

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Дипломная работа

студентки очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
3 курса группы 03051624
Салиной Алины Евгеньевны

Научный руководитель
Преподаватель
Медицинского колледжа
Медицинского института
НИУ «БелГУ»
Павленко А.А.

Рецензент
Старшая акушерка, отделение
акушерской патологии беременности
№ 2 Перинатального центра ОГБУЗ
«Белгородская областная клиническая
больница Святителя Иоасафа»
Немцева О.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.	5
1.1. Особенности формирования фетоплацентарной недостаточности в современных условиях	5
1.2. Классификация и клинические проявления нарушения функции плаценты	7
1.3. Методы диагностики нарушения функции плацентарного комплекса.....	10
1.4. Дифференцированный подход к родоразрешению	13
1.5. Плацентарная недостаточность и ее последствия для плода и новорождённого	16
1.6. Профилактика осложнений при фетоплацентарной недостаточности	19
ГЛАВА 2. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	24
2.1. Материалы и методы исследования.....	24
2.2. Анализ исследования анамнеза беременных женщин и его результаты.	26
2.3. Анализ детской статистики у матерей с ФПН	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	43
ПРИЛОЖЕНИЕ	45

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) – это структурное изменение плаценты, проявляющиеся в виде комплексного морфофункционального нарушения, приводящее к расстройству развития плода.

Это одна из важнейших проблем акушерства, неонатологии и перинатологии, так как эта патология относится к наиболее распространенным и тяжелым осложнениям беременности, течения родов, что приводит к высокому уровню заболеваемости и смертности детей, не только в антенатальном периоде, но и в последующих этапах развития. Это может привести к внутриутробной гипоксии, задержке внутриутробного развития, родовым травмам плода.

После рождения, при осмотре ребёнка неонатологом, отмечалось свыше 30% случаев признаков неприспособленности новорожденного к внешней среде, почти у $1/2$ детей выявляли поражение центральной нервной системы. Исходя из этого, происходит высокий рост соматических и инфекционных заболеваний у новорождённых, отставание в физическом и психическом развитии, приводящее к гипотрофии, недоношенности. Где то в 20% случаев, из-за несоответствия работы функции плаценты, происходит перинатальная смертность [7, 1].

Благодаря улучшению и внедрению диагностических технологий, можно получить расширенные данные о механизме регуляции кровообращения в системе мать – плацента – плод при физиологической и осложненной беременности и после чего внести корректировку в проведении профилактики и лечения осложнений при плацентарной недостаточности.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ. Разработаны и реализованы рекомендации по теме профессиональная деятельность акушерки в профилактике осложнений при фетоплацентарной недостаточности.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ. Медицинская документация: истории родов и истории развития новорожденных, имевших в диагнозе фетоплацентарную недостаточность на базе Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ. Профессиональная деятельность акушерки в профилактике осложнений при фетоплацентарной недостаточности.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение снижения перинатальной заболеваемости и смертности путем совершенствования профилактических мероприятий при фетоплацентарной недостаточности.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Изучить теоретические основы фетоплацентарной недостаточности.
2. При анализе медицинской документации выявить причины осложнения плацентарной недостаточности и ее последствия для плода.
3. Определить практическую значимость акушерки в профилактике фетоплацентарной недостаточности.
4. Разработать рекомендации по профессиональной деятельности акушерки в профилактике осложнений при фетоплацентарной недостаточности.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Сравнительный метод. Анализ изученной документации.
3. Статистическая обработка информационного материала.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1.1. Особенности формирования фетоплацентарной недостаточности в современных условиях

Плацента - это уникальный орган, интересующий людей с древних времен. Она включает в себя транспортную, эндокринную, иммунологическую, защитную и множество других функций, обеспечивающих соответствующее развитие плода, что делает ее ключевым элементом в системе «мать – плацента – плод» (Рисунок 1). В свою очередь, любое ухудшение в работе плаценты непременно отражается на состоянии плода [6].

Ежегодно, примерно, каждая третья беременная женщина сталкивается с этой проблемой. Из-за чего стоит вопрос о вынашивании плода до срока, а мероприятия по ее сохранению не всегда дают должного результата, что негативно отражается как на здоровье матери, так и плода. И с уверенностью можно сказать, что отсутствуют такие стереотипы, что здоровая женщина должна родиться здорового ребенка, а больная – только с отклонениями. Ведь в большей степени здоровье плода зависит от правильного функционирования плаценты.

В развитии плацентарной недостаточности сочетаются практически все осложнения беременности. При угрозе выкидыша или преждевременных родов частота развития этой патологии составляет от 50% до 70%, при гестозах 32%, при экстрагенитальной патологии – 25-45%. Особое место в этиологии плацентарной недостаточности принадлежит инфекционным заболеваниям, передающимся половым путем и составляет более 60% [2].

Возникновение ФПН может быть вызвано различными причинами:

- социально-биологические факторы;
- экстрагенитальные заболевания;
- особенностями акушерско-гинекологического анамнеза;

– особенностью течения данной беременности [14].

Для установления степени риска развития ФПН используют рекомендации О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой (1976), согласно которым факторы оцениваются по баллам и делятся на пять групп риска [10].

К первой группе относятся социально-биологические факторы, такие как возраст матери и отца, работа на предприятиях с производственными вредностями, психоэмоциональные нагрузки, рост-массовые показатели, семейное положение, злоупотребление алкоголя, курение. Эти показатели оцениваются от 1 до 4 баллов.

Во второй группе учитывают данные акушерско-гинекологического анамнеза: отягощённый акушерский анамнез, роды раньше срока, осложнения предыдущих родов, бесплодие, пороки развития матки, опухоли, истмико-цервикальная недостаточность. Эти факторы оцениваются в 4 баллах. Мертворождение или смерть ребенка в неонатальном периоде рассматривается как наиболее неблагоприятный фактор и оценивается в 8 баллов.

В третью группу отнесены экстрагенитальные заболевания: сердечно-сосудистая патология (артериальная гипертензия, недостаточность кровообращения, гипотензия, пороки сердца), почечные (почечная недостаточность, пиелонефрит), эндокринной системы (сахарный диабет, гипер- гипотериоз), дыхательные (бронхиальная астма, бронхит) заболевания крови, острые и хронические инфекции. Наибольшим количеством баллов (10) оцениваются состояния при этих заболеваниях находящиеся в декомпенсированной степени.

К четвертой группе отнесены осложнения данной беременности: кровотечения в первой и во второй половине беременности, много- и маловодие, многоплодная беременность, перенашивание беременности и угроза ее прерывания, тяжелая форма гестоза, несовместимость матери и плода по резус фактору. Оценивается эта группа в 6-10 баллах.

Максимальным количеством баллов оценивается пятая группа риска, поскольку она имеет непосредственное отношение к патологии плода и

фетоплацентарной системе. При гипотрофии плода ситуация оценивается в 10-20 баллов.

После чего баллы суммируются, чтобы определить риск данной патологии у этих женщин. Если полученная сумма больше 10 баллов, то риск считается высоким, от 5-9 баллов – средним, а если менее 5, то риск минимальный.

Таким образом, нарушение всех функций плаценты проявляется в виде плацентарной недостаточности, в основном зависящие как от одного фактора, так и от их сочетания, которое соответственно отражается на состоянии плода [10].

1.2. Классификация и клинические проявления нарушения функции плаценты

Нарушение плаценты различают по многим признакам. Когда оно возникло, как протекает, какие конкретно нарушения за собой повлекло.

1. По клинко-морфологическим признакам выделяют плацентарную недостаточность (ПН):

- первичную – развивается до 16 недель беременности. Возникает при формировании детского места, в период раннего эмбриогенеза под влиянием различных факторов (генетических, эндокринных, инфекционных и т.д.). В отдельных случаях первичная ФПН переходит во вторичную;
- вторичную – развивается на фоне уже сформировавшейся плаценты после 16 недель беременности. Возникает под влиянием инфекционных, экстрагенитальных заболеваний, угрозы прерывания беременности, гестозов, анемии беременных, неблагоприятных факторов внешней среды (химические вещества, радиация, стрессы, физические перегрузки и т.д.).

2. По клиническому течению различают ПН:
- острую – возникает при остром нарушении децидуального и маточно-плацентарного кровообращения спровоцированный инфарктами плаценты, преждевременной отслойкой нормальной расположенной плаценты;
 - хроническую – встречается у каждой третьей беременной женщины группы высокого риска. Развивается со II триместра беременности и протекает в течение длительного времени. Образуется вследствие нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в сочетании с циркуляторными расстройствами, в ответ на воспаление, иммунные нарушения в организме матери [14].
3. В зависимости от состояния компенсаторно-приспособительных механизмов плаценты хроническая форма бывает:
- Компенсированная – обладает начальным проявлением патологического процесса в плацентарном комплексе, при этом защитно-приспособительные механизмы испытывают определенное напряжение, что изменяет условия для дальнейшего развития плода и прогрессирования беременности. При адекватной терапии и правильном ведении родов возможно рождение здорового ребенка.
 - Субкомпенсированная - характеризуется усугублением тяжести осложнения, при этом защитно-приспособительные механизмы испытывают предельное напряжение, и возможности фетоплацентарного комплекса при этом практически исчерпаны. Увеличивается риск возникновения осложнений для плода и новорожденного.
 - Декомпенсированная – происходит перенапряжение и срыв компенсаторно-приспособительных механизмов, которые уже не обеспечивают необходимыми условиями для дальнейшего нормального течения беременности. В фетоплацентарной системе происходят необратимые морфофункциональные нарушения, тем самым

существенно возрастает риск развития тяжелых осложнений для плода и новорожденного и может привести к летальному исходу [1].

Клиническая картина изменения функции плаценты развивается остро или постепенно. Наиболее ярко протекает острая форма, поскольку происходит резкое нарушение децидуального и маточного-плацентарного кровообращения (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и обширные инфаркты). Как правило, оно сопровождается угрозой прерывания беременности на ранних сроках и может проявляться в виде угрожающего, начавшегося или аборта в ходу. Состояние плода определяется степенью поражения участка плаценты, если диагностируется поражение более $\frac{1}{3}$ части, то это в свою очередь может чревато повлиять на плод.

Во II и III триместрах нарушение последа, чаще всего, проявляется задержкой внутриутробного развития плода, это обнаруживается при измерении окружности живота и высоты стояния дна матки, где размеры не соответствуют сроку гестации, что в дальнейшем подтверждается на УЗИ-скрининге.

Хроническая форма плацентарной недостаточности возникает примерно во II триместре и достаточно часто, проявляющиеся нарушением трофической функции плаценты, а затем и гормональными расстройствами. Позднее присоединяются нарушения связанные с транспортной и газообменной функцией, что приводит к гипоксии плода, которая проявляется сначала частыми беспорядочными движениями, а затем уменьшением количества шевелений плода, вплоть до их полного отсутствия. В 5-17% случаев клинически проявляется синдромом задержки внутриутробного развития плода, в 4-6% хронической внутриутробной кислородной недостаточностью или их сочетанием [14].

В результате нарушения выделительной функции плаценты наблюдаются изменения в количестве околоплодных вод – обычно это маловодие, однако при такой патологии, как сахарный диабет, внутриутробное инфицирование, гемолитическая болезнь плода оно сопровождается многоводием. Также

это может привести к расширению межворсинчатого пространства и кистам плаценты, а из-за нарушения гормональной функции детского места к снижению активности влагалищного эпителия, что нередко проявляется кольпитом у беременных.

Чаще всего никак себя не проявляет компенсированная форма. При этом состояние женщины удовлетворительное, и чтобы обнаружить нарушения в структуре плаценты нужно прибегнуть к проведению дополнительных исследований, таких как УЗИ и доплерометрия.

1.3. Методы диагностики нарушения функции плацентарного комплекса

Осложнения в течение беременности часто приводят к внутриутробным поражениям плода и требуют тщательного наблюдения за его состоянием. Совершенствование методов диагностики расширяет возможности для снижения перинатальной заболеваемости и смертности плода у беременных женщин, с данной патологией.

Достаточно информативным методом диагностики является антропометрия беременной в динамике. Производится это путем тщательной оценки массо-ростового коэффициента (МРК) матери и прибавки массы тела в течение всей беременности, зависит от конституции:

- гипостеники – прибавка 12 – 13 %;
- нормостеники – оптимальная прибавка 16 – 17 %;
- гиперстеники – прибавка 22 – 23 %; [14]

Обязательная динамическая оценка показателей высоты стояния дна матки и окружности живота с учетом срока и роста беременной, положения плода, количества околоплодных вод. Отставание высоты стояния дна матки на 2 см и более по сравнению с нормой или отсутствие ее прироста за 2 недели указывают на гипотрофию плода [12].

Лабораторная диагностика основана на определении и сопоставлении уровней гормонов в крови, в моче беременной и в околоплодных водах. Диагностическими критериями недостаточности функции плаценты во II и III триместрах беременности является снижение эстриола в моче, если уменьшение эстриола от 9 до 5 мг/сут., то это свидетельствует о нарушении развития плода, 8 мг/сут. является показанием для экстренного родоразрешения беременной. Падение уровня эстриола в организме ниже 5 мг/сут., говорит об угрозе жизни плода, а в количестве 1 мг/сут. – о внутриутробной гибели. При физиологически протекающей беременности уровень плацентарного лактогена в крови составляет от 6,2 до 15 мкг/мл. При недостаточности функции плаценты отмечается умеренное уменьшение уровня плацентарного лактогена в крови. Если после 30 недель беременности содержание лактогена доходит до уровня менее 4 мкг/мл, то возникает угроза для жизни плода [4].

Наиболее широкое распространение получил метод ультразвукового исследования (УЗИ), обладающий высокой информативностью и практически безвреден для матери и плода. С помощью УЗИ возможно наблюдение за развитием плода с самых ранних сроков гестации и на протяжении всей беременности. На УЗИ определяют размеры плода (фетометрия), его движения, сердечную деятельность и другие показатели, также измеряют толщину, локализацию, размеры и структуру плаценты (плацентография). Специфическая эхографическая картина наблюдается при угрозе прерывания беременности, предлежании плаценты, при многоплодной беременности, задержке и аномалии развития плода и другой патологии [12].

Эхографически различают 4 степени зрелости плаценты в зависимости от плотности эхогенных структур:

0 – плацента однородной структуры с ровной хорионической пластиной;

I – на фоне однородной структуры плаценты появляются небольшие гиперэхогенные участки, хорионическая пластина становится извилистой;

II – гиперэхогенные участки в плаценте становятся более интенсивными, извилины хорионической пластины проникают в толщу плаценты, но не доходят до базального слоя;

III – извилины хорионической пластины достигают базального слоя, и из-за образовавшихся кругов плацента принимает выраженное дольчатое строение [5].

Проявление 3-й степени зрелости плаценты до 38 – 39 недель беременности свидетельствует о ее преждевременном старении и является признаком плацентарной недостаточности. Иногда при УЗИ выявляется кистозное изменение плаценты. Кисты плаценты – это эхонегативные образования в плацентарной ткани различной формы или величины, которые формируются за счет кровоизлияний и размягчения, инфарктов и других дегенеративных изменений в плаценте [5].

После определения места прикрепления плаценты очень важно определить её площадь и толщину. При физиологическом течении беременности толщина плаценты непрерывно растет до 36 – 37 недель гестации. Затем рост плаценты прекращается, и толщина ее немного снижается, или остается на прежнем уровне, составляя 3,5 – 3,6 см. Истончением или утолщением плаценты на 0,5 см и более указывает на нарушение функции плаценты. Эти параметры дополняют сведения о состоянии плаценты и её компенсаторных возможностях [4].

Высокоинформативным современным методом исследования кровотока в маточной артерии и ее ветвях, а также в магистральных сосудах плода и пуповины является доплерометрия. Это исследование стало возможным благодаря оснащению современных ультразвуковых приборов, работа которых основана на принципе Доплера. На мониторе видны изменения в скорости тока крови во время сокращения сердца, это называется систолической скоростью. Также можно понаблюдать за кровообращением в момент покоя эту скорость называют диастолической. По полученным данным проводят оценку изменений показателей плода и кривых, которые наблюдаются при

появлении патологии. Применяют это исследование с целью ранней диагностики нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Снижение скорости и величины объёмного кровотока межворсинчатого пространства и изменение других параметров на 30% и более свидетельствует о выраженной плацентарной недостаточности [12, 14].

Ведущим методом оценки сердечной деятельности плода и его двигательной активности во время беременности и родов является кардиомониторное наблюдение или кардиотокография (КТГ). Этот метод характеризуется непрерывной регистрацией частоты сердечных сокращений плода (тахограмма) с одновременной записью сокращений матки (токограмма) и движений плода. Большую помощь в анализе КТГ оценки состояния плода оказывает нестрессовый тест. Он проводится с различными функциональными пробами, такими как задержка дыхания, физическая нагрузка, термические раздражения кожи, введение окситоцина, а также медикаментов, влияющих на сердечно-сосудистую деятельность плода и др. При этом запись КТГ должна проводиться в течение 60 мин с учетом цикла «покой» - «активность» плода. Средняя продолжительность фазы «покоя» составляет 30 – 40 мин, но анализ записи КТГ производится в фазе «активности» плода. Этот тест высокочувствительный в диагностике при динамическом исследовании [12].

1.4. Дифференцированный подход к родоразрешению

Роды представляют собой сложный физиологический процесс, который возникает в результате взаимодействия многих органов и систем организма беременной женщины и заключающийся в изгнании жизнеспособного плода.

Одной из важнейших задач при плацентарной недостаточности является выбор оптимального срока и метода родоразрешения, которое определяет исход родов для новорожденного. Выбирая адекватный способ родоразрешения, важно определить функциональную зрелость плода, оценить

его адаптационно-компенсаторные возможности, особенности соматического развития и установить его внутриутробное состояние. Выделяют 3 группы рационального ведения родов:

I группа - родоразрешение через естественные родовые пути;

II группа – родоразрешение в экстренном порядке путем операции кесарева сечения;

III группа – родоразрешение абдоминальным путем в плановом порядке.

Родоразрешение через естественные родовые пути возможно при подготовке родовых путей, «зрелой» шейки матки и отсутствии признаков гипоксии плода. Вести роды нужно с постоянным мониторингом наблюдение за схватками и состоянием плода. Рекомендуется провести адекватное обезболивание в активную фазу родов, когда раскрытие маточного зева на 4 см и более. Наиболее эффективным и безопасным методом обезболивания в родах является эпидуральная анестезия, ее положительными качествами являются симпатическая блокада, способствующая улучшению кровоснабжения матки и других жизненно важных органов и ее гипотензивный эффект. Этот вид анестезии не подавляет родовую деятельность. Также нужно провести профилактику гипоксии плода такими препаратами, как глюкоза, аскорбиновая кислота и вдыхание кислорода [11].

В период родов женщинам с ФПН показана инфузионная корригирующая терапия для поддержания нормального фетоплацентарного и маточно-плацентарного кровотока и предупреждения аномалии родовой деятельности. С этой целью в активную фазу родов, когда раскрытие маточного зева от 4 до 8—9 см, рекомендуется внутривенное введение спазмолитических препаратов, которые способствуют более эффективному раскрытию шейки матки с продвижением головки плода, а также улучшают процессы микроциркуляции в миометрии и фетоплацентарном комплексе [11].

В процессе ведения родов возможно развитие слабости родовой деятельности, в связи с этим целесообразно использовать утеротонические средства и препараты на основе простагландинов. Отрицательное воздействие на

состояние плода оказывает родостимуляция окситоцином, особенно когда плод еще до начала родов испытывал гипоксию, что в последствии может привести к нарушению сердечно-сосудистой системы плода, поспособствовать развитию бурной родовой деятельности, вызывать снижение маточного кровотока, что может спровоцировать его интранатальную гибель. Если в течение 2 часов после введения препаратов не установлена динамика раскрытия шейки матки или состояние плода ухудшается, то дальнейшее их введение нецелесообразно. В этом случае следует решить вопрос в пользу оперативного родоразрешения, метод которого зависит от акушерской ситуации.

В первом периоде родов при слабости родовой деятельности, сочетающейся с какой-либо другой патологией (тазовое предлежание плода, отягощенный акушерский анамнез, возраст роженицы старше 35 лет и др.), следует произвести кесарево сечение. Во втором периоде родов следует наложить акушерские щипцы или произвести вакуум-экстракцию. Нельзя затягивать второй период родов, который должен быть завершен не более чем за 6-8 потуг. Необходимо максимально уменьшить механическое воздействие на головку плода. Роды лучше вести без «защиты» промежности, исключить насильственное вытяжение за головку плода. Следует поставить вопрос о рассечении промежности [11].

Наибольшую опасность для плода во время родов представляет дискоординация родовой деятельности. При выявлении данного осложнения не следует предпринимать попытки устранения аномалии родовой деятельности, а необходимо приступить к экстренному кесарево сечению.

Следовательно, на выбор способа родоразрешения влияет ведение беременности, проведение терапии и нарастание признаков гипоксии плода в родах, а также возникновению дополнительных осложнений, усугубляющих акушерскую ситуацию. Чтобы не навредить, матери и ребенку, следует пересмотреть тактику ведения родов в пользу кесарева сечения. Среди таких показаний могут быть: аномалии развития родовой деятельности во 2-ом периоде родов, резкое ухудшение состояния женщины и/или плода, выявление

несоответствия размеров таза матери и головки плода, рубец на матке, прогрессирующая ФПН.

1.5. Плацентарная недостаточность и ее последствия для плода и новорождённого

Плацента является чрезвычайно важным органом, объединяющим функциональные системы матери и плода. Благодаря ей плод получает все необходимые для своего развития вещества и любое ухудшение в работе плаценты неизбежно отражается на состоянии плода. Среди причин перинатальной заболеваемости и смертности особое место занимают гипоксия плода переходящая в асфиксию, синдром задержки внутриутробного развития плода и перинатальное поражение ЦНС [2].

Гипоксия плода – это патологическое состояние, которое развивается в результате кислородной недостаточности во время беременности и в родах. Она может возникнуть как нарушение обеспечения кислородом органов и тканей на разных этапах его транспортировки, так и вследствие неадекватного использования кислорода тканями (Рисунок 2) [14].

Различают хроническую и острую гипоксию плода. Хроническая чаще всего вызвана морфологическими изменениями в плаценте при патологических состояниях матери, таких как гестоз, экстрагенитальные заболевания (пороки сердца, гипертоническая болезнь и др.), общие инфекции и интоксикация.

Острая гипоксия плода в отличие от хронической редко возникает во время беременности, но довольно часто в интранатальном периоде. Причинами могут являться аномалии родовой деятельности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и др. Возможно сочетание острой и хронической гипоксии [10].

Длительное кислородное голодание плода приводит к полному расстройству функции организма, обменных процессов, вызывает у него

расстройство кровообращения, множественные кровоизлияния в различные органы, в том числе внутричерепные. Если признаки гипоксии нарастают, и поступление кислорода к органам и тканям плода резко уменьшается, то плод может погибнуть внутриутробно.

Гипоксия, возникнувшая внутриутробно, нередко проявляется и после его рождения в виде асфиксии новорожденного. Под асфиксией новорожденного принято считать, комплекс патологических изменений в организме новорожденного ребенка, которые приводят к нарушению дыхания, развитию у него кислородной недостаточности и к другим осложнениям. Асфиксия при рождении наблюдается у 4-6 % новорожденных и является одной из наиболее частых причин перинатальной смертности. Выведение из этого состояния требует реанимацию и в дальнейшем обязательное лечения постасфиксического синдрома [3].

Синдром задержки внутриутробного развития плода занимает важное место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Дети с низким показателем физического развития составляют 5-12%, а в группе недоношенных этот показатель составляли 20-30%. Частота синдрома в течение нескольких лет возросла, что оказывает отрицательное влияние на последующее развитие детей, особенно первого года жизни [2].

Различают две формы задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР): симметричную и ассиметричную. Если наблюдается сочетание значительного дефицита массы, длины тела и окружности головы по сравнению с должествующими величинами для данного гестационного возраста, то проявляется так называемая симметричная форма. При этом новорожденного трудно отличить от недоношенного ребенка. Эта форма наблюдается при серьезных нарушениях внутриутробного развития, начиная со II триметра беременности [10].

При ассиметричной форме отмечается существенный дефицит массы при нормальной длине тела и окружности головы для данного гестационного

возраста. Эта форма особенно наблюдается у тех детей, которые подверглись воздействию неблагоприятных условий в III триместре беременности.

Синдром протекает без острых клинических проявлений и обычно диагностируется при плановом УЗИ-скрининге. Если беременная медленно прибавляет в весе, и всего лишь незначительно увеличивается окружность живота, это может говорить о гипотрофии плода. Также она может сочетаться с нарушением двигательной активности ребенка. В результате кислородного голодания плод чаще и интенсивнее шевелится, а при выраженной гипоксии его движения замедляются, что, несомненно, указывает на неблагоприятный признак.

Существует 3 степени тяжести ЗВУР:

I степень – относительно легкая, характеризуется отставанием в развитии плода от соответствующего срока беременности и составляет всего 2 недели. Своевременно назначенная терапия может снизить вероятность появления неблагоприятных последствий для ребенка.

II степень – составляет от 2 до 4 недель и требуется серьезного лечения.

III степень – самая тяжелая форма, обусловленная отставанием размеров в развитии плода более чем на 4 недели. Обычно такое состояние сопровождается органическими изменениями и довольно часто заканчивается летальным исходом [10].

Немаловажную роль занимает перинатальная патология, объединяющая различные патологические состояния. Из – за воздействия неблагоприятных факторов на плод в антенатальном периоде, во время родов и в первые дни жизни после рождения, что приводит к заболеваниям и перинатальной смертности. Перинатальная патология ЦНС – это патология, возникающая с 28 недели беременности по 7 день жизни новорождённого [3].

Основными причинами повреждения ЦНС являются – гипоксия и внутричерепная родовая травма, реже – внутриутробные инфекции, гемолитическая болезнь новорожденных, пороки развития головного и спинного мозга, нарушения обмена веществ, хромосомная патология [9].

Клиническая картина характеризуется общемозговыми, очаговыми симптомами поражения ЦНС и непосредственно с поражением функций внутренних органов. В большинстве случаев происходят нарушения в виде синдрома гипервозбудимости или синдрома угнетения. Синдром гипервозбудимости отмечается двигательным беспокойством, судорожной готовностью или судорогами, «мозговым» монотонным криком, постаныванием, повышением мышечного тонуса, ригидностью затылочных мышц, тремором рук и подбородка. А синдром угнетения проявляется снижением всех жизненно важных функций, гипо- и адинамией, мышечной гипотонией, подавлением или отсутствием физических рефлексов [13].

Возникновение ФПН при беременности еще не означает, что ребенок родится с осложнениями или раньше срока. При незначительно степени гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод, раннем выявлении и адекватным лечением – прогноз для беременности и плода будет благоприятный. Разумеется, при выраженных нарушениях гемодинамики, положительный исход заболевания подвергается сомнению.

1.6. Профилактика осложнений при фетоплацентарной недостаточности

Беременность — это особое состояние организма женщины, в котором зарождается новая жизнь. Поэтому ее важно планировать задолго до наступления оплодотворения, чтобы исключить все возможные риски и опасности, и тем самым повысить шансы на формирование и рождение здорового ребенка. К планированию беременности специалисты рекомендуют подойти ответственно и начать подготовку минимум за 3 месяца до возможного зачатия. Прегравидарный период нужно пройти обоим супругам, чтобы в дальнейшем не отразилось на будущей беременности, став своеобразным фактором риска.

Планируя ребенка, будущие родители должны заранее позаботиться о его здоровье. Для этого им нужно соблюдать следующие рекомендации:

1. Отказ от вредных привычек. Необходимо исключить алкоголь и курение минимум на 1 месяц до начала принятия попыток забеременеть, а что касается наркотиков, то минимум на 3 года, для того чтобы организм восстановился и независимо от того, кто принимал наркотические вещества – будущий папа или мама. Это правило касается обоих родителей.
2. Здоровое питание. Полноценное сбалансированное рациональное питание очень важно. Рекомендуется ежедневно употреблять белковую пищу, овощи и фрукты, чтобы к моменту зачатия в организме было достаточно микроэлементов и витаминов.
3. Посещение врачей – специалистов. Для женщин - гинеколог, для мужчин – андролог, чтобы провести осмотр и назначить необходимые анализы и УЗИ-исследования органов малого таза. В случае выявления заболеваний, половых инфекций или воспалительных процессов, обязательно нужно пройти соответствующий курс лечения.
4. Прививки. До начала планирования беременности врач может порекомендовать вакцинацию от потенциально опасных инфекций, например как краснуха. Это заболевание может привести не только к порокам развития плода, но и к его гибели.
5. Генетическая консультация. Специалист, с помощью взятия анализа крови обоих родителей, может рассчитать вероятные риски патологии плода и на этом основании дать рекомендации по планированию и вынашиванию будущего ребенка.

Но если все же беременность наступила, то профилактику необходимо начинать на начальном этапе, особенно в первые дни и недели беременности, для того чтобы исключить все возможные влияния вредных факторов. Следует проводить беседы с будущими родителями о вреде курения, приеме алкоголя и медикаментов без назначения врача.

Также немаловажную роль играет правильно организованный режим дня с полноценным отдыхом, который должен включать в себя сон не менее 8-10 часов, в том числе в течение 2 часов в дневное время, а также прогулки на свежем воздухе в течение 3-4 часов.

Большое значение для здоровья матери и нормального развития плода приходится на рациональное сбалансированное питание. При беременности приоритетным должно быть дробное питание, где-то 5-6 раз в день и небольшими порциями. Необходимая энергетическая ценность составляет примерно 2500 ккал в день. Важно следить за прибавкой массы тела во время беременности. К её окончанию масса тела должна составлять в среднем 10-12 кг. При этом особое внимание следует уделять употреблению достаточного количества белков, жиров и углеводов. Суточное потребление белков составляет в среднем 1,3-1,5 г/кг массы. В рационе питания должно быть не менее 50% белков животного происхождения в виде мяса, рыбы не менее 200г. Легкоусвояемыми продуктами, содержащими белок, можно дополнять рацион за счет ежедневного употребления 0,5 л молока, 200 г творога и кисло-молочных продуктов. Суточное употребление жиров в рационе питания составляет 80-90 г, поэтому необходимо включать до 40 мл растительного масла в питание. Из-за опасного влияния на стенки сосудов перекиси липидов, следует исключить жареную пищу. В сутки углеводов необходимо потреблять в среднем 400 г. В рацион питания рекомендую вводить каши (любые крупы, кроме манной), овощи, свежую зелень, фрукты или сухофрукты, свежеприготовленные овощи и фруктовые соки.

Потребление железа при беременности возрастает, но из-за возникновения железодефицитной анемии содержание в крови железа может быть снижено. Ежедневная потребность в железе составляет 40-60 мг, это можно получить за счет употребления продуктов из печени, яблок, черной смородины. При дефиците кальция у беременных нередко возникают мышечные судороги. Суточная норма кальция — 1200 мг и чтобы это восполнить нужно в рацион включить молочных продуктов. Потребность к

жидкости (при отсутствии отёков) для профилактики гиповолемии должно составлять 1-1,5 л. Рекомендуются концентрированные компоты из сухофруктов, клюквенный морс, перед сном — мед с лимоном.

Потребность в витаминах не всегда удается компенсировать только за счет питания, следовательно в первые 3 месяца требуется дополнительный приём витаминов А и С для обеспечения синтеза биологически-активных веществ в хорионе. Применением медикаментозных препаратов у беременных группы риска с профилактической целью целесообразно проводить в 14-16 недель и в 28-34 недели. Это обусловлено тем, что в эти сроки гестации происходит наиболее интенсивный рост плода и плаценты, требующий соответствующего кровоснабжения и оптимального энергетического обеспечения [8].

Ранняя постановка на диспансерный учет в женскую консультацию является одной из основных профилактических мероприятий для беременных находящихся в группе риска по развитию фетоплацентарной недостаточности. Женская консультация – главное звено в профилактике перинатальной патологии. Основной её задачей является оказание пособия по планированию беременности и охраны репродуктивного здоровья женщины, охраны здоровья матери и ребенка путем оказания квалифицированной амбулаторно-гинекологической помощи во время беременности и в послеродовом периоде.

Профилактические мероприятия должны осуществляться трижды во время беременности в группах высокого риска: до 12 недель гестации, в 20-22 недели и в 30-32 недели для выявления нарушения функции плаценты. Её неотъемлемой частью является определение развития беременности, формирования плаценты, роста и развития плода и оценки их эффективности на основании результатов ультразвукового и лабораторного исследования [8].

Роль акушерки имеет большое значение на дородовую антенатальную охрану плода. Одно из основных профилактических мероприятий – раннее выявление и взятие на диспансерный учет. Задача акушерки проинформировать беременную женщину о том, что с наступлением беременности необходимо

вовремя посещать женскую консультацию, соблюдать правильное сбалансированное рациональное питание, организовать режим дня, исключить влияние вредных факторов, такие как курение, алкоголь, наркотики, профессиональные вредности особенно в первые дни и недели беременности, потому что происходит закладка жизненно важных органов плода. Это может способствовать благоприятному вынашиванию и рождению здорового ребёнка.

В снижении осложнения при фетоплацентарной недостаточности в большей степени зависит от активного участия акушеров и медицинских сестер, в проведении профилактики, работающих на участке в женской консультации, в отделениях акушерского стационара, а также в отделениях перинатальной диагностики.

ГЛАВА 2. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

2.1. Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» расположенного по адресу: г. Белгород, ул. Некрасова, 8/9.

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» была открыта 21 мая 1954 года, тогда в ней еще трудилось 75 врачей и 125 медицинских работников на 250 коек. На сегодняшний день, это основное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение региона и работает там свыше 3000 сотрудников. В их число входят доктора, кандидаты медицинских наук, сотрудники награжденные высоким званием «Заслуженный врач РФ», а также ставшие победителями Всероссийского конкурса в звании лучшего врача года и награждённые отраслевым знаком «Отличник здравоохранения». Больница включает в себя: 23 специализированных отделения круглосуточного стационара, консультативную поликлинику, перинатальный центр, центр медицинской реабилитации, диагностические и параклинические подразделения и т.д. Также на базе больницы функционируют шесть кафедр медицинского института НИУ БелГУ. За достигнутые успехи больница была награждена третьим местом на региональном этапе [15].

Медицинское учреждение, которое занимается вопросами о планировании семьи – от зачатия до рождения называется перинатальным центром. Он вмещает в себя 485 койко-мест. Эти места разделяют между собой отделения для беременных и рожениц, для новорожденных, патологии беременности, отделения патологии новорожденных и гинекологии.

Основные направления деятельности:

- Оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным детям, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.
- Улучшают и внедряют современные медицинские технологии для диагностики, лечения и профилактики, которые направлены на снижение материнской, перинатальной смертности и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин.
- Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии.
- Проводит организационно - методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

Проводила статистический анализ историй родов с 2017-2018 год в акушерском обсервационном отделении №1. Заведующая отделением, врач высшей квалификационной категории, Ерофеева Ольга Александровна. Отделение рассчитано на 40 коек и имеют кабинет ультразвуковой диагностики, физиотерапевтический кабинет и ЛФК, палаты совместного пребывания матери и ребенка и люкс палаты, смотровая, процедурная, холл с постом акушерки. Во время пребывания в отделении мамы проходят полное восстановление после родов и получают физиотерапевтические процедуры исходя из состояния здоровья матери, обучаются правилам правильного кормления грудью [16].

На сегодняшний день одна из основных задач – это совершенствование оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также разработка, внедрение и распространение высоких медицинских технологий, для

обеспечения жителей области доступной, качественной и эффективной медицинской помощи.

2.2. Анализ исследования анамнеза беременных женщин и его результаты.

Решение современных проблем осложнений при фетоплацентарной недостаточности связано с выявлением патологических механизмов влияющих на формирование плаценты. В соответствии с поставленными задачами был проведен сравнительный анализ родов с ФПН на базе Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». На Рис. 3 показана динамика проявления данного отклонения за 2015-2018 год. Благодаря профилактическим мероприятиям произошел спад, что непосредственно могло повлиять на вынашивание и рождение здоровых детей.

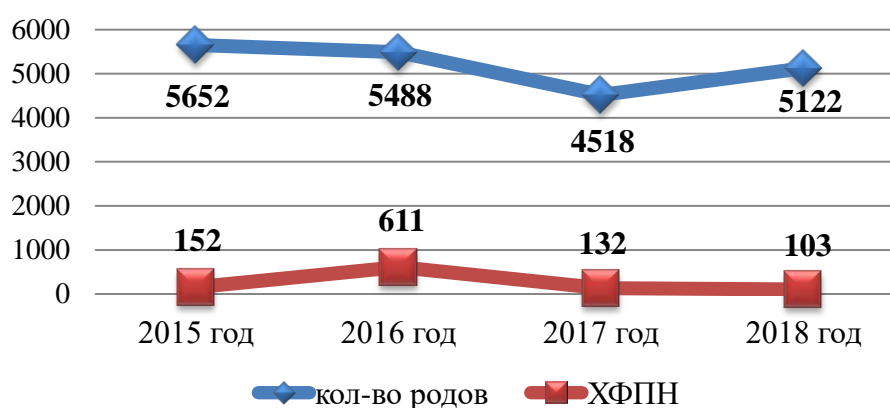


Рис. 3. Динамика проявления ФПН за 2015-2018 год

Проанализировав 50 историй родов с ФПН с 2017-2018 год, было выявлено, что у 100% женщин возникает хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), которая протекала у женщин в 2 формах (Рис. 4). Наиболее благоприятна, протекает ХФПН в степени компенсации, при этом плод не страдает, но в своем развитии может иметь незначительные дефекты, что может

компенсироваться за счет защитно - приспособительных механизмов, способствующих естественному течению гестации женщины. При субкомпенсированной форме отмечаются отставание плода в развитии, возрастает риск различных осложнений, так как защитно-приспособительные реакции не могут обеспечить нормальному протеканию беременности.

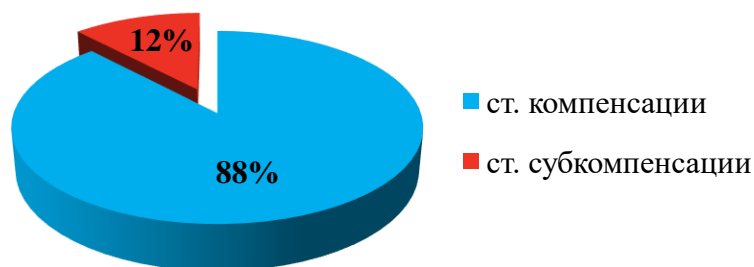


Рис. 4. Классификация наиболее часто встречающейся ХФПН

Исследование проводилось в возрасте женщин от 20 и до 41 года, с целью выявления наибольшего количества проявления данной патологии в определенной возрастной группе. На представленной круговой диаграмме (Рис. 5) можно увидеть, что наибольший процент приходится на 25-30 лет, что говорит о том, что эту возрастную категорию в дальнейшем нужно брать во внимание по повышению возникновения данного осложнения.

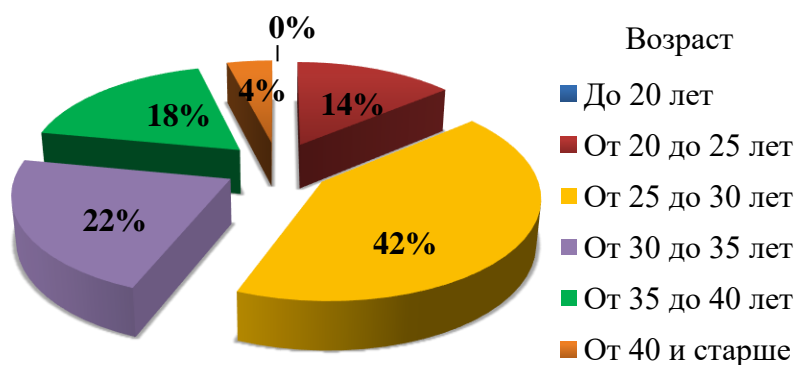


Рис. 5. Возрастная категория женщин

Так же анализировала место жительства беременных женщин, а именно – город / ПГТ (посёлок городского типа) / село. Эти данные необходимы для учета осведомленности женщин о важности принципа обследования и раннего выявления для снижения факторов риска (Рис. 6).

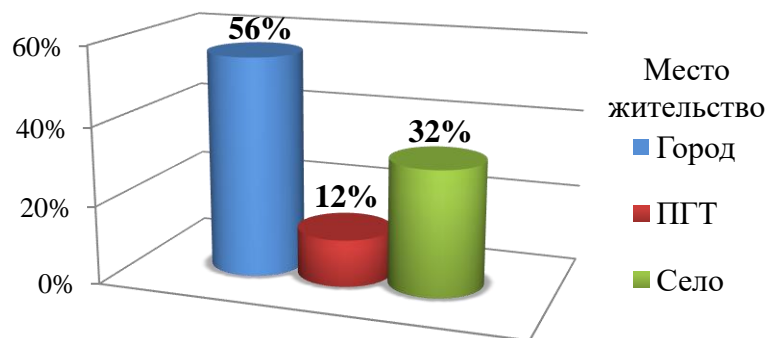


Рис. 6. Место жительства

У большинства беременных женщин был заключен брак. Это свидетельствует о том, что женщины, у которых возникла беременность вне брака, была она не запланирована, что непосредственно является одним из факторов риска повышения возникновения ФПН (Рис. 7).



Рис. 7. Семейное положение

Проводила исследование социального статуса беременных, а именно работающая/домохозяйка. Если беременная женщина работает на производстве с воздействием профессиональных вредностей и/или психоэмоционального напряжения, то это может негативно сказываться как на здоровье матери, так и плода. Среди работающих беременных женщин были выявлены такие профессии как учитель, воспитатель, врач, сварщик, м/с, тех.работник, лаборант, инженер, продавец, которые непосредственно могли повлиять на

организм женщины. И глядя на Рис. 8 можно сказать, что больше половины беременных женщин могут быть подвержены таким воздействиям.

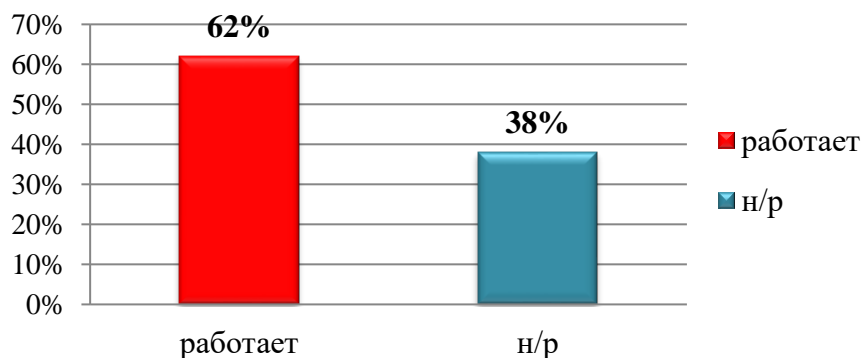


Рис. 8. Социальный статус

Менархе – это основной сигнал организма девочки о том, что произошло половое созревание. Если они возникают рано или поздно это может свидетельствовать тому, что произошел сбой нормальной работы эндокринной системы или нарушение гормонального фона, что впоследствии может сказаться на организме женщины и привести к неблагоприятным последствиям. Рассматривая гистограмму (Рис. 9), мы наблюдаем, что у большинства женщин наступление менархе было от 12 до 14 лет, что указывает на норму.

