



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ» НАМН УКРАЇНИ  
**ПЕРИНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ**  
Научно-практический журнал  
**ПЕРИНАТОЛОГИЯ ТА ПЕДІАТРІЯ**  
Науково-практичний журнал

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР:** Лук'янова Олена Михайлівна

Академік НАН, НАМН України, Російської АМН,  
д.м.н., професор, радник директора Державної установи «Інститут педіатрії,  
акушерства і гінекології» НАМН України, