

У жінок з крупним плодом частіше мав місце акушерський травматизм з боку матері та плода: 5,1% при нормосомії та 20,0% при макросомії, материнський травматизм був вищим в 1,5–2 рази, а травматизм плода в 3–4 рази; клінічно вузький таз 27,0% і 46,9% відповідно групам; аномалії пологової діяльності – в 18,0% та 32,4%; несвочасне відходження навколоплідних вод – в 10,0% і 17,8% згідно розподілу за групами; гіпотонічні та коагулопатичні кровотечі в 2,80% та 12,9%. В цілому ускладнення перебігу пологів при крупному плоді мали місце в 2 рази частіше, що співпадає з літературними даними стосовно зазначеного питання [3,4].

При аналізі 35 історій новонароджених з великою масою тіла нами встановлено, що у 15 (79,0%) був більш тривалий термін фізіологічної жовтяниці (до 2–3 тижнів), який у подальшому пов'язували із супутньою патологією матері (цукровим діабетом) та родовою травмою і асфіксією новонародженого; у 7 дітей (36,8%) токсична еритема тривала 10–14 днів; у 10 дітей (52,6%) пастозність, і як крайній прояв – набряки зменшувались лише на 4-у добу; первинна втрата маси тіла (більше ніж на 10,0%) починалась у більшості дітей з першого дня життя і досягала максимуму на 3–4 добу, а відновлювалась дуже повільно, в середньому до 10–19 дня (100,0%); транзиторна лихоманка мала місце у 4 новонароджених (21,0%).

Структура перинатальної патології була наступною: асфіксія – 6 новонароджених (31,6%), родовий травматизм, який в подальшому трансформувався в енцефалопатію, – 3 (15,8%), переломи ключиць – 4 (21%), парези та паралічі плечового сплетіння – 2 (10,5%), пневмонія – 7 (36,8%), алергічні прояви – 8 (42,1%), паратрофії – 5 (26,3%), цукровий діабет – 2 новонароджених (10,5%).

Висновок. Пологи з крупним плодом необхідно відносити до патологічних і своєчасно обирати оптимальну тактику розродження, переважно шляхом кесаревого розтину.

Література. 1. *Абухамат А., Пажотт М.* Нарушення внутріутробного розвитку // Справочник Калифорнийского университета. -1990. - С. 407-410. 2. *Грищенко В.И., Яковцова А.Ф.* Крупный плод. - Киев: Здоровье. 1991. - 184 с. 3. *Ковтунченко Р.В., Жарикова З.Н., Рукавишников Д.К.* Поворожденный с крупной массой. - Киев: Здоровье. 1992. - 111 с. 4. *Deter R.L. et al.* Longitudinal studies of fetal growth with the use of dynamic image ultrasonography // Am.Obstet.Gynecol. - 143:545,1982.

A LARGE FOETUS AND PROBLEMS CONNECTED WITH IT

O.I.Iziumets, S.I.Zhuk, S.A.Iziumets, A.I.Sosedko

Abstract. The obtained findings prove that frequent complications occurring during delivery with a large foetus influence negatively not only on the mother's condition, but on the foetus's one as well, causing deadaptation of the neonatal period afterwards. These circumstances require a more careful and prolonged observation over the neonatal cohort.

Key words: makrosomia, pregnancy, delivery, neonatal state.

M.I.Pyrogov State Medical University (Vinnytsia)

УДК 618.39

С.Є.Ісар

ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ ЯК ОДИН ІЗ ФАКТОРІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Найбільш частими причинами передчасних пологів є юний вік роділь, наявність екстрагенітальної патології, обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу, інфекції статевих шляхів. Порушення стану новонародженого знаходиться в прямій залежності від терміну гестації та тривалості безводного проміжку.

Ключові слова: передчасні пологи, фактори ризику, перинатальна патологія.

Вступ. Частота передчасних пологів коливається від 10 до 30%, маючи тенденцію лише до збільшення [1,3]. Перинатальна захворюваність і смертність при передчасних пологах залишається, як і раніше, високою в структурі дитячої смертності [1].

Близько 40% причин передчасних пологів залишаються невідомими. Тому необхідно виявляти групи підвищеного ризику серед вагітних, що дозволить прогнозувати передчасні пологи і невиношування, здійснювати індивідуальний підхід до їх профілактики [1,2].