Начало половой жизни также напрямую воздействует на гормональный фон девушки, и может повлечь за собой последствия физиологического характера и психологические расстройства. Слишком позднее начало также негативно влияет на организм, что приводит к отсутствию стабилизации гормонов. Оптимальным возрастом для начала половой активности считается 18-20 лет, а именно тогда, когда у девочки нормализуется менструальный цикл. Слишком раннее начало в 15 или в 14 лет влечет за собой негативные последствия. Анализируя гистограмму (Рис. 10), можно говорить о том, что у 48% женщин было раннее начало половой жизни (до 18 лет) и в дальнейшем это могло сказаться на ее организме.

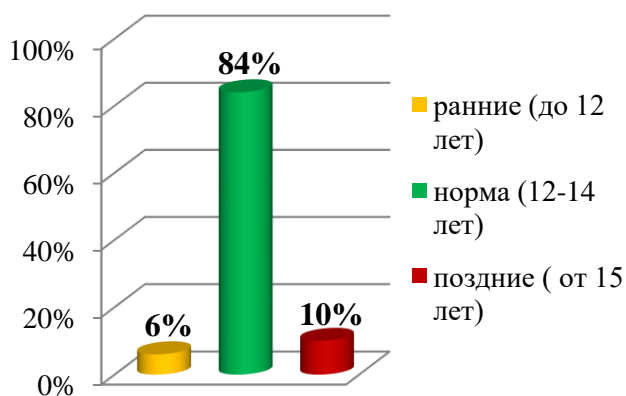


Рис. 9. Возраст наступления менархе

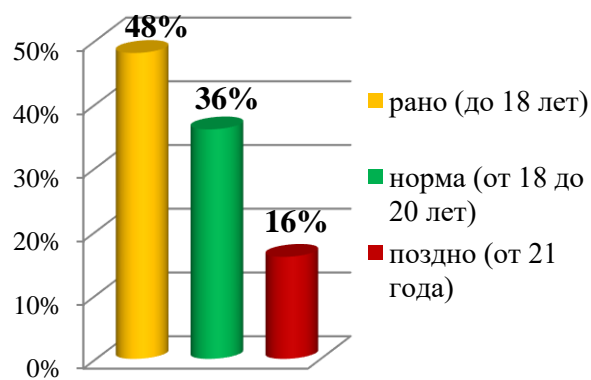


Рис. 10. Начало половой жизни

Акушерско-гинекологический анамнез играет важную роль для настоящей беременности и имеет высокую значимость. Наблюдая за статистикой на гистограмме (Рис. 11), можно сделать вывод, что у 60% повторнобеременных в прошлом отмечался отягощенный акушерский анамнез (аборт, выкидыш, замершая беременность), это могло напрямую повлиять на нынешнюю и последующую беременность, ее протекание и исход. Такие особенности следует учитывать с целью максимального оказания воздействия для уменьшения риска формирования данной патологии. На Рис. 12 можно увидеть процентное соотношение осложнения анамнеза, которое привело к нарушению функции плаценты.

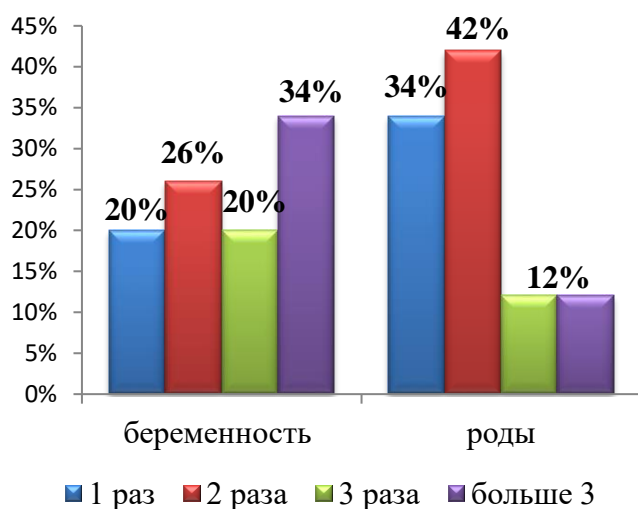


Рис. 11. Акушерско-гинекологический анамнез

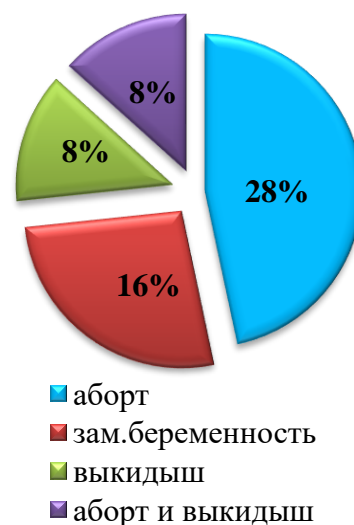


Рис. 12. Отягощённый акушерский анамнез

Также очень важно знать перво- повторнобеременная, перво- повторнородящая ли женщина. Так как повторнобеременных и повторнородящих считаю потенциально находящимися в группе риска. У этих женщин в анамнезе может наблюдаться беременность, которая могла закончиться абортom, выкидышем или замершей беременностью, и уже в последствии при желании выносить и родить здорового ребенка, могут возникнуть нарушения при беременности и привести к отрицательному результату. Рассматривая круговую диаграмму (Рис.13), мы делаем вывод, что большинство женщин находится под угрозой неблагоприятного исхода беременности. А на линейчатой диграмме (Рис. 14), мы видим, что это может привести к угрозе прерывания беременности и/или угрозе преждевременных родов.



Рис. 13. Акушерский анамнез

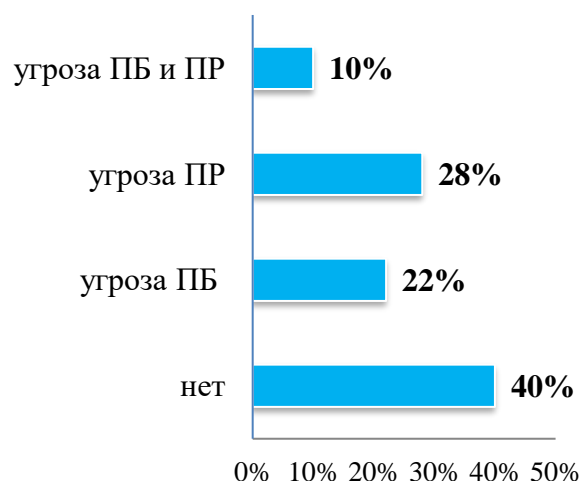


Рис. 14. Угроза при беременности

Женщина, которая готовится стать матерью, должна осознавать свою ответственность за здоровье ребенка. Из-за собственной лени или безграмотности некоторые женщины поздно встают на учет в ЖК, но ранняя регистрация для мамы и ребенка имеет большое значение. Поскольку на начальных сроках происходит закладка важных систем и органов плода, с наступлением беременности понижается иммунная система, обостряются хронически заболевания, которые могут повлиять на здоровье ребенка.

Оптимальным сроком постановкой на учет считается 8 недель, для повышения шанса благоприятного течения беременности, избегая многих проблем, и выявлению любых отклонений. Анализируя результаты гистограммы (Рис. 15), можно предположить, что многим мамочкам безразлично здоровье ребенка.

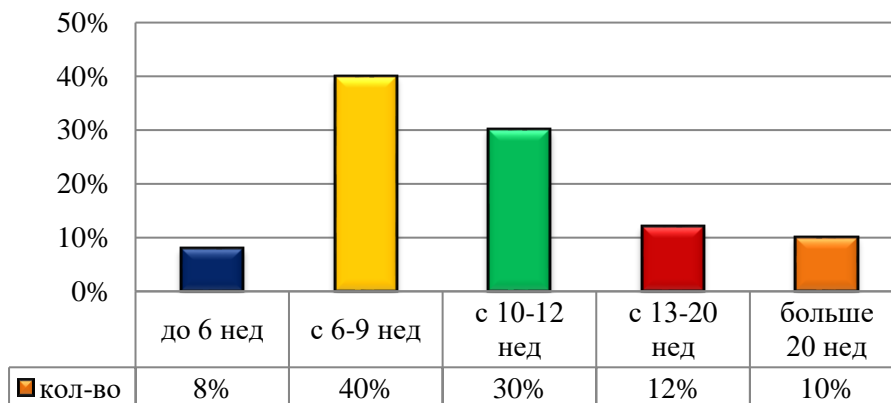


Рис. 15. Сроки постановки беременных женщин на учет в женскую консультацию

На сегодняшний день большинство людей не проходят полного медицинского обследования, и зачастую беременность становится для женщины поводом, чтобы обойти всех врачей и сдать анализы. В некоторых случаях в процессе обследований выявляются те или иные нарушения, о которых женщина даже не подозревала. Гинекологические заболевания во время беременности заслуживают пристального к себе внимания, поскольку это чревато может отразиться на беременности и развитии плода, а в дальнейшем и вовсе привести к необратимым последствиям. Рассматривая гистограмму (Рис. 16), мы видим, что только 20% здоровых женщин, а остальные 80% подвергаются возникновению риска нарушения функции плаценты. Некоторый процент женщин включал в себя наличие нескольких патологий.

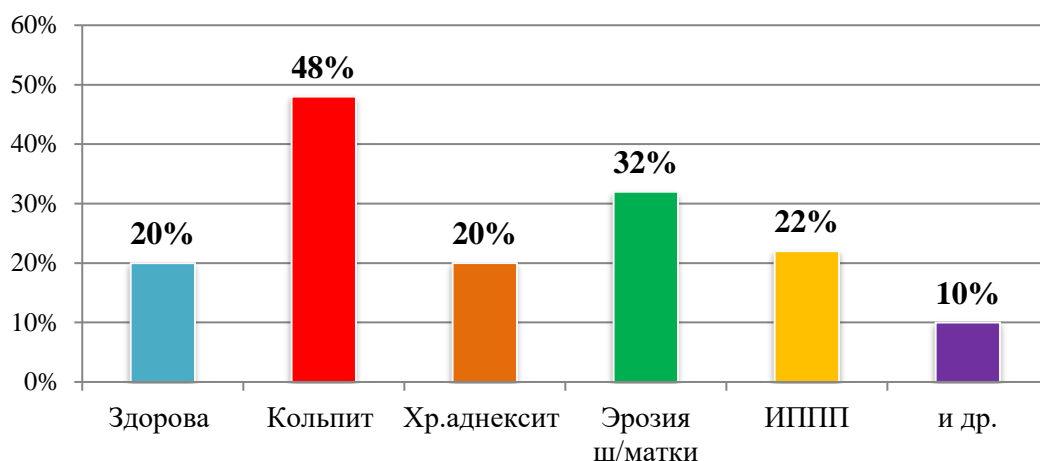


Рис. 16. Гинекологические заболевания в анамнезе во время беременности

Немаловажную роль играют соматические заболевания при беременности, так как многие из них тяжело осложняют течение беременности, родов и послеродового периода и зачастую ухудшают состояние плода. Анализируя данные гистограммы (Рис.17), только 12% женщин были здоровы, у остальных наблюдалось какое-либо отклонение от нормы, которое могло повлиять на развитие какого-либо осложнения. Некоторый процент женщин включает в себя наличие нескольких патологий.

