

1. Вялкова, А.А. К вопросу ранней диагностики и профилактики заболеваний почек у детей возраста / А.А. Вялкова, Н.Ю. Перепелкина // Материалы IX конгресса педиатров России. М., 2004. - Т. 3. - Прилож. №1. - С. 9899.
2. Семешина, О.В. Факторы риска, ранняя диагностика и профилактика дисметаболических нефропатий и мочекаменной болезни у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / О.В. Семешина – Владивосток, 2004. - 205 с.
3. Царегородцев, А.Д. Актуальные проблемы детской нефрологии. / III Конгресс педиатров-нефрологов России: Материалы конф. СПб: СПбГПМА, 2003. - С. 3-6.

ПЕРИОД РАННЕЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гурина Л.Н.* – к.м.н., ассистент, Гурин А.Л. – к.м.н., доцент,
Исаенко М.С. - врач-стажёр, Мандрикова Д.М. - врач-стажёр

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
*кафедра педиатрии №2, кафедра акушерства и гинекологии Гродно,
Беларусь, ped2@grsmu.by*

The period of adaptation at children born from mothers with various degree of expressiveness fetoplacental insufficiency (FPN) is studied. It was determined that the compensated form of FPN infants in the early adaptation period had respiratory distress syndrome caused by aspiration of amniotic fluid, with subcompensated - perinatal central nervous system.

Key words: newborn, fetoplacental insufficiency, the adaptation period.

Введение. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) - часто встречающаяся акушерская патология, которая отмечается у каждой третьей беременной женщины. Нарушение функции плаценты проявляется плацентарной недостаточностью, которая может зависеть от изменений в самой плаценте, от акушерской или соматической патологии у матери, а также от состояния плода. ФПН является актуальной проблемой как в акушерстве, так и в неонатологии [1, 4, 5].

Целью данного исследования являлось изучение влияния степени тяжести фетоплацентарной недостаточности на развитие плода и течение раннего адаптационного периода у новорожденного.

Методы и объект исследования. В связи с поставленной целью был проведен ретроспективный анализ 135 историй родов и историй развития новорожденного. Детей в зависимости от стадии ФПН у матерей распределили на три группы. Первую группу (1-я группа, сравнения,

n=110) сформировали из младенцев, матери которых имели ФПН в стадии компенсации. Во вторую группу включили новорожденных рожденных от матерей с субкомпенсированной формой ФПН (2-я группа, n=12). Третью группу составили дети, матери которых во время беременности страдали ФПН декомпенсированной формой (3-я группа, n=13). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Достоверные значения при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам проведенного исследования было определено, что в первой группе родились здоровыми 13 детей, тогда как у всех младенцев из второй и третьей групп диагностировали патологическое течение раннего адаптационного периода.

В состоянии умеренной асфиксии родились 10 новорожденных из 1-й группы, 2 из 2-й, дети из 3-й группы не имели признаков асфиксии при рождении ($p > 0,05$).

Масса тела при рождении у 104 пациентов 1-й группы распределялась между 10 и 90 перцентилей, у 6 – ниже 10 перцентилей, показатели массы тела новорожденных из 2-й и 3-й групп не выходили за пределы нормативных значений и соответствовали гестационному возрасту ($p > 0,05$). Показатели длины тела были практически одинаковыми у пациентов всех исследуемых групп, и колебались от 47см до 55см.

В раннем неонатальном периоде неконъюгированная гипербилирубинемия диагностирована у 31 ребенка из 1-й группы, у трех детей из 2-й и двух - из 3-й ($p > 0,05$). Желтушный синдром в группах пациентов проявлялся на $3,0 \pm 1,0$ сутки жизни ($p > 0,05$). Длительность желтухи составила $7,0 \pm 1,5$ дня. Синдром дыхательных расстройств (СДР) отмечался у 18 новорожденных (1-я группа), причиной которого в 7 случаях была аспирация околоплодных вод, в 3 – врожденная пневмония, у 8 детей - перинатальное поражение центральной нервной системы. У младенцев из второй группы признаков СДР не выявлено. В 3-й группе клинические проявления СДР отмечены у трех пациентов ввиду гипоксии мозга. При сравнении полученных данных по группам статистически значимых отличий по частоте возникновения респираторного дистресс синдрома не выявлено ($p > 0,05$). Однако, вследствие аспирации околоплодных вод, СДР достоверно чаще был у новорожденных от матерей с компенсированной формой фетоплацентарной недостаточности, чем у детей второй и третьей групп ($p = 0,05$).

Масса тела у новорожденных детей, физиологическая убыль, темпы ее нарастания, сроки восстановления являются одним из чувствительных показателей состояния здоровья ребенка [2]. Максимальная убыль массы тела не отличалась в сравниваемых группах и была приблизительно одинаковой – 1-я группа $170,43 \pm 63,37$ г, 2-я - $180,22 \pm 51,86$ г, 3-я - $168,22 \pm 65,21$ г ($p > 0,05$). Сроки появления и длительность периода восстановления физиологической убыли массы тела, не имели достовер-

ных отличий в сравниваемых группах.

Диагноз церебральной ишемии выставлен 13 младенцам из 1-й группы, 7 из 2-й, 4 – 3-й. Статистически значимо чаще у детей из второй группы встречалась церебральная ишемия по сравнению с новорожденными из группы сравнения ($p=0,005$).

Обсуждение и выводы. Как показал проведенный анализ, степень тяжести клинических проявлений фетоплацентарной недостаточности не оказывает влияния на внутриутробное развитие плода, новорожденные сравниваемых групп не имели достоверных отличий по основным показателям физического развития. Данные исследования подтверждают своевременность выявления признаков фетоплацентарной недостаточности и проведения лечебных мероприятий [3].

ФПН является неблагоприятным фактором для установления приспособительных механизмов адаптации ребенка к внеутробной жизни. В периоде ранней адаптации в группах детей наиболее часто отмечался синдром дыхательных расстройств, церебральная ишемия, неонатальная желтуха. Младенцы, рожденные от матерей с субкомпенсированной формой ФПН, чаще страдали перинатальным поражением центральной нервной системы, что, возможно, обусловлено сложностью диагностики стадии ФПН и проведения патогенетически обоснованной терапии. С синдромом аспирации околоплодных вод достоверно чаще рождались дети от матерей с компенсированной формой ФПН, что требует дальнейшего изучения.

Список литературы:

1. Володин, Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии / Н.Н.Володин. – Москва : ГЭОТАР-Мед, 2004. – 448 с.
2. Дементьева, Г.М. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного / Г.М. Дементьева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. – Приложение. – 89 с.
3. Евсеенко Д.А. Морфологические изменения в плаценте при осложненном течении беременности и состояние здоровья новорожденных / Д.А. Евсеенко, Н.И. Цирельников // Педиатрия. – 2000. – № 3. – С. 11-13.
4. Филиппов, О.С. Плацентарная недостаточность: современный взгляд на проблему / О.С. Филиппов, Е.В. Карнаухова, А.А. Казанцева. – Красноярск, 2005. – 198 с.
5. Цхай, В.Б. Перинатальные аспекты хронической фетоплацентарной недостаточности при внутриутробном инфицировании : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / В.Б. Цхай. – Красноярск, 2000. – 32 с.