

*І.В. Каліновська*

Буковинський державний медичний  
університет, м. Чернівці

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЮ ФОРМОЮ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

---

**Ключові слова:** фетоплацентарна  
недостатність, новонароджений.

**Резюме.** У статті представлені дані оцінки стану новонароджених від матерів із матково-плацентарною формою фетоплацентарної недостатності (ФПН).

---

### **Вступ**

Найважливіша проблема сучасної перинатології – це пошук шляхів зниження перинатальної смертності, захворюваності та ранньої інвалідизації дітей. Це пов'язано зі збільшенням за останні роки частоти патологічного перебігу вагітності, пологів, постнатального періоду у новонароджених, не дивлячись на активне втілення сучасних перинатальних технологій [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, у постнатальному періоді, різноманітних форм поліорганної недостатності [2,3]. При цьому найбільш часто виявляються ознаки порушення функції центральної нервової системи (ЦНС).

© *І.В. Каліновська, 2005*

Одним із факторів, які викликають вказані патологічні стани, є ФПН.

ФПН – це симптомокомплекс, який відображає патологічний вплив на плід і новонароджену дитину ушкоджуючих факторів організму матері та оточуючого середовища [4]. Вчення про функціональну недостатність плаценти, плацентарного ложа і плодових оболонок розвинув В.Є.Радзінський (1985, 1986, 1999), обґрунтувавши клініко-функціональну класифікацію хронічної фетоплацентарної недостатності (ХФПН) при гестозі, як найбільш тяжкому екзогенному, етіопатогенетичному факторі розвитку патології позазародкових утворень.

Однак перинатальна патологія при ФПН виявляє себе не лише перерахованими проявами, але й формуванням пошкоджень ЦНС, як найбільш чутливого до гіпоксії органа [5].

### **МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ**

Вивчити стан новонароджених від матерів з ФПН.

### **МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ**

Нами було проведено клініко-статистичне обстеження 86 вагітних з матково – плацентарною формою ФПН та аналіз стану новонароджених від даної групи матерів. Всі обстежені вагітні, залежно від проявів ФПН було розділено на дві підгрупи: з компенсованою та декомпенсованою формою ФПН.

### **ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Проведений 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. У зв'язку з цим нами проведено дослідження анамнезу, особливостей перебігу вагітності, розвитку плоду залежно від форми ХФПН для формування інформативних ознак групи ризику.

Соматичний анамнез жінок з компенсованими і декомпенсованими формами ХФПН обтяжений захворюваннями, які традиційно є фоновими для розвитку гестозу та недостатності фетоплацентарного комплексу. Перш за все, це гіпертонічна хвороба у 32 вагітних (38%), гестаційний пієлонефрит у 23 (27%).

Пацієнтки з тяжкими формами ХФПН мають в анамнезі захворювання геніталій, які супроводжуються олігоменореєю у 36 вагітних (42%).

Анамнестичне дослідження репродуктивної функції показало, що для цієї групи хворих характерні репродуктивні втрати, що обумовлені регресуючою вагітністю у 23 жінок (27%), звичним невиношуванням у 26 (31%), особливо при декомпенсованій формі ХФПН, попередніми медичними абортами у 13 (15%).

Більше однієї третини пацієнток при декомпенсованій плацентарній недостатності мають в анамнезі при попередніх вагітностях тяжкі або ускладнені форми гестозу пре- і еклампсію у 3, завчасне відшарування плаценти у 2, дострокові пологи у 2 породіль. Перинатальні втрати, зумовлені гестозом, спостерігалися у 1 породіллі. Таким чином анамнестичне дослідження дозволило виділити групу ризику з розвитку тяжких форм ХФПН, яку склали пацієнтки з порушенням оваріально-менструального циклу за типом олігоменореї, гіпертонічною хворобою, гестаційним пієлонефритом, з тяжкими та ускладненими

формами гестозу при попередніх вагітностях, з репродуктивними втратами, що обумовлені відмерлою вагітністю, звичним невиношуванням, медичними абортами, втратами дітей в перинатальному періоді при вагітності та під час пологів, ускладнених гестозом.

Аналіз клінічного перебігу вагітності, що розвивається, показав що у пацієнток спостерігається патологія розміщення хоріона (передлежання, низьке розміщення у 41 вагітної (48%). Це водночас підтверджує теорію недостатності інвазії поза ворсинчастого трофобласта в спіральній матковій артерії. Перманентна загроза переривання, різні види урогенітальної та внутрішньоутробної інфекції в 1 та 2 триместрах вагітності рееструвалися з однаковою частотою (приблизно у 34%).

Найбільш характерною особливістю, що супроводжує розвиток вагітності при матково-плацентарній формі ХФПН, є середньо-тяжкий або тяжкий перебіг гестозу.

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.

Клінічна симптоматика декомпенсованої форми має наступні наслідки:

1. Підвищена збудливість матки, больовий синдром, характерний для клініки загрози передчасних пологів за відсутності, як правило, структурних змін шийки матки. При доношеній та переношеній вагітності – патологічний прелімінарний період.

2. Відставання висоти стояння дна матки (ВДМ) від гестаційних норм, відповідно  $1,30 \pm 0,44$  см. Середній показник ВДМ становить  $33,20 \pm 1,4$  см. при терміні родорозрішення  $33,30 \pm 1,10$  тижнів.

3. Маловоддя (60%).

4. Патологічне забарвлення навколоплідних вод.

