

Заслужують на увагу природжені вади розвитку у дітей, які народились від матерів, хворих на діабет. З них вади розвитку ЦНС діагностовано у 3, шлунково-кишкового тракту — у 1, нирок — у 1 і крипторхізм — у 1. Пологові травми (кефалогематома і перелом ключиці) мали місце у 2 новонароджених.

Захворілі діти (25) були переведені до дитячого відділення реанімації та інтенсивної терапії пологового будинку, де вони знаходились протягом 5-6 діб. Після перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії 10 дітей надалі були направлені до відділення патології новонароджених дитячої клінічної лікарні (м. Сімфе-

рополь) для подальшого лікування. Перинатальної смертності не було.

**Висновки.** 1. У хворих на цукровий діабет різного ступеня тяжкості вагітність протікає на фоні високого відсотка супутньої екстрагенітальної та генітальної патологій.

2. Під час вагітності мають місце часті ускладнення як з боку матері (у 30 із 34), так і плода (у 24 із 34).

3. Застосовувані методи дослідження стану плода (УЗД, КТГ, БФП і доплерографія) є високоінформативними і дають можливість об'єктивно оцінити його стан і вплинути на перебіг вагітності та пологів.

### Список літератури

1. Евсюкова И.И., Кошелева Н.Г. Сахарный диабет: беременные и новорожденные. — СПб.: Спец. лит-ра, 1996. — 270 с.
2. Кошелева Н.Г. Особенности течения и ведения беременности при сахарном диабете // Сахарный диабет и беременность: Материалы симп. — СПб., 1991. — С. 57-61.
3. Лизин М.А. Клініко-патогенетичне прогнозування внутрішньоутробної затримки розвитку і росту плода // Галицьк. лікар. вісн. — 2000. — № 3. — С. 64-68.
4. Можливості вивчення гемодинаміки у єдиній функціональній системі мати-плацента-плід за допомогою ультразвукової доплерографії // ПАГ. — 1995. — № 6. — С. 53-57.
5. Нізова Н.М., Муравська О.М., Скрипник Н.М. Стан імунної та протеазингібіторної системи породілей, хворих на цукровий діабет // Там же. — 1994. — № 1. — С. 58-60.
6. Никитюк В.А. Сучасні аспекти затримки розвитку плода // Там же. — 1997. — № 5. — С. 69-73.
7. Пути снижения перинатальной смертности при сахарном диабете у беременных / М.В. Федорова, Т.Г. Тарасова, В.А. Петрухин и др. // Вестн. АМН СССР. — 1991. — № 5. — С. 31-36.
8. Солонець М.І. Перебіг вагітності, пологів, стан плода і новонародженого при різних типах цукрового діабету // ПАГ. — 1994. — № 2. — С. 48-50.
9. Солонець М.І., Романенко О.А. Деякі особливості функціонального стану системи гомеостазу у вагітних, хворих на цукровий діабет // Там же. — 1997. — № 5. — С. 51-53.
10. Терехова Н.В. Нові діагностичні тести за оцінкою стану системи мати-плацента-плід при цукровому діабеті // Укр. мед. альманах. — 1998. — Т. 1, № 1. — С. 76-78.

© Є.Б. Базилів, 2002

Отримано 19.02.2002

УДК 618.43:616.831-005.4-053.31

## КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИХ ЕНЦЕФАЛОПАТІЯХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

О.В. КРАВЧЕНКО, Ю.Д. ГОДОВАНЕЦЬ, І.Т. БУРДЕНЮК

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології (зав. — проф. О.В. Кравченко) Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** Проведенное клиническое обследование 35 новорожденных с нарушением функции ЦНС показало, что они рождены соматически больными матерями (82,0%), беременными с отягощенным акушерским анамнезом (62,7%), осложненным течением беременности (91,5%) и родов (65,7%).

**Summary.** Performed clinical examination of 35 newborns with central nervous system functional lesions has revealed that all the children were born from somatically ill mothers (82,0%), the pregnant with aggravated obstetrical anamnesis (62,7%), complicated course of pregnancy (91,5%) and labour (65,7%).

**ВСТУП.** Серед захворювань дитячого віку, які завдають значної шкоди стану здоров'я, слід особливо відмітити патологію ЦНС. Насамперед це стосується тих нозологічних

форм, які, незважаючи на тяжкість ураження нервової системи, носять хронічний характер. Йдеться не лише про інвалідність дитинства, але й про психоневрологічні порушення, які при-

Таблиця 1

**Особливості неврологічного стану обстежених новонароджених**

Показники	Частота
Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості	32 (25,7%)
посилення спонтанної рухової активності	8 (22,9%)
неспокій	8 (22,9%)
підвищення безумовних природжених рефлексів	7 (20%)
м'язова дистонія	5 (14,3%)
тремор кінцівок і підборіддя	4 (11,4%)
Синдром пригнічення	23 (65,7%)
кволість	23 (65,7%)
гіподинамія	23 (65,7%)
зниження рухової активності	23 (65,7%)
м'язова гіпотонія	22 (62,8%)
гіпорексія	25 (70,4%)
зниження рефлексів смоктання та ковтання	20 (51,7%)
Гіпертенційно-гідроцефальний синдром	3 (8,6%)
збільшення розмірів голови на 1-2 см порівняно з обсягом грудної клітки	1 (2,8%)
вибухання великого тім'ячка	1 (2,8%)
збільшення розмірів сагітального шва	2 (5,7%)
горизонтальний ністагм	1 (2,8%)
м'язова дистонія	2 (5,7%)
спонтанний рефлекс Моро	3 (8,6%)
неспокій	3 (8,6%)
локальний ціаноз	1 (2,8%)

зводять до затримки психофізичного розвитку, порушення поведінки, розумової недостатності тощо.

Діагностика даних розладів у ранньому віці завжди викликає занепокоєння батьків, вимагає звернення по спеціалізовану допомогу. Ситуація, як правило, ускладнюється в шкільному віці. Виникають труднощі в навчанні, спілкуванні з однолітками. Великі й незначні неврологічні порушення не лише обтяжують життя хворого та його родини, але й становлять значний медико-соціальний "тягар" для всього суспільства [1].

Відповідно до сучасних уявлень основним джерелом інвалідності з дитинства (70%) є патологія перинатального періоду. В більшій частині випадків тяжкість стану зумовлена перинатальними ураженнями ЦНС [2, 3].

Метою нашої роботи було виявлення перинатальних факторів ризику у жінок, які народжували дітей з церебральними порушеннями різного генезу.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 35 історій розвитку дітей з порушеннями неврологічного статусу при народженні та відповідно вивчено особливості перебігу вагітності й пологів у їх матерів.

З числа обстежених доношені діти склали 88,5%, 5,6% новонароджених були недоношеними, 5,7% — переносеними. У 22,8% дітей маса тіла при народженні була меншою 3000 г, у 20,0% — понад 4000 г. Оцінка за шкалою Апгар у 97,2% новонароджених була 5-7 балів (нижча 6 балів — у 14,2% немовлят). Тяжкість стану дітей вимагала корекції серцево-судинних,

респіраторних та ниркових порушень. Для корекції функції ЦНС використовували комплекс традиційних лікарських засобів: ноотропіл, фенобарбітал, вітаміни, антибіотики тощо.

В неврологічному статусі на перший план виступали, в основному, загальні симптоми (табл. 1).

Серед обстежених матерів 60% були первородящими і 40% — повторнородящими. Самовільні викидні в анамнезі мали 5,7% жінок, у 22,8% пологам передували штучний аборт, у 5,7% було діагностовано завмерлу вагітність.

У 82% роділей, які народили дітей з порушенням ЦНС, були соматичні захворювання (табл. 2).

На порушення менструальної функції страждали 8,6% жінок, хронічний аднексит в анамнезі мали 14,3% матерів, ерозії шийки матки — 17,1%. Ускладнений перебіг вагітності відмічався у 91,5% обстежених (табл. 3).

Таблиця 2

**Структура екстрагенітальної патології у жінок, які народили дітей з порушенням ЦНС**

Екстрагенітальні захворювання	Частота
Захворювання ССС	16 (45,7%)
Захворювання системи сечовиділення	6 (17,1%)
Ендокринні захворювання	10 (28,6%)
Захворювання ШКТ	3 (8,6%)
Захворювання ЦНС	2 (5,7%)
Захворювання органів дихання	1 (2,8%)
Медикаментозні алергії	3 (8,6%)
Інші захворювання	9 (25,7%)

Таблиця 3

**Особливості перебігу вагітності у жінок, які народили дітей з порушенням ЦНС**

Ускладнення вагітності	Частота
Гестози I половини	10 (28,6%)
Гестози II половини	15 (42,9%)
Загроза викидня	13 (37,1%)
Конфлікт за ABO системою та Rh-фактором	5 (14,3%)
Анемія	22 (62,7%)
Багатоводдя	2 (5,7%)
ХПН	23 (65,7%)
ХВГП	17 (48,6%)
СЗРП	4 (11,4%)

Всі обстежені діти були народжені природним шляхом.

В 22,8% випадків відмічалось передчасне відтікання навколоплодових вод. В 6,6% випадків пологи були швидкими. У 20% жінок загальна тривалість пологів перевищувала 12 годин.

У 13 (43,3%) роділей діагностовано аномалії пологової діяльності. Епізіо- та перинеотомію проведено у 57,1% жінок. В одному випадку накладено вихідні акушерські щипці.

Пологостимуляцію проводили 12 (34,2%) роділлям. Пологи знеболювали (епідуральна анестезія, каліпсол тощо) 20 жінкам. 23 роділлям під час пологів проводили інфузію антигіпоксичної суміші.

Таким чином, наведені дані свідчать, що немовлята з суттєвими порушеннями ЦНС народжені від соматично хворих матерів (82%), вагітних з обтяженим акушерським анамнезом (62,7%), ускладненим перебігом вагітності (91,5%) та пологів (65,7%).

Порушення умов внутрішньоутробного розвитку дитини, яке супроводжується зрушенням загальної гемодинаміки, кровообігу в матці, плаценті та пуповині призводить до порушення мозкового кровообігу плода.

Загроза церебральних пошкоджень особливо зростає при ХПН, ХВГП, аномаліях пологової діяльності.

Гіпоксія, яка виникає внутрішньоутробно і в пологах, поглиблюється за рахунок респіраторних порушень та інфекції після народження.

Отже, проведене дослідження свідчить, що резерви в зниженні пошкоджень ЦНС у новонароджених полягають у впровадженні сучасних перинатальних технологій, удосконаленні ведення вагітних високої групи ризику.

**Список літератури**

1. Барашнев Ю.И. // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 1. — С. 12-18.
2. Барашнев Ю.И. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. — 1999. — № 2. — С. 29-35.
3. Зелинская Д.И., Кобринский Б.А. // Там же. — 1997. — № 3. — С. 41-44.
4. Кулаков В.И., Барашнев Ю.И. // Акушерство и гинекология. — 1995. — № 1. — С. 3-7.