Мета дослідження. Визначити фактори ризику, причини передчасних пологів та оцінити стан плода і новонародженого при цій патології.

Матеріал і методи. Проведено аналіз 40 історій розвитку новонароджених у жінок з передчасними пологами. Використовувалися клініко-статистичний, лабораторний, ультразвуковий методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. З'ясовано, що серед жінок, що передчасно народили, у 30,0% випадків вагітність перебігала на фоні гестаційної анемії, у 17,5% – дифузного нетоксичного зобу, у 15,0% – хронічного пієлонефриту, у 37,5% виявлені інфекції нижніх відділів статевої системи, у 9 (22,5%) – перебіг вагітності ускладнився пізнім гестозом.

Серед роділь 27 (67,5%) були первістками, а 13 (32,5%) народжували повторно. Порушення менструальної функції спостерігалось в 47,5% випадків, 52,5% – мали нормальну менструальну функцію. Обтяжений акушерський анамнез (штучні аборти, самовільні викидні, передчасні пологи) зустрічався у 19 обстежуваних (47,5%) проти 21 (52,5%) - з необтяженим. Перебіг вагітності ускладнився загрозою переривання у різні терміни гестації у 82,5% жінок.

Профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода була проведена в повному обсязі 25 вагітним (62,5%) проти 15 жінок (37,5%) з незавершеною профілактикою.

Досліджуючи мазки і висіви з піхви у жінок з передчасними пологами, було встановлено, що *Staphylococcus aureus* висівався в 15,0% випадків, *St.epidermidis* – в 22,5%, *S.albicans* – в 32,5%, *Tr.vaginalis* – в 12,5%, *Cl.trachomatis* – в 10,0%, *E.coli* – в 7,5% .

Частота передчасного розриву плідних оболонок при передчасних пологах склала 85,0% проти 15,0% зі свчасним розривом плідного міхура.

Пологи шляхом кесаревого розтину мали місце у 3 роділь (7,5%), інші 37 жінок (92,5%) народили через природні родові шляхи.

За масою тіла новонароджені розподілялися наступним чином: від 1000 г до 1500 г – 4 (10,0%), від 1500 г до 2000 г – 11 (27,5%), від 2000 г до 2500 г – 25 (62,5%). Порушення стану плода знаходилось у прямій залежності від тривалості безводного проміжку. Гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи (ЦНС) було у 37 дітей (92,5%), внутрішньоутробне інфікування (ВУІ) – у 24 (60,0%), жовтяниця – у 13 (32,5%), синдром дихальних розладів – у 10 (25,0%). Недоношеність I ст. мала місце у 25 новонароджених (62,5%), недоношеність II ст. – у 11 (27,5%), недоношеність III ст. – у 4 (10,0%).

Що стосується перинатальних втрат серед недоношених, то 4 дитини померли, проживши від 12 год. до 4 днів.

Виявлено ознаки плацентарної недостатності – в 55,0%; плаценти звичайної будови – в 20,0%.

Висновки

1. Передчасні пологи найчастіше зустрічаються в юних первісток з екстрагенітальною патологією та обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом.

2. Передчасним пологам передують передчасний розрив плідних оболонок, причиною якого, у більшості випадків, є інфекції нижніх відділів статевих шляхів.

3. Порушення стану новонародженого знаходиться у прямій залежності від терміну гестації та тривалості безводного проміжку.

Література. 1. *Голота В.Я., Беню В.О.* Оцінка перинатального ризику при недоношенні вагітності // ПАГ. – 2000. – №4. – С. 86–88. 2. *Грищенко В. И., Щербина Н.А.* Этиологические и патогенетические аспекты невынашивания беременности //Международ. мед. журнал. – 1997. – т.3 №4. – С.17. 3. *Кулаков В.И., Сидельникова В.М.* К вопросу о патогенезе привычного выкидыша. //Акушерство и гинекология. – 1996. – №4. – С.3–4.

PREMATURE LABOR AS A PERINATAL RISK FACTOR

S.Y.Isar

Abstract. The most common causes of premature labor are parturients' juvenile age, the presence of extragenital pathology, aggravated obstetrico-gynecological anamnesis, infections of the genital tracts. A neonate's disturbed state is directly depended on the gestational term and duration of the anhydrous period.

Key words: premature labor, risk factors, perinatal pathology.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)