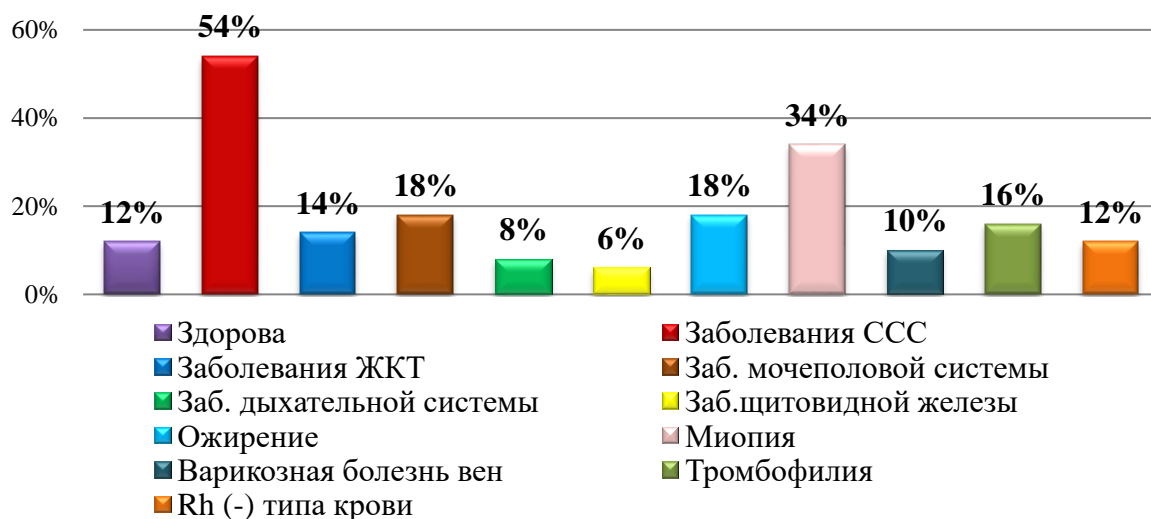


Рис. 17. Экстрагенитальные заболевания в анамнезе беременной женщины

Если в анамнезе женщины отмечалось гинекологическое и/или экстрагенитальное заболевание, то шансы, приводящие к осложнениям при беременности, были слишком высоки. У всех женщин, которые были исследованы,

наблюдалось хотя бы одно из акушерских осложнений. На Рис. 18 можно рассмотреть, что у большинства женщин был токсикоз, анемия, изменения со стороны плаценты (низкая плацента, краевое предлежание, центральное предлежание).

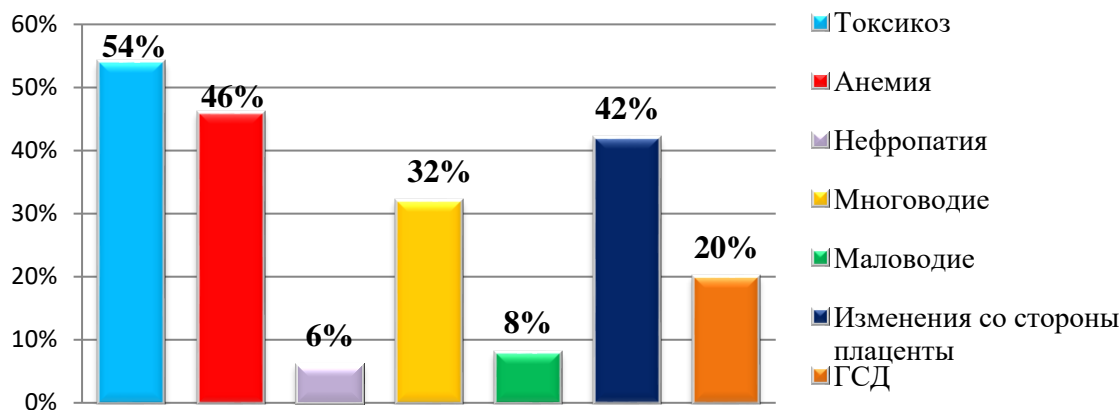


Рис. 18. Особенности течения беременности

Данный диагноз не всегда является показанием для кесарева сечения. Если беременность протекала благоприятно, но с небольшими осложнениями, которые поддавались корректировке, шейка матки была зрелая и ребенок не имел патологии или присутствовали небольшие отклонения в развитии, то такие роды, скорее всего, были естественными (Рис. 19). На линейчатой диаграмме (Рис. 20) показано при каких осложнениях проводилось кесарево сечение.



Рис. 19. Родоразрешение

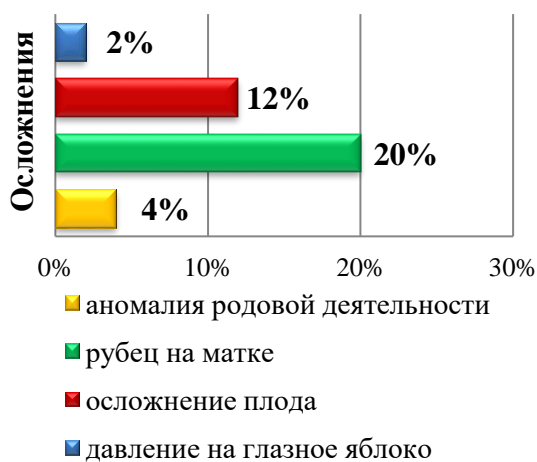


Рис. 20. Осложнения родоразрешения

2.3. Анализ детской статистики у матерей с ФПН

Роль плаценты в развитии плода очень важна – она снабжает его кислородом, выводит углекислый газ и поставляет все необходимые питательные вещества для поддержания жизнедеятельности. Поэтому, когда происходит нарушение функции плаценты, ставится под угрозу нормальное протекание беременности женщины. Плод испытывает дефицит питания, кислорода, может отстать в развитии и становиться, наиболее уязвим как во внутриутробной жизни, так и после рождения. В худшем случае может привести к летальному исходу. На Рис. 21 представлены патологические состояния плода, которые возникли во время беременности с ФПН. Мы видим, что при своевременном осмотре, диагностики, профилактики и лечении есть вероятность выносить и родить здорового ребенка, но в большинстве случаев происходит осложнение.

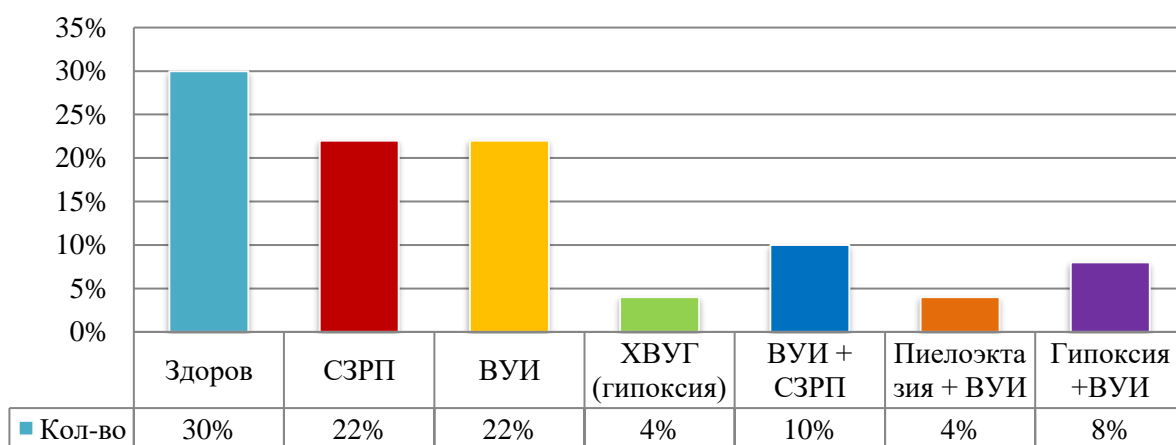


Рис. 21. Диагноз плода

Также большое значение имеет срок деторождения, потому что нарушения связанные с плацентой напрямую влияют на течение беременности и ее исход. Оптимальным сроком гестации для рождения ребенка считается 38-40 недель. Именно к этому времени плод успевает полностью завершить формирование внутренних органов, нарастить достаточное количество подкожно-жировой клетчатки для эффективной терморегуляции, а значит, быть

полностью готовым к появлению на свет. Рассматривая диаграмму (Рис. 22), мы видим, что были случаи, когда дети рождались до 37 недель, такие дети считаются недоношенными, а на 41 недели – переношенными, тем самым требуя к себе пристального внимания.

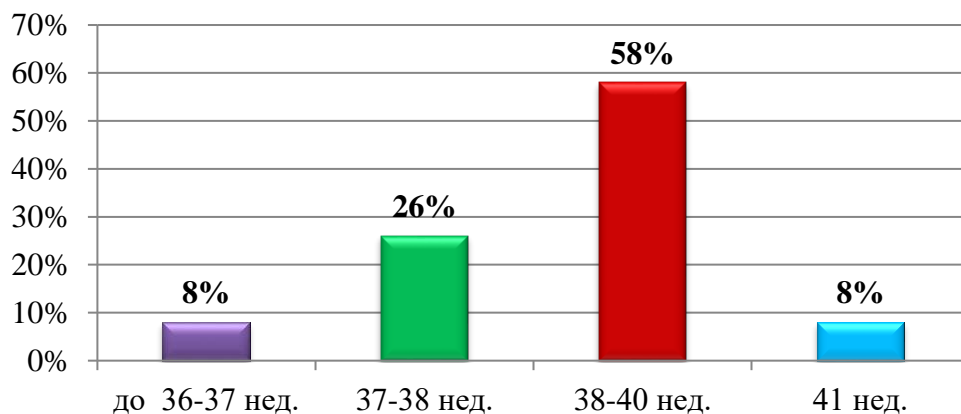


Рис. 22. Срок родов

Данное исследование было проведено с целью выявления, на какой пол ребенка больше всего отразилось нарушение плаценты. На Рис. 23 показано, что 40% новорожденных, независимо от пола, были здоровы, это указывает на то, что есть все шансы родить ребенка без отклонений, но при соблюдении рекомендаций врача. Рассматривая гистограмму (Рис. 24) было выявлено, что в большей степени нарушения плаценты отражаются на мальчиках.

