УДК: 618.3-008.64:612.621.32

СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ У ЖІНОК З ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКІЄЮ

Каліновська І.В.
професор кафедри акушерства і гінекології
Каліновська К.М.
магістрант кафедри акушерства і гінекології
Буковинський державний медичний університет

Найважливіша проблема сучасної перинатології – це пошук шляхів зниження перинатальної смертності, захворюваності та ранньої інвалідизації дітей [1]. Патологічний перебіг вагітності викликає виражену напругу в діяльності регуляторних гомеостатичних механізмів материнського організму, наслідком чого є гіпоксія плоду, що сприяє народженню дітей у стані асфіксії і розвитку в них різноманітних форм поліорганної недостатності [2,3].Одним зі сприяючих факторів є ФПН – симптомокомплекс, що відображає патологічний вплив на плід і новонародженого ушкоджуючих факторів організму матері та оточуючого середовища [4].

Мета: вивчити стан новонароджених від матерів з ФПН.

Матеріали і методи. Проведено клініко-статистичне обстеження 86 вагітних з ФПН та аналіз стану новонароджених від даної групи матерів. Всі обстежені вагітні, залежно від проявів ФПН було розділено на 2 підгрупи: з компенсованою та декомпенсованою формою ФПН. Аналіз показав, що найбільш тяжкі форми перинатальних уражень ЦНС новонародженого, які в подальшому визначають інвалідизуючу патологію з дитячого віку, формуються при компенсованій і декомпенсованій формі ХФПН, тому проведено дослідження анамнезу, особливостей перебігу вагітності, розвитку плоду залежно від форми ХФПН для формування інформативних ознак групи ризику. Частота середньо-тяжких та тяжких форм гестозу збільшується пропорційно ступеню тяжкості ФПН. Обстежена група вагітних (86 жінок) була розділена

на 2 підгрупи залежно від клінічних проявів ФПН - на групу з компенсованою формою ФПН та декомпенсованою, що визначалося клінічним перебігом вагітності .

Клініка компенсованої форми ХФПН відповідає хронічній внутрішньоутробній гіпоксії плода в терміні доношеної вагітності, КТГ за методом Фішера має 6-7 балів, визначається нормальна кількість навколоплідних вод, можливе їх патологіче забарвлення, при ультрозвуковому дослідженні – симптоми порушення дозрівання плаценти і її товщини, як правило, наявний гестоз легкого ступеня. Вага новонародженої дитини в середньому 2953,40±103г., зріст – 49,07±0,55 см оцінка по Apgar на 1 хвилині – 7,55±0,13 балів, що вірогідно вище, ніж при тяжких формах ХФПН. Термін вагітності при родорозрішенні 36,70±1,44 тижні. Наслідком вагітності у жінок з ХФПН є народження дітей різного гестаційного віку і фізичного розвитку.

Вагітність завершується народженням доношених дітей майже в 2/3 спостережень при компенсованій формі ХФПН. При декомпенсованій ХФПН в 100% випадків проходять передчасні пологи.

Фізичний розвиток новонароджених дітей зворотньо-пропорційний ступеня тяжкості ФПН. Гармонійний фізичний розвиток мають більшість новонароджених при компенсованій формі фетоплацентарної недостатності у матері. При декомпенсованій тільки третина дітей мають пропорційний фізичний розвиток. Така ж закономірність спостерігається у відношенні формування СЗРП. ФПН зазвичай є фактором не тільки закінчення вагітності передчасними пологами, але й формуванням СЗРП I, II, III ступенів у новонароджених дітей. При коменсованій формі ХФПН невелика кількість новонароджених мають ознаки СЗРП I ступеня, а також можливо і II ступеня. У ранньому неонатальному періоді адаптація новонароджених дітей, народжених від матерів з фетоплацентарною недостатністю, перебігає з клінічними ознаками гіпоксії.

Висновки. Хронічна фетоплацентарна недостатність є одним із механізмів порушення стану ЦНС плода та новонародженого і визначає формування

перинатальної патології ЦНС різного ступеня вираженості .Клінічна характеристика перинатального ураження ЦНС новонародженого при ХФПН залежить від частоти, ступеня тяжкості і виду гіпоксично-ішемічного пошкодження ЦНС на фоні клініко – функціонального варіанту ХФПН (стадія коменсованої та декомпенсованої ХФПН).

Література.

1. Грищенко В.І., Щербина М.О., Мерцалова О.В., Актуальні проблеми сучасної перинатології// Бук. мед. вісник. -2001.- ТІ , №2-3.-С.3-7.

2. Степанковская Г.К., Бандык В.Ф., Жегулович В.Г., Гипоксия плода (патогенез, диагностика, лечение)// Перинатологія та педіатрія .- 2014.-№2.- С.15-18.

3.Шунько Є.Є. Кончаковська Т.В. Сучасні погляди на гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи новонароджених//Укр. мед. часопис.- 2015.-№4 .- С.81-86.

4.Mc.Cormik G.V. The health developmental status of veri-smol-birth-weigh children school age// JAMA, -2015.-Vol.267.-P.2204-2208.

5.Nyakas C., Buwulda B., Luiten P.D.M. Hypoxia and brain development// Prog. Neurobiol. -2015.- N49 (1). - P. 1-51.