5. “Німий” чи монотонний тип кардіотокограми при базальному ритмі 110-120 за хвилину.

6. Синдром затримки розвитку плода (СЗРП).

7. Синдром передчасного старіння, гіпоплазії чи “набряклої” плаценти.

8. Преєклампсія чи гестоз тяжкого ступеня.

9. Маса новонародженої дитини при народженні –  $2360 \pm 176,38$  г, зріст –  $45,84 \pm 1,32$  см.

10. Оцінка по Аpgar на 1 хвилині –  $3,57 \pm 0,53$  бали.

Таблиця 1

Гестаційний вік і фізичний розвиток новонароджених від матерів з матково-плацентарною формою фетоплацентарної недостатності

Новонароджені діти	Форми ХФПН	
	Компенсована	Декомпенсована
Доношені	50 (58,1%)	—
Недоношені	26 (30,2%)	10 (11,6%)
У тому числі		
- пропорційний фізичний розвиток	50 (65,7%)	4 (40%)
- СЗРП		
I ступеня	20 (26,3%)	2 (20%)
II ступеня	6 (7,9%)	1 (10%)
III ступеня	—	3 (30%)

Таблиця 2

Форми і ступінь тяжкості гіпоксії в ранньому неонатальному періоді у новонароджених від матерів з матково-плацентарною формою фетоплацентарної недостатності

Характер і тяжкість гіпоксії	Форми ХФПН	
	Компенсована	Декомпенсована
Гіпоксія хронічна		
-легкого ступеня	56 (73,6%)	----
-середньої тяжкості	19 (25,0%)	3 (30%)
- тяжка	1 (1,5%)	7 (70%)

Таблиця 3

Основні синдроми порушення стану ЦНС у новонароджених у ранньому неонатальному періоді

Патологічні синдроми	Форми ХФПН	
	Компенсована	Декомпенсована
Гіперзбудливість	36 (47,3%)	—
Пригнічення	39 (51,3%)	7 (70%)
Судомний	1 (1,3%)	2 (20%)
Мозкова кома	—	1 (10%)

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 патологічне забарвлення, при ультрозвуковому дослідженні – симптоми порушення дозрівання плаценти і її товщини, як правило, наявний гестоз легкого ступеня. Вага новонародженої дитини в середньому  $2953,40 \pm 103$ г, зріст –  $49,07 \pm 0,55$  см оцінка по Аргар на 1 хвилині –  $7,55 \pm 0,13$  балів, що вірогідно вище, ніж при тяжких формах ХФПН. Термін вагітності при родорозрішенні  $36,70 \pm 1,44$  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 зворотно-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 компенсованій 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 матково-плацентарною формою фетоплацентарної недостатності, перебігає з клінічними ознаками гіпоксії.

Залежно від ступеня тяжкості ХФПН у новонароджених дітей у ранньому неонатальному періоді виявляються основні синдроми порушення центральної нервової системи.

## Висновки

1. Хронічна фетоплацентарна недостатність є одним із механізмів порушення стану ЦНС плода та новонародженого і визначає формування перинатальної патології ЦНС різного ступеня вираженості.

2. 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 компенсованої та декомпенсованої ХФПН).

## Перспективи подальших досліджень

Планується провести поглиблене вивчення змін фетоплацентарного комплексу в різні гестаційні терміни, а також вплив цих змін на стан новонароджених.

**Література.** 1. Грищенко В.І., Щербина М.О., Мерцалова О.В. Актуальні проблеми сучасної перинатології// Бук. мед. вісник. -2001.- Т1, №2-3.-С.3-7. 2. Степанковская Г.К., Бандык В.Ф., Жегулович В.Г., Гипоксия плода (патогенез, диагностика, лечение)// Перинатология та педіатрія.- 1999.-№2.-С.15-18. 3. Шунько Є.Є. Кончаковська Т.В. Сучасні погляди на гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи новонароджених//Укр. мед. часопис.- 2001.-№4.- С.81-86. *Mc.Cormik G. V.* The health developmental status of veri-smol-birth-weight children school age// JAMA, -1999.-Vol.267.-P.2204-2208. 5. Nyakas C., Biwulda B., Luiten P.D.M. Hypoxia and brain development// Prog. Neurobiol. -2001.- N49 (1). - P. 1-51.

**ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ  
НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С МАТОЧНО-  
ПЛАЦЕНТАРНОЙ ФОРМОЙ  
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*И.В. Калиновская*

**Резюме.** В статье представлены данные оценки состояния новорожденных от матерей с маточно-

плацентарной формой фетоплацентарной недостаточности. Дана характеристика синдромов нарушения ЦНС у новорожденных в раннем неонатальном периоде .

**Ключевые слова:** фетоплацентарная недостаточность, новорожденный.

**PECULIARITIES OF THE CONDITION OF  
NEWBORNS FROM MOTHERS WITH THE UTERINE –  
PLACENTAL FORM OF FETOPLACENTAL  
INSUFFICIENCY**

*I. V. Kalinovska*

**Abstract.** The evaluation findings pertaining to the condition of newborns from mothers with the uterine-placental form of fetoplacental insufficiency are dealt with in the paper. A characteristic of syndromes of CNS disorders of newborns at an early stage of the neonatal period is presented.

**Key words :** fetoplacental insufficiency, newborn.

**Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)**

*Clin. and experim. pathol. – 2005. – Vol.4, №2. – P.41–44.*

*Надійшла до редакції 11.05.2005*