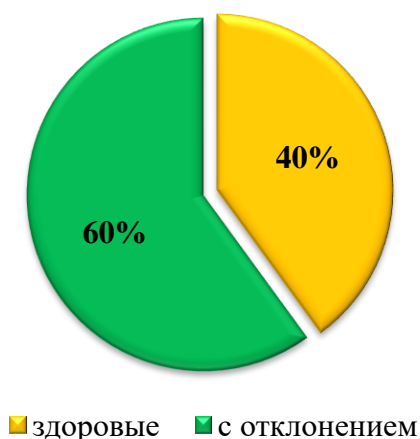


Рис. 23. Состояние новорожденных

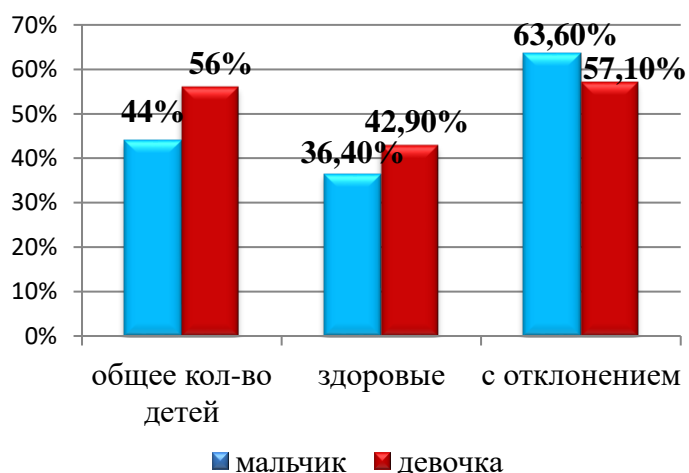


Рис. 24. Дети, рожденные от матерей с ФПН

При рождении ребенка учитываются антропометрические показатели и шкала Апгар, это необходимо для того чтобы выявить в каком состоянии находится малыш. Оценку по данной шкале (Рис. 25) определяю на первой и пятой минуте, для того чтобы проследить динамику самочувствия новорожденного, поэтому их всегда две (7/8 или 8/9 баллов). Обычно к пятой минуте малыш может набрать еще до 2-х баллов, но если сумма баллов к 5 минуте жизни не превышает 7, то это должно настораживать. В ходе исследования (Рис. 26) было выявлено, что небольшой процент детей были рожденные с низкой массой тела, это свидетельствует о том, что фетоплацентарная недостаточность негативно повлияла на развитие плода.

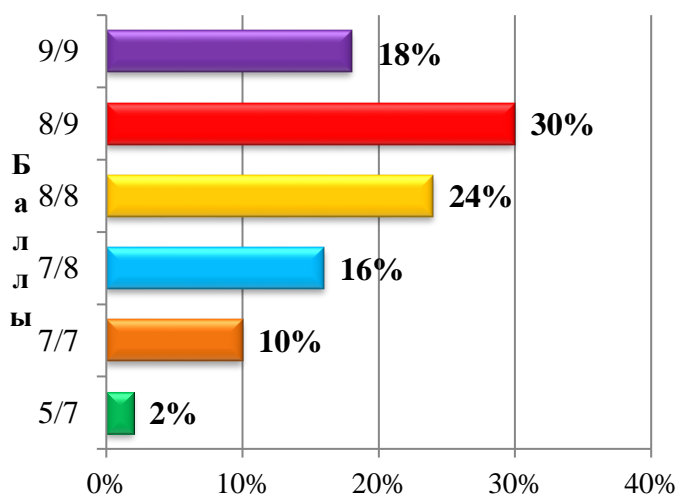


Рис. 25. Шкала Апгар

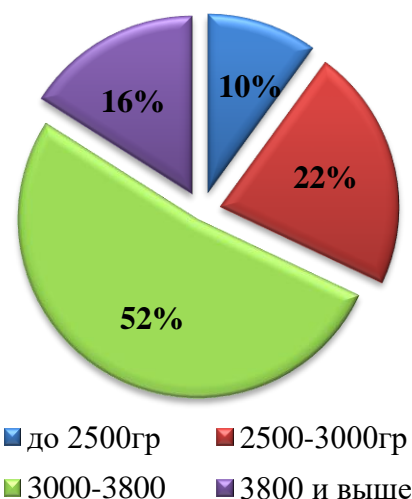


Рис. 26. Масса новорожденных при рождении

На материнский организм влияет множество факторов, которые способствуют возникновению нарушений в работе плаценты. Ее последствия непредсказуемы, есть возможность родить как абсолютно здорового ребенка, так и с серьезными отклонениями, а может и вовсе привести к летальному исходу. На представленной диаграмме (Рис. 27), мы можем увидеть, что 40% детей находятся в периоде ранней адаптации, что является нормой. Но также мы можем проанализировать, к каким наиболее частым осложнениям может

привести данная патология. У некоторых детей сочеталось несколько патологий.

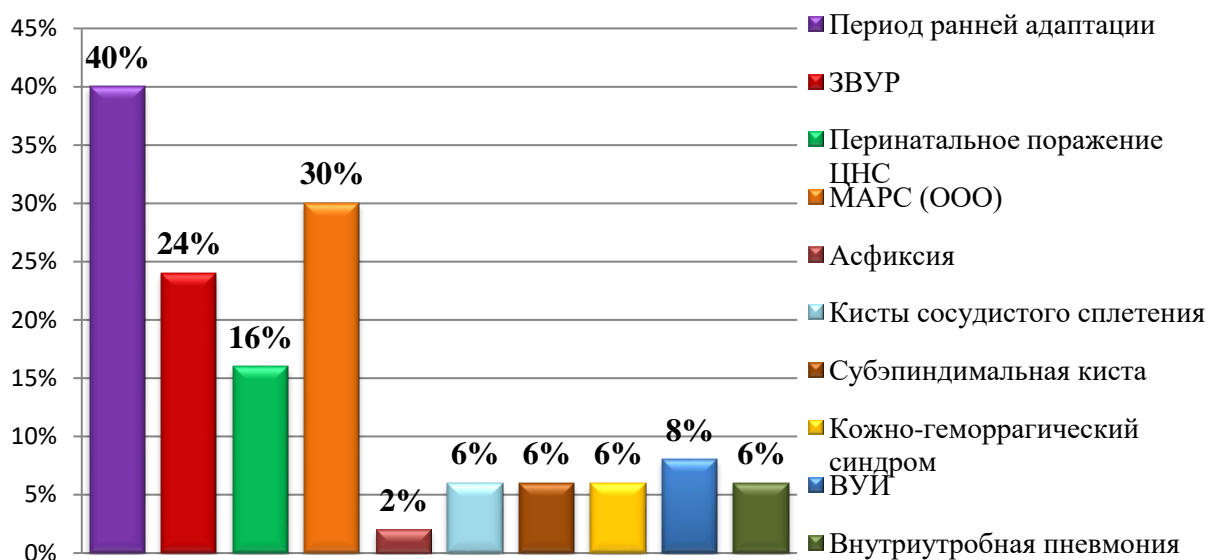


Рис. 27. Патологические состояния детей рожденных от мам с ФПН

Целью данного исследования было выявление причин и особенностей формирования, а также влияния на плод ФПН в современных условиях. Для этого был проведен статистический анализ результатов, чтобы проследить за течением беременности, исходом родов и состоянием новорожденных. Исходя из результатов исследования можно сделать следующие выводы:

1. За последние 4 года наблюдалась тенденция к снижению частоты возникновения фетоплацентарной недостаточности, но только в 2016 году произошло увеличение данной патологии.

2. Проявлялось чаще в возрасте от 25 до 35 лет, по социальному статусу у 62% беременных женщин были выявлены профессиональные вредности и/или психоэмоциональное напряжение, по репродуктивному анамнезу у 48% женщин отмечено раннее начало половой жизни, тем самым считая таких женщин потенциально находящимися в группе риска.

3. Очень важную роль играет акушерско-гинекологический анамнез. Большинство женщин (60%) в анамнезе имело аборт, выкидыш или замершую беременность, что привело к угрозе прерывания беременности и/или угрозе

преждевременных родов и впоследствии образованию нарушения функции плаценты.

4. У каждой женщины в анамнезе наблюдалось гинекологические и/или соматическое заболевание. Наиболее часто проявлялось в гинекологии - это кольпит (48%), эрозия ш/матки (32%) и хронический аднексит (20%), а к экстрагенитальным относятся заболевания ССС (54%). Что в дальнейшем привело к токсикозу (54%), анемии (46%), многоводию (32%), изменениям структуры со стороны плаценты (42%), таким как предлежание плаценты, низкая плацента.

5. Когда стоял вопрос о родоразрешение, то тут преобладали роды через естественные родовые пути (62%), а вот кесарево сечение проводилось в основном из-за рубца на матке, в меньшей степени из-за угнетения состояния плода.

6. В диагнозе плода были такие осложнения как СЗРП, ВУИ, гипоксия или их сочетание, только 30% считались здоровыми, рождались в основном на 38-40 недели (58%). В итоге 60% детей родилось с отклонениями, больше всего это отразилось на мальчиках. По массе тела рождались от 3000 – 3800 гр. (52%) ,что является нормой, по шкале Апгар новорожденный имел хорошие баллы (8/9 – 30%, 8/8 – 24%), что отображает динамику состояния ребенка. Диагноз при рождении в 40% случая является периодом ранней адаптации, у остальных отмечалось МАРС (ООО) – малые аномалии развития сердца (30%), ЗВУР – задержка внутриутробного развития (24%), перинатальное поражение ЦНС (16%), это говорит о том, что ФПН неблагоприятно воздействовало на ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беременность - это, тщательно спланированный, обдуманый природой процесс, в результате которого на свет появляется маленькая копия мамы и папы. Течение беременности зависит как от внешних, так и от внутренних факторов, от образа жизни и психологического настроения будущей мамы. К сожалению, такой диагноз, как фетоплацентарная недостаточность сегодня встречается довольно часто, а ведь это опасное заболевание, способное привести к весьма плачевным последствиям.

Изучив теоретические основы научно-медицинской литературы по теме: «Профессиональная деятельность акушерки в профилактике осложнения при фетоплацентарной недостаточности» мы выяснили, что фетоплацентарная недостаточность – это клинический синдром, возникающий вследствие нарушения функции плаценты в ответ на патологические состояния материнского организма.

