

УДК 616-053.31:618.56-007.281

Каребо Е.М., Дзюба Д.С.

**ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН,
ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ ОТСЛОЙКУ НОРМАЛЬНО
РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ**

Научный руководитель – к.м.н., доцент Т.Н. Захаренкова

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является одной из актуальных и приоритетных тем в связи с высоким риском неблагоприятных исходов для женщины, плода и новорожденного. В работе приведены данные об особенностях состояния новорожденных от женщин, перенесших преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты в сравнении с новорожденными от матерей без данного осложнения беременности.

Ключевые слова: отслойка, новорожденные, дети, недоношенность.

Karebo E.M., Dziuba D.S.

**FEATURES OF THE CONDITION OF NEWBORN FROM WOMEN WHO HAVE
SUFFERED PREMATURE ABRUPTION OF A NORMALLY POSITIONED PLACENTA**

Scientific Advisor – Candidate of Medical Sciences,

Associate Professor T.N. Zakharenkova

Gomel state medical University, Gomel

Premature abruption of a normally located placenta is one of the current and priority topics due to the high risk of adverse outcomes for the woman, fetus and newborn. The paper presents data on the characteristics of the condition of newborns from women who have suffered premature abruption of a normally located placenta in comparison with newborns from mothers without this pregnancy complication.

Keywords: abruption, newborns, children, prematurity.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (далее ПОНРП) – это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки, которое происходит до рождения плода во время беременности или родов в сроке 20 недель и более [1]. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты повышает риск кесарева сечения, акушерского кровотечения, потребности в переливании крови [4,5]. ПОНРП остаётся одним из наиболее грозных осложнений беременности и родов, которая часто приводит к тяжким последствиям, не только для матери, но и для плода [2,3].

Цель работы

Оценить особенности состояния новорожденных от женщин, перенесших ПОНРП.

Материал и методы

Было проанализировано 172 истории новорожденных, родившихся в УЗ «ГГКБ №2» и УЗ «ГОКБ» в 2022 и 2023 годах. Основная группа – 86 новорожденных от женщин с диагнозом ПОНРП. Группа контроля – 86 новорожденных от женщин, у которых не возникло данной патологии. Были проанализированы данные о состоянии новорожденных в ранний и поздний неонатальный период. Обработка и статистический анализ, исследуемых данных, проводились в программах «Microsoft Office Excel» 2013 и «Statistica» 10.0. Использовались

методы: критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса (статистически значимым считается $p < 0,050$), критерий Манна-Уитни (статистически значимым считается $p < 0,050$), Me (25, 75).

Результаты и обсуждение

За 2022 и 2023 годы на базах учреждений, где проводилось исследование было принято 7769 родов. Диагностировано 86 случаев ПОНРП, что составило 1,1%.

В основной группе срок родов составил 262 (245; 273) дня, в контрольной группе – 279 (273; 281) дней ($U=1297$; $p < 0,001$). Недоношенными родились 36 (42%) детей основной группы, что значительно больше, чем в контрольной группе, где 3 (3%) новорожденных были недоношенными ($\chi^2=33,956$; $p < 0,001$). В связи с недоношенностью, у новорожденных основной группы, вес тела при рождении составил 2940 (2320; 3400) г, что значительно меньше, чем у новорожденных группы сравнения – 3540 (3340; 3730) г ($U=1752,500$; $p < 0,001$).

Оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни составила 8 (6; 8) баллов у новорожденных основной группы, 8 (8; 8) баллов – у новорожденных группы контроля ($U=2052$; $p < 0,001$). На пятой минуте жизни – 8 (7; 8) баллов было у детей основной группы, у детей группы контроля было 9 (8; 9) баллов ($U=1414$; $p < 0,001$). Наличие асфиксии отмечалось у 28 (33%) новорожденных основной группы и у 8 (9%) новорожденных группы контроля ($\chi^2=12,682$; $p < 0,001$). Умеренная асфиксия была выявлена у 21 (24%) ребенка основной группы и у 7 (8%) детей группы контроля ($\chi^2=7,209$; $p=0,008$), а тяжелая асфиксия была выявлена у 7 (8%) детей основной группы и у 1 (1%) ребенка группы контроля ($\chi^2=3,277$; $p=0,071$).

Введение сурфактанта было выполнено 36 (42%) новорожденным основной группы и 3 (3%) новорожденным группы контроля, в связи с их недоношенностью ($\chi^2=33,956$; $p < 0,001$). Не смотря на это, синдром дыхательных расстройств новорожденных (далее СДР) был выявлен у 35 (41%) детей основной группы и у 3 (3%) детей группы контроля ($\chi^2=32,461$; $p < 0,001$), что вызвало развитие дыхательной недостаточности (далее ДН) у 32 (37%) новорожденных основной группы и у 3 (3%) новорожденных контрольной группы ($\chi^2=28,127$; $p < 0,001$).

Внутриутробные инфекции (далее ВУИ) были выявлены у 33 (38%) новорожденных основной группы и у 20 (23%) новорожденных группы контроля ($\chi^2=3,927$; $p=0,048$). В таблице 1 приведены наиболее частые варианты ВУИ, наблюдавшиеся в исследуемых группах.

