

УДК 616-053.31:618.2+616-053.31:618.398

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ,
РОДИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
ПРОЛОНГИРОВАННОЙ И ИСТИННО ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**MEDICAL CONDITION OF NEWBORNS AND BABIES
BORN AFTER PROLONGED AND TRUE PROTRACTED PREGNANCY**

М. В. Федорова¹, А. П. Милованов¹, Т. Л. Смирнова²

M. V. Fedorova¹, A. P. Milovanov¹, T. L. Smirnova²

¹ГУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека»
Российской академии медицинских наук, г. Москва,

²ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова», г. Чебоксары

Аннотация. У новорожденных при пролонгированной беременности наблюдается перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС). У детей, родившихся от женщин с истинно переносимой беременностью, отмечается высокая частота заболеваний органов дыхания, аллергические дерматиты, патология ЦНС.

Abstract. The newborns after prolonged pregnancy tend to have perinatal damage of central nervous system (CNS). The babies born after true protracted pregnancy tend to suffer from frequent respiratory diseases, allergodermia and CNS pathology.

Ключевые слова: пролонгированная и переносимая беременность, перинатальное поражение центральной нервной системы.

Keywords: prolonged and true protracted pregnancy, perinatal damage of central nervous system.

Актуальность исследуемой проблемы. Переносимая беременность является проблемой, представляющей большой практический интерес. Благодаря широко применяемому УЗИ в первом и втором триместрах беременности для точного определения срока гестации частота переносимой беременности значительно уменьшилась и колеблется в пределах от 3,5 до 16,0 %. Истинное перенашивание беременности в Российской Федерации отмечается в 1,4–16,0 % случаев [2], [5]. Перенашивание беременности в качестве проблемы важно для акушеров-гинекологов, патологоанатомов и педиатров, так как приводит к неблагоприятным перинатальным исходам, осложнениям в родах и высоким процентам оперативных родоразрешений.

По общепринятым данным переносимая беременность – это беременность, которая продолжается более 42 недель (более 287–290 дней), сопровождается внутриутробным страданием плода и заканчивается рождением ребенка с признаками биологической

перезрелости, с высоким риском ante- и интранатального дистресс-синдрома и затрудненной неонатальной адаптацией. Состояние новорожденных с признаками переносимости обозначают как синдром Клиффорда [11].

Пролонгированная беременность является вариантом переносимой беременности и продолжается 41–42 недели (более 287 дней), не сопровождается страданием плода и заканчивается рождением здорового ребенка без признаков перезрелости, т. е. рассматривается как физиологическое состояние, направленное на окончательное созревание плода [7], [8], [9], [10].

В ранее опубликованной работе [6] по степени выраженности и качеству корреляционных связей между морфологическими и функциональными показателями плаценты и новорожденного при переносимой и пролонгированной беременности была выявлена разница, однако окончательное суждение о целесообразности выделения данных вариантов переносимости можно осуществить только после анализа состояния новорожденных и младенцев.

К сожалению, современных работ об отдаленных последствиях родов при переносимой беременности нет. Исследования, посвященные изучению дальнейшего развития и состояния здоровья переносимых детей, немногочисленны, и проводились они в основном в 1980–1990-е годы. Исследователи из Дании совместно с американскими коллегами изучили взаимосвязь между переносимой беременностью и частотой развития эпилепсии у детей [13].

Актуальность проблемы перенашивания беременности обусловлена прежде всего повышением уровня перинатальной и детской заболеваемости и смертности [3], [4], [7], [8], [14]. Р. Crowley [12] указывал на резкое повышение перинатальной заболеваемости и смертности при сроке гестации более 42 недель.

Цель работы: проведение катamnестического исследования состояния здоровья новорожденных с разными вариантами переносимой беременности.

Материал и методика исследований. Новорожденные разделены на 3 группы: 1-я группа (n=25) – новорожденные с переносимой беременностью или синдромом Клиффорда; 2-я группа (n=40) – новорожденные с пролонгированной беременностью, родившиеся на сроке 41–42 недели, отнесенные в группу исхода пролонгированной беременности, и 3-я группа (n=35) – новорожденные, рожденные на сроке 39–40 недель в исходе беременности, протекающей без грозных осложнений соответственно к исходу доношенной беременности.

Проведен анализ данных карты новорожденного в роддоме МУЗ «Городская клиническая больница № 1» за 2005/06 год; велись учетные формы № 112/У истории развития ребенка в детских поликлиниках г. Чебоксары по следующей схеме: учитывались записи произведенного неонатологом осмотра массы, длины тела новорожденного, их оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах; выявлялись признаки перезрелости, далее выписывались данные диспансерного осмотра педиатра с 1 по 12 месяцы жизни ребенка с фиксацией массы и роста, заболеваемость первого года жизни и выставленный в индивидуальной карте диагноз невролога.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 5.0». По каждому признаку в сравниваемых группах определяли среднюю арифметическую величину (M) и среднее квадратичное отклонение (δ). Проверку гипотезы о равенстве генеральных средних в трех сравниваемых группах проводили с помощью непараметрического U-критерия Манна–Уитни для независи-

мых выборок. Сравнение относительных величин между группами осуществлялось с помощью параметрического t-критерия Стьюдента. Различия исследуемых показателей достоверны при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. В ходе исследования массы тела и роста новорожденных трех клинических групп были установлены их показатели (табл. 1).

Таблица 1

Показатели физического развития новорожденных при различном течении беременности ($M \pm m$)

Показатели физического развития новорожденных	Течение беременности		
	Переношенная (n=25)	Пролонгированная (n=40)	Доношенная (n=35)
Масса тела, г	3584±384	3829±305*	3601±154
Рост, см	53,5±2,1	54,5±1,6*	52,6±1,3

Примечание: * – достоверные различия ($p < 0,05$) с показателями новорожденных из группы доношенной беременности

Проведен анализ распределения среднего значения массы новорожденных трех клинических групп по интервалам (табл. 2). Установлены различия в распределении массы новорожденных.

Таблица 2

Распределение массы новорожденных (г) в зависимости от течения беременности

Клинические группы	Масса новорожденных, г											
	До 2500		2501–3000		3001–3500		3501–4000		4001–4500		Более 4500	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я группа – переношенная беременность	-	-	1	4,0	11	44,0	10	40,0	3	12,0	-	-
2-я группа – пролонгированная беременность	-	-	3	8,57	3	8,57	16	45,7	12	34,2	1	2,87
3-я группа – доношенная беременность	-	-	-	-	11	31,4	22	62,9	2	5,7	-	-

62,9 % новорожденных при доношенной беременности имеют массу тела 3501–4000 г, 40,0 % новорожденных 1-й группы – 3501–4000 г и 44,0 % – 3001–3500 г, большинство новорожденных 2-й группы при пролонгированной беременности (45,7 %) – 3501–4500 г.

Для оценки состояния новорожденного использовалась шкала Апгар. В исходе доношенной беременности 94,3 % новорожденных имели высокие баллы, в основном 9–8 баллов; при пролонгированной беременности также большинство новорожденных оценивалось в 9–8 баллов; 20,0 % детей 2-й группы имели оценку по шкале Апгар 7–6 баллов (табл. 3). Новорожденные при переношенной беременности имели различные значения по шкале Апгар – от высоких до самых низких, что свидетельствовало о гипоксии средней и тяжелой степени.

Таблица 3

Распределение новорожденных по шкале Апгар (в баллах) в зависимости от исходов беременности

Клинические группы	Количество новорожденных	Оценка по шкале Апгар (баллы)			
		9–8	7–6	5–4	3–0
1-я группа – переносная беременность	25	3 (12,0 %)	19 (76,0 %)	2 (8,0 %)	1 (4,0 %)
2-я группа – пролонгированная беременность	40	32 (80,0 %)	8 (20,0 %)	-	-
3-я группа – доношенная беременность	35	33 (94,3 %)	2 (5,7 %)	-	-

Таким образом, уже на этапе рождения заметны различия новорожденных в исходе пролонгированной и переносной беременности. Несомненно, своевременное лечение в отделении патологии новорожденных способствует устранению кислородного голодания мозга, однако осмотр детей неврологом в 12 месяцев жизни показывает наличие у них заболеваний центральной нервной системы.

Таблица 4

Заболеваемость детей на первом году жизни в зависимости от течения беременности (по данным катамнестического исследования)

Наименование заболеваний	Течение беременности		
	Переносная (n=25)	Пролонгированная (n=40)	Доношенная (n=35)
ОРВИ более двух раз в год	15 (60,0 %)	15 (37,5 %)	10 (22,8 %)
Пневмония и бронхит	11 (44,0 %)	7 (17,5 %)	4 (11,4 %)
Малые аномалии развития сердца	8 (32,0 %)	9 (22,5 %)	3 (8,6 %)
Аллергические заболевания	12 (48,0 %)	6 (15,0 %)	4 (11,4 %)
Перинатальное поражение ЦНС	22 (88,0 %)	17 (42,5 %)	5 (14,2 %)
ДЦП	1 (4,0 %)	-	-

Заболеваемость детей первого года жизни, рожденных при переносной беременности, явно указывает на более частое вовлечение в воспалительный процесс органов дыхания с развитием бронхитов и пневмоний (табл. 4). Аллергические заболевания в 1-й группе – 48,0 %, в 3-й группе – 11,4 %. 88,0 % детей 1-й группы находились на учете у невролога и получали соответствующее лечение. Была выявлена патология ЦНС различной степени тяжести у детей на первом году жизни. Наиболее часто обнаруживается синдром двигательных расстройств, который в большинстве наблюдений проявляется либо мышечной дистонией, либо гипотонией. У детей первого года жизни, рожденных при переносной беременности, был частым диагноз – задержка нервно-психического и физического развития. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, который характеризуется общим двигательным беспокойством, оживлением сухожильных рефлексов, нарушением цикла сна и бодрствования, мелкоамплитудным тремором конечностей и подбородка при плаче и беспокойстве, отмечался часто в течение первого месяца жизни детей, притом во всех группах. В одном из случаев переносной беременности выявлен ДЦП.

В плане физического развития такого диссонанса в перечисленных группах не наблюдалось, отмечено лишь различие массо-ростовых показателей в группе истинно переносенных детей, что связано с частыми простудными заболеваниями и снижением питания в этот период, с неврологическими нарушениями (табл. 5).

Катамнез физического развития детей, родившихся в результате пролонгированной беременности, подтвердил практически полное восстановление их массы до уровня доношенных детей (10193 ± 427 г), заболеваемость составила 37,5 %, неврологические нарушения выявлены у 42,5 % детей.

Таблица 5

**Показатели физического развития в возрасте 12 месяцев
при различном течении беременности (по данным катамнестического исследования)**

Показатели физического развития детей в 12 месяцев	Течение беременности		
	Переносенная (n=25)	Пролонгированная (n=40)	Доношенная (n=35)
Масса тела, г	9830 $\pm$ 681	10193 $\pm$ 427	10324 $\pm$ 309
Рост, см	75,5 $\pm$ 1,3	76,4 $\pm$ 0,6	76,7 $\pm$ 0,8

При изучении катамнеза физического развития детей, родившихся в результате истинно переносенной беременности, оказалось, что масса к году не соответствовала средним показателям при доношенной беременности (9830 ± 681 г); заболеваемость составила 60,0 %, а неврологические нарушения выявлены у 88,0 % детей. Исходя из вышеизложенного, у всех переносенных детей обнаружена перинатальная энцефалопатия, которая связана с наличием хронической плацентарной недостаточности, что, несомненно, относит переносенную беременность к группе высокого риска по неврологическим нарушениям.

Новорожденные при пролонгированной и особенно истинно переносенной беременности относятся к группам высокого риска по общей заболеваемости и неврологическим осложнениям, что требует динамического наблюдения за ними педиатров и детских неврологов.

Ряд авторов [1], [2], [14] рекомендуют проведение на сроке беременности 40 недель комплекса диагностических мероприятий (ультразвуковой плаценто- и фетометрии, доплерографии сосудов фетоплацентарного комплекса, кардиотокографии), плановую госпитализацию для решения вопроса о способе родоразрешения с учетом состояния внутриутробного плода.

Резюме. Катамнестическое исследование состояния новорожденных и младенцев подтвердило разную динамику показателей физического развития детей, родившихся в результате пролонгированной и истинно переносенной беременности. Дети, родившиеся в исходе истинно переносенной беременности, имеют тяжелые осложнения. Эти новорожденные входят в группу высокого риска, требующую диспансеризации и своевременного лечения патологии дыхательной и нервной систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акушерство*: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200 с.

2. *Большакова, Е. Е.* Прогнозирование перинатальных исходов и акушерская тактика при переносимой беременности : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Е. Е. Большакова. – М., 1998. – 31 с.
3. *Заманова, Л. Э.* Биофизический профиль плода при переносимой беременности / Л. Э. Заманова // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. Форум «Мать и дитя». – М., 2008. – С. 545–546.
4. *Иванова, Н. А.* Прекоцепционные, антенатальные и интранатальные факторы риска развития перинатального поражения ЦНС плода и новорожденного / Н. А. Иванова, Е. Г. Гуменюк // Материалы IV Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции «Критические состояния в акушерстве и неонатологии». – СПб., 2006. – С. 170–179.
5. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ–10).* Т. 1 (часть 2). – Женева, 1995. – 690 с.
6. *Милованов, А. П.* Корреляционные связи морфологических и функциональных показателей плаценты и новорожденного при нормальной доношенной, пролонгированной и истинно переносимой беременности / А. П. Милованов, М. В. Федорова // Архив патологии. – 2011. – Т. 73. – № 3. – С. 50–53.
7. *Стрижаков, А. Н.* Переносимая беременность / А. Н. Стрижаков. – М. : Династия, 2006. – 96 с.
8. *Чернуха, Е. А.* Перенашивание беременности / Е. А. Чернуха. – М. : Медицина, 1982. – 192 с.
9. *Чернуха, Е. А.* Переносимая и пролонгированная беременность / Е. А. Чернуха. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 208 с.
10. *Benirschke, K.* Pathology of the human placenta (2nd ed.) / K. Benirschke, P. Kaufmann. – New York : Springer-Verlag, 1990. – 878 p.
11. *Clifford, S. H.* Postmaturity with placental dysfunction / S. H. Clifford // J. Pediat. – 1954. – Vol. 44. – P. 11.
12. *Crowley, P.* Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (cochrane review) / P. Crowley // The Cochrane library. – Oxford : Update Software, 1999.
13. *Ehrenstein, V.* Postterm delivery and risk for epilepsy in childhood / V. Ehrenstein // Pediatrics. – 2007. – March. – P. 119 ; 554–561.
14. *Sanchez-Ramos, L.* Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis / L. Sanchez-Ramos, F. Olivier, I. Delke // Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 101. – № 6. – P. 1312–1318.