После проведенного анализа данного исследования можно сделать вывод, что на сегодняшний день эта тема актуальна и занимает одну из важнейших проблем акушерства, неонатологии и перинатологии. Несмотря на то, что происходит совершенствование оказания высокотехнологической помощи беременным женщинам, частота ФПН в различных регионах достигает 60-70% и не имеет тенденции к снижению. Данное осложнение в 46% случаев является причиной перинатальной смертности, в 40% приводит к заболеваемости новорожденных и 69% мертворождению. [17]

Среди многочисленных факторов способных вызвать синдром плацентарной недостаточности принадлежит ухудшению протекания гестации (токсикоз, железодефицитная анемия, угроза выкидыша на ранних сроках, угроза преждевременных самопроизвольных родов, переносенная беременность, многоводие, изосерологическая несовместимость матери и плода и т.д.), экстрагенитальным и гинекологическим заболеваниям, отягощенному

акушерскому анамнезу, социальным фактора (возраст, место жительства, социальный статус) и непосредственно вредные привычки.

Для того чтобы вовремя выявить аномалию детского места и в дальнейшем скорректировать её течение, необходима ранняя постановка на учет в женскую консультацию, планово проходить осмотры акушер-гинеколога, ультразвукового исследования, кардиотокографии, сдать анализы крови и мочи на исследование гормонов и для дополнительной диагностики обязательно нужно сделать доплерометрию.

Основная роль в профилактике плацентарной недостаточности возлагается на женскую консультацию. Акушерке необходимо осведомлять каждую женщину о том, что планирование беременности один из самых важных этапов для благоприятного зачатия и вынашивания. Но, к сожалению, беременность довольно часто наступает неожиданно, так как многие семейные пары подходят к этому безответственно. Поэтому будущие родители еще до зачатия должны задуматься об этом и пройти всё необходимое обследование, благодаря которым будут выявлены факторы риска. После чего будет приниматься решение о дальнейшей тактике, в которую будет входить либо полное излечение заболевания, либо возможность снизить их влияния.

Но если беременность все-таки наступила, то акушерке необходимо уже на этом этапе проинформировать семейную пару о профилактике и коррекции имеющихся факторов риска, которые повышают вероятность развития плацентарной недостаточности. Введение беременности у данной группы женщин будет весьма с повышенным контролем и непосредственно с проведением бесед по поводу абортов, методов контрацепции и пропаганды здорового образа жизни, чтобы снизить шансы возникновения данной патологии в последующих беременностях.

Анализируя медицинскую документацию Перинатального центра «ОГБУЗ Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», была выявлена тенденция к снижению данной патологии в городе Белгород. Но такие результаты противоположны статистике по стране. Возможно, в городе

это связано с тем, что стоит задача по снижению заболеваемости и перинатальной смертности, и благодаря улучшению медицинских технологий нам удастся это сделать чем другим регионам. Поэтому тенденцию по снижению плацентарной недостаточности, нецелесообразно рассматривать, как сокращение в области, стране и мире, а не только в городе.

Таким образом, подводя итоги проведенной работы можно сделать вывод, что к беременности необходимо подходить ответственно и планировать ее важно задолго до наступления оплодотворения, для того чтобы исключить все возможные риски нарушения течения беременности, которые в большей степени приводят к негативным последствиям для плода. И тут очень важна роль акушерки, которая грамотно должна донести до будущих родителей, чем может грозить фетоплацентарная недостаточность.

В свою очередь акушерка может порекомендовать:

1. пропаганда здорового образа жизни (исключить курение, алкоголь, влияние вредных факторов, использование лекарственных препаратов без назначения врача), особенно в первые недели беременности.
2. сбалансированное рациональное питание, правильно распланированный режим труда и отдыха, полноценный сон.
3. предупреждение обострения экстрагенитальных и гинекологических заболеваний до и непосредственно во время беременности.
4. лечебно-профилактические меры по уменьшению и ликвидации очагов инфекции до и во время беременности.
5. профилактика, своевременная диагностика, адекватное назначение лечения при осложнении беременности.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов. 4-е изд., доп. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 528 с.
2. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов. 6-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 528 с.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология. – 3-е изд. – М.: Медицина, 1984, 576 с.
4. Вихляева Е.М., Кулакова В.И., Серов В.Н. и др. Справочник по акушерству и гинекологии. Под ред. Г.М. Савельевой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1996. – 384 с.
5. Гуськова Н.А., Солодейникова М.В., Харитонов С.В. Акушерство: учебник для средних медицинских учебных заведений. Под ред. Н.А. Гуськовой. – 3-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 527 с.
6. Краснопольский В.И. Формирование и патология плаценты. М.: Медицина. 2007. – 112 с.
7. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А. Плацентарная недостаточность. – М.: Медицина, 1991, - 272 с.
8. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. Акушерство: учебник для вузов. - М.: «ГЭОТАР – Медиа» 2011. - 656 с.
9. Самарина В.Н. Детские болезни. Новейший справочник. – СПб.: Сова; М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 896 с.
10. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1989. – 512 с.
11. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству: учебное пособие. – М.: Медицина, 2006. – 841 с.
12. Смирнова Л.М., Саилова Р.А., Брагинская С.Г. Акушерство и гинекология: Учебник. – М.: Медицина, 1999. – 368 с.
13. Тульчинская В.Д., Соколова, Н.Г. Шеховцова. Сестринское дело в педиатрии. под ред. Р.Ф. Морозова.- Изд. 19-е, исправ. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 383 с.

14. Черкасова С.А., Храмова Е.Ю. Новейший справочник акушера-гинеколога. – М.: ООО «Дом Славянской книги», 2012. – 768 с.
15. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://belokb.belzdrav.ru/about/index.php>
16. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://belokb.belzdrav.ru/branch/perinatal-centre/>
17. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.reproduct-endo.com.ua/pdf/8/79-82.pdf>

ПРИЛОЖЕНИЕ

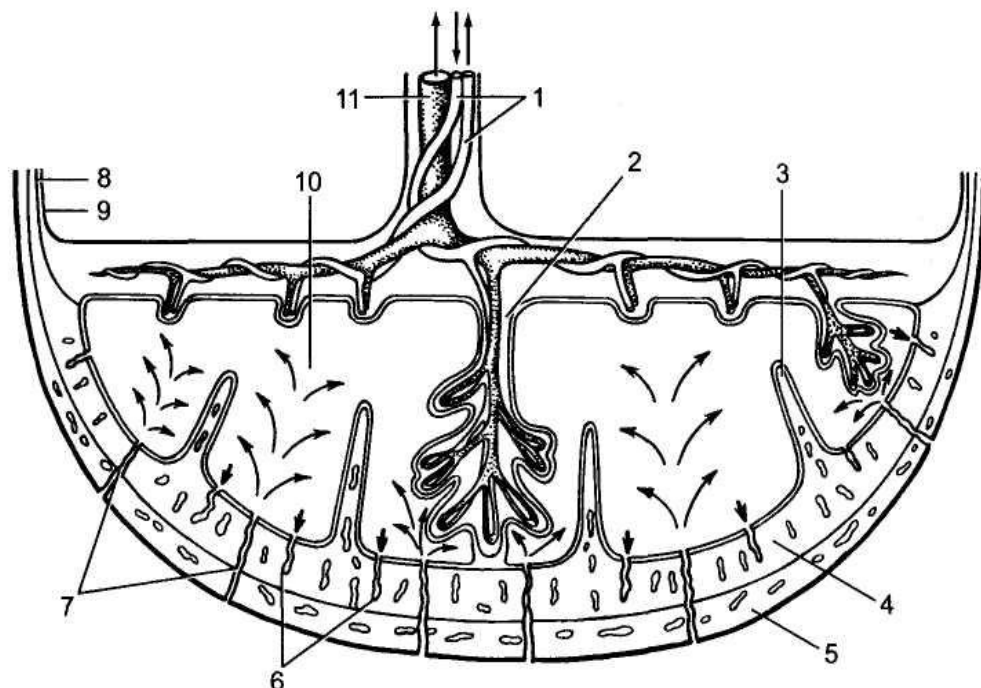


Рисунок 1. Структура плаценты и маточно-плацентарного кровообращения.
 1 — артерии пуповины; 2 — стволовая ворсина; 3 — децидуальная перегородка; 4 — децидуальный слой; 5 — миометрий; 6 — вены; 7 — спиральные артерии; 8 — хорион; 9 — амнион; 10 — межворсинчатое пространство; 11 — вена пуповины.

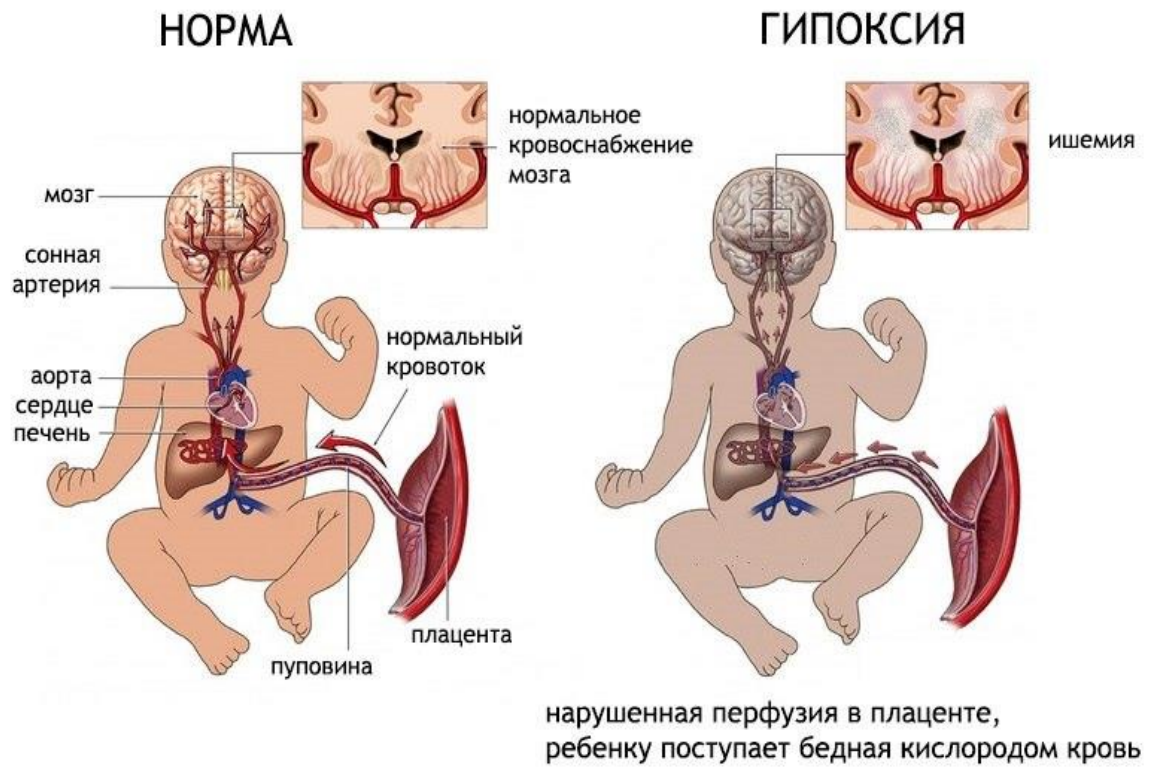


Рисунок 2. Гипоксия плода.