Разновидности ВУИ, n (%)

ВУИ	Основная группа, N=86	Контрольная группа, N=86	χ^2 ; p
ВУИ: без дополнительных уточнений	18 (21%)	11 (13%)	1,493; 0,222
ВУИ: врожденная пневмония	16 (19%)	9 (10%)	1,685; 0,195
ВУИ: с преимущественным поражением кишечника	2 (2%)	0 (0%)	0,506; 0,477
ВУИ: генерализованная инфекция	6 (7%)	0 (0%)	4,317; 0,038

Синдром поражения центральной нервной системы (далее ЦНС) встречался у 21 (24%) новорожденного основной группы и у 5 (6%) новорожденных группы контроля ($\chi^2=10,195$; $p=0,002$). Церебральная депрессия была выявлена у 14 (16%) детей основной группы, в группе контроля – у 4 (5%) детей ($\chi^2=5,026$; $p=0,025$). Энцефалопатия встречалась у 7 (8%) детей основной группы и у 1 (1%) ребенка группы контроля ($\chi^2=3,277$; $p=0,071$). Отек головного мозга возник у 3 (3%) детей основной группы, а в группе контроля данной патологии не выявлено ($\chi^2=1,357$; $p=0,245$).

Аномалии развития органов и систем встречались у 25 (29%) детей основной группы и у 13 (15%) детей группы контроля ($\chi^2=4,087$; $p=0,044$). В таблице 2 приведены наиболее частые пороки развития органов и систем, наблюдавшиеся в исследуемых группах.

Таблица 2

Аномалии развития органов и систем, n (%)

Органы и системы	Основная группа, N=86	Контрольная группа, N=86	χ^2 ; p
Сердце (МАРС, ВПС, ФФК)	17 (20%)	11 (13%)	1,066; 0,302
ЦНС	0 (0%)	1 (1%)	1; 0,317
Почки	11 (13%)	2 (2%)	5,124; 0,024

Примечания: малые аномалии развития сердца – МАРС, врожденные пороки сердца – ВПС, функционирующие фетальные коммуникации – ФФК

Геморрагическая болезнь новорожденных была выявлена у 3 (8%) детей основной группы ($\chi^2=1,357$; $p=0,245$), а у 7 (8%) отмечался синдром заглоченной крови ($\chi^2=5,361$; $p=0,021$), у детей в группе сравнения данных патологий не было.

Из основной группы 30 (35%) младенцев и 5 (6%) младенцев из группы контроля, были переведены в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» для дальнейшего лечения и реабилитации ($\chi^2=20,662$; $p<0,001$), а 1 (1%) ребенок из основной группы умер на 9-е сутки, в контрольной группе неонатальной смерти не было. Показатель младенческой смертности составил 1,2%.

Заключение и выводы

1. Дети от матерей с ПОНРП, в отличии от детей, от матерей без данной патологии, были рождены на более раннем сроке ($p<0,001$), чаще недоношенными ($p<0,001$), с более низкой массой тела ($p<0,001$) и более низкими показателями по шкале Апгар ($p<0,001$). При этом, у них значительно чаще наблюдалась асфиксия ($p<0,001$), СДР ($p<0,001$), сопровождающийся ДН ($p<0,001$), что требовало более частого введения сурфактанта ($p<0,001$).

2. В течение неонатального периода у детей основной группы, по сравнению с детьми группы контроля, более часто наблюдались: ВУИ ($p=0,048$), в том числе генерализованная инфекция ($p=0,038$), синдром поражения ЦНС ($p=0,004$), а именно церебральная депрессия ($p=0,025$), аномалии развития органов и систем ($p=0,044$), а именно аномалии развития почек ($p=0,024$), а еще синдром заглоченной крови ($p=0,021$).

3. Детям от матерей с ПОНРП, значительно чаще требовалось длительное лечение и реабилитация ($p<0,001$), и в их группе более высокий показатель младенческой смертности (1,2%), по сравнению с детьми от матерей без ПОНРП.

4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является серьезным фактором, влияющим на состояние здоровья новорожденных, что требует своевременного выявления факторов риска и предупреждения развития данного осложнения беременности, с целью снижения неонатальной заболеваемости и смертности, для улучшения демографической ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багиянц В. А. и др. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП): зависимость объёма кровопотери от сопутствующих осложнений //Тезисы XV Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и VIII Общероссийской конференции «Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии». – 2021. – С. 4-4.

2. Карабешкина В. А., Ишкараева В. В. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: клиническая характеристика беременных и перинатальные исходы //Тезисы VIII Общероссийского конференц-марафона «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству». – 2022. – С. 24-25.
3. Комилова М. С. и др. Развитие Системного Воспалительного Ответа При Преждевременной Отслойке Нормально Расположенной Плаценты //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 473-481.
4. Попова-Петросян Е. В. и др. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ //Таврический медико-биологический вестник. – 2023. – Т. 26. – №. 1. – С. 36-39.
5. Салимова З. Д., Додхоева М. Ф., Сайдалиева Д. А. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты //Вестник Авиценны. – 2023. – Т. 25. – №. 4. – С. 527-540.

Сведения об авторах статьи:

1. **Карebo Елизавета Михайловна** – студентка 5 курса, лечебного факультета, УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, ул. Ланге 5, e-mail: lizaka.karebo@bk.ru
2. **Дзюба Дарья Сергеевна** – студентка 5 курса, лечебного факультета, УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, ул. Ланге 5, e-mail: d23062002ds@gmail.com