

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РОДИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Лалаян Р.С., Козырева Т.Б., Кузьмицкая Е.В., Лепехина Д.А., Трухан О.В.

ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, кафедра детских болезней №2, г. Ростов-на-Дону

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) является полиэтиологичным заболеванием. Причины ФПН весьма многообразны: эндокринные, гипоксические, токсические, инфекционные повреждающие факторы вследствие акушерской и экстрагенитальной патологии матери экологических и фармакологических воздействий в период беременности. ФПН – основная причина внутриматочной гипоксии, задержки роста и развития плода, его травмы в процессе родов.

Цель работы: исследование состояния здоровья детей, рожденных у женщин, перенесших фетоплацентарную недостаточность во время беременности.

Материалы исследования: для достижения поставленной цели было проанализировано по 70 историй родов, амбулаторных карт беременных женщин, историй развития новорожденных, из них 63 личных наблюдений.

Результаты исследования: при проведении анализа учитывались возраст матери; патология беременности, соматические заболевания, заболевания женской половой сферы, инфекционные заболевания, патология родов, способ родоразрешения, оценку по шкале Апгар, обвитие пуповины вокруг шеи, пороки развития, появление физиологической желтухи новорожденных, физиологическую убыль массы, наличие родовой опухоли, задержка внутриутробного развития, признаки поражения центральной нервной системы, изменение кожных покровов, вид предлежания, размеры плода.

Исследование выявило со стороны матерей выраженный отягощенный соматический анамнез был выявлен в 93%, а именно хронический пиелонефрит в 7.15%, гестационный пиелонефрит в 5.72%, нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу в 31.43%, по гипотоническому типу в 11.43%, хр.гепатит С в 2,86%, хр.гепатит В в 2,86%; Кроме того выявлялись заболевания женской половой сферы: хронический аднексит в 28,58%, эндоцервицит в 1,43%, эндометрит в 4,29%, эрозия шейки матки в 5.72%, миома матки в 5.72%, дисфункция яичников в 1,43%, генитальный герпес в 12,86 %, уреоплазмоз в 2,86%, микоплазмоз в 1,43%, хламидиоз в 10%, кольпит в 27,15%. Патология беременности отмечалась у всех женщин в виде токсикоза I половины беременности в 34,29%, токсикоза II половины беременности в 52,86%, угроза самопроизвольного аборта в 20%, угроза преждевременных родов в 24,29%, анемия в 70%, многоводие в 10%, маловодие в 5.72%, СЗРП в 5.72%, ОРВИ I половины беременности в 8.58%, II половины беременности в 15,72%. Патология родов встречалась в 82.86%, а именно: родовое излитие околоплодных вод в 45,72%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в 2,86%; оперативное родоразрешение в 12.8%, сомнительный послед и нарушение отделения плаценты и плодовых оболочек в 89%, что послужило основанием для ручного контроля полости матки.

Все дети родились живорожденными со средней оценкой по шкале Апгар 8-8 баллов. Часть детей (40%) родились с обвитием пуповины вокруг шеи. Физиологическая желтуха новорожденных отмечалась у 75.72% детей, что является в 2 раза большим показателем, чем в среднем в популяции. Родовая опухоль выявлена в 35.72%, что является показателем высокой травматизации плодов с ФПН в родах. ЗВУР по гипотрофическому типу всего в 5.72%, что можно считать хорошим достижением адекватной и своевременно предпринятой терапии ФПН у 92% беременных, патология ЦНС в ранний неонатальный период проявилась у 30% обследованных детей (асимметрия лица у 12.86%, тремор подбородка у 11.43%, кривошея у 5,72%); изменение кожных покровов у 2.86% (петехии у 1.43%, телеангиоэктазии у 2.86%), в тазовом предлежании родилось 5.72%.

Практические рекомендации: полученные результаты позволили нам обозначить основные направления в лечебно-профилактической работе с беременными, которым был поставлен диагноз ФПН: в программу обязательного обследования беременных женщин важно включить инфекционный скрининг на доступной основе, т.к. частота патологии последового периода (89%), а также высокий процент воспалительных заболеваний женской половой сферы с одновременно низкой долей выявленной инфекционной патологией в большинстве случаев подтверждает инфекционную этиологию ФПН. Важно полное и комплексное определение и оценка биофизического профиля плода для суждения о степени ФПН, следовательно и объема применяемой медикаментозной терапии. Особое внимание следует уделить профилактике и лечению нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу и анемии, ОПГ - гестозов беременных, которые являются одними из главных патогенетических звеньев ФПН, а в последующем и ЗВУР и составляют наибольший процент в экстрагенитальной патологии и патологии беременности соответственно.