий негативний вплив. Травма центральної нервової системи – не часте, але поширене пошкодження у новонароджених. Мозок новонародженого ще не до кінця сформований, і являє собою рухливу, м'яку масу. Та



й кістки черепа ще не зміцніли, їх легко пошкодити. Крововилив виникає в тому випадку, якщо через травму черепа пошкоджується і кровоносна система, що забезпечує мозок. Також його можна запідозрити, якщо перебіг пологів важкий, немовля не виходить, але і не може дихати, всередині тіла матері – нестача кисню веде до порушень, які, врешті-решт, викликають крововилив [1].

«Асфіксія при народженні» – це окрема нозологічна форма, яку характеризують лабораторні ознаки шкідливої дії гіпоксії на організм плода до або під час пологів (значний метаболічний або змішаний ацидоз у крові з артерії пуповини), а також клінічні симптоми кардіореспіраторної і неврологічної депресії новонародженого з можливим наступним розвитком енцефалопатії і поліорганної дисфункції.

Встановлено, що стан новонароджених залежав від ступеня важкості клінічного перебігу та площі відшарування плаценти ($p < 0,05$). Відшарування плаценти 1/3–1/2 усієї площі призводило до народження дітей у помірній та важкій асфіксії, причому серед них недоношені діти становили більшу кількість ($p < 0,05$). Відшарування $> 1/2$ площі плаценти призводило до значного внутрішньоутробного страждання та загибелі дітей. Аналіз частоти перехідних та патологічних процесів впродовж раннього неонатального періоду у новонароджених від матерів з ПВНРП дозволив виділити різні типи компенсаторно-приспосувальних реакцій організму.

У дітей, які народилися без асфіксії, перебіг ранньої неонатальної адаптації достовірно відрізнявся від дітей контрольної групи частотою перехідних процесів. Найчастіше перехідні стани проявлялись у віці перших 6 годин життя (у фазу екстреної адаптації). Так, у перші дві години життя перехідні процеси реєструвались з боку серцево-судинної системи (тахікардія 160–180 уд/хв, парціальний ціаноз) у кожного 2-ї та з боку дихальної системи (поверхнєве дихання, тахіпноє) – у кожної 6-ї дитини. У віці 2–6 годин відзначено перевагу перехідних проявів з боку нервової системи – збудження, помірно збільшений м'язовий тонус, рухова та рефлексорна активність, відносне зниження м'язового тону.

Гіпербілірубінемія найчастіше реєструвалась у фазу спаду функціональної активності (4–5 доба життя). Так, підвищений вміст білірубину (130–250 мкмоль/л) відзначено у

кожної 4-ї дитини, проти кожної 10-ї у контрольній групі. У 39,7 % (27) дітей було збереження перехідних проявів на 1–3 доби довше, ніж у дітей контрольної групи.

Характер метаболічних змін крові у дітей основної групи при народженні свідчив про наявність компенсованого метаболічного ацидозу. Вміст молочної кислоти у першу добу життя був збільшений у порівнянні з контрольної групою. Зниження вмісту лактату відбувалось на 5-у добу життя, що свідчить про адекватну оксигенацію тканин та ферментативну функцію печінки. Рівень глюкози коливався у межах (3,6–4,2) ммоль/л протягом раннього неонатального періоду, з помірним зниженням. Виявлені метаболічні зміни були перехідні, але мали помірно затяжний характер.

Діти, які народилися у помірній асфіксії мали принципові відмінності перебігу компенсаторно-приспосувальних реакцій адаптації у порівнянні з дітьми без асфіксії. Найбільша вираженість проявів перехідних та розвиток патологічних процесів відзначались у фазу екстреної адаптації (перші 6 годин життя). У дітей з помірною асфіксією протягом перших 30 хвилин життя реєструвались перехідні прояви з боку нервової, дихальної та серцево-судинної системи (поверхнєве дихання, помірна задишка, тахікардія 160–180 уд/хв., акроціаноз – у 93,6%, помірна млявість – у 56% або збудження – у 7%). Після першої години життя у кожної 2-ї дитини чітко визначалось по 3 і більше проявів з боку однієї з цих систем з розвитком патологічних станів у (51,8 %) (респіраторний дистрес, гіповолемія, синдром пригнічення або збудження).

Гіповолемічний стан діагностовано у 22 (28,2 %) дітей основної групи ($p < 0,001$). Значення АТс після народження у доношених дітей були 40 мм рт. ст. Час капілярного наповнення (симптом «білої плями») становив 4 с та більше.

Майже у половини дітей була патологічна втрата маси тіла і пролонговане її відновлення, що вказує на катаболічну направленість обміну речовин та напруженість метаболізму, яка підтверджувалась наявністю тривалого метаболічного ацидозу, підвищеного рівня лактату та помірної гіпоглікемії. Рівень глюкози коливався у межах (3,0–3,8) ммоль/л протягом раннього неонатального періоду, з помірним зниженням у віці 24–48 год життя (фаза суперкомпенсації). Наявність лактата-



цидозу свідчить про порушення мікроциркуляції зі збереження тканинної гіпоксії.

У віці 3–5 доби реєструвалась гіпербілірубінемія (білірубін 250 мкмоль/л) у кожної 5-ї доношеної дитини та кожної 3-ї недоношеної.

За сукупністю клініко-метаболических показників адаптація більшості (81,5 %) доношених дітей 2-ї групи перебігала за уповільненим типом, решти (18,5 %) дітей – за лабільно-виснажливим типом. Діти були виписані на 8–9 добу життя додому під нагляд педіатра та невролога.

Відразу після народження метаболізм характеризувався різко вираженим патологічним респіраторно-метаболическим ацидозом. Величина рН крові на 3-ю добу після народження досягала норми. Щодо рівня глікемії, то характерним був різкий спад її впродовж 1-ї години і збереження рівня в межах (2,1–2,7) ммоль/л до 4-ї – 5-ї доби, що може бути пов'язано як з виснаженням енергетичних ресурсів, так і з підвищеною реакцією на ендогенний інсулін та високою утилізацією глюкози тканинами. Дослідження вмісту лактату серед доношених та недоношених дітей свідчило про наявність вираженого лактатацидозу протягом перших 3-х діб з тенденцією до подальшого помірного, але достовірного зниження до кінця раннього неонатального періоду ($p < 0,001$). Відзначено закономірність відставання стабілізації показників лактату в динаміці раннього неонатального періоду у недоношених дітей на 1–3 доби від відповідних показників доношених дітей, що пояснюється більш швидким виснаженням енергетичних запасів, затримкою та порушенням метаболізму лактату в печінці. Таким чином, за сукупністю клініко-метаболических показників, адаптація усіх дітей із важкою асфіксією перебігала за лабільно-виснажливим типом із розвитком патологічних станів, які достовірно частіше траплялися у порівнянні з дітьми з легким ступенем асфіксії.

Таким чином, результати проведених досліджень вказують, що новонароджені від матерів з ПВНРП потребують інтенсивного спостереження (динаміка клінічних симптомів, апаратна і лабораторна реєстрація основних параметрів життєдіяльності) та підтримки адаптаційно-компенсаторних можливостей (оптимальні умови виходжування, відновлення та підтримання системної гемодинаміки, киснево-транспортної функції крові, корекція

метаболических порушень, терапія уражень центральної нервової системи).

Враховуючи високий відсоток (44,0 %) гіповолемічного стану у дітей з асфіксією та необхідність його корекції розчинами для збільшення ОЦК, нами обґрунтовано включення у програму інфузійної терапії синтетичного колоїдного розчину гемодинамічної дії.

Всі діти основної групи, народившись, перебували у важкому стані, обумовленому дихальними порушеннями, гемодинамічними розладами та патологічною неврологічною симптоматикою (млявість, гіподинамія та адинамія, артеріальна гіпотонія, тахікардія, підвищення «шокового» індексу, виражені порушення мікроциркуляції – мармуровість шкіри, симптом «білої плями» 4с, акроціаноз, відсутність периферичної пульсації).

Висновки

В роботі здійснене теоретичне узагальнення особливостей раннього неонатального періоду та пропонується нове вирішення наукового завдання щодо підвищення ефективності надання допомоги новонародженим, які народилися від матерів із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі. Перебіг ранньої адаптації дітей від матерів з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі залежить від стану здоров'я матері, перебігу антенатального періоду, важкості асфіксії при народженні та гестаційного віку.

1. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти чинить неонатальний вплив на перинатальні наслідки (передчасні пологи – 46,1%, кесарів розтин – 96,6%, асфіксія – 59,5%).

2. Новонароджені від матерів із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти схильні у перші 6 год життя до розвитку гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи, респіраторного дистрес-синдрому, розладів гемодинаміки.

3. Метаболізм дітей з асфіксією від матерів з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти характеризується ацидотичною направленістю кислотно-лужного стану. Нестабільністю показників глікемії, що свідчить про напругу компенсаторно-приспосувальних реакцій в ранньому неонатальному періоді.



Резюме. У статті наведено результати дослідження стану новонароджених від матерів із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі. Проблема перинатальної захворюваності, смертності та ранньої інвалідизації дітей набула особливої уваги та актуальності через погіршення здоров'я жінок репродуктивного віку та породіль, збільшення частоти патологічного перебігу вагітності та пологів.

Діти від матерів із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі належать до групи ризику щодо зриву ранньої неонатальної адаптації та потребують проведення профілактичних та лікувальних заходів одразу після народження.

Для об'єктивної оцінки особливостей метаболізму у дітей від матерів із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі необхідно контролювати кислотно-лужний стан, газовий склад крові, рівень глікемії та лактатемії.

Ключові слова: асфіксія новонароджених, перинатальна асфіксія, адаптація новонароджених, гемодинамічні порушення, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

The condition of prevalence of newborners from matters distribution of normally located placent in anamnesis

Korchynska O.O., Chonko O.U.

Summary. The article presents the results of the state of newborns from mothers with premature detachment of a normally located placenta in the history. The problem of perinatal morbidity, mortality and early disability of children has received special attention and relevance due to worsening of the health of women of reproductive age and childbirth, an increase in the incidence of pathological pregnancy and childbirth

Children from mothers with premature detachment of normally located placenta in history are at risk for early neonatal adaptation failure and require prophylactic and curative measures immediately after birth.

For the objective assessment of the metabolic characteristics of children from mothers with premature detachment of a normally located placenta in anamnesis, it is necessary to control the acid – alkaline state, the gas composition of the blood, the level of glycaemia and lactateemia.

Key words: asphyxiation of newborns, prenatal asphyxia, adaptation of newborns, hemodynamic disturbances, premature detachment of normally located placenta

ЛІТЕРАТУРА

1. Пясецька Н.М., Щевцова Т.І. Особливості ранньої адаптації дітей, які народились внаслідок передчасного відшарування нормально розташованої плаценти // Матеріали 2-го Конгресу неонатологів України. – Харків, 2002. – С. 66–67.
2. Запорожан В.М. Перинатологія: Підручник / За ред. В.М. Запорожана. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2002. – С. 62–76.
3. Аріас Ф.М. Вагітність й пологів великий ризик / Бакшеев М.С. / Маткові кровотечі в акушерстві. – М. Медицина; Київ, 2007. – С. 65–69.
4. Мордухович О.С. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. – Медицина УзССР, 2011. – С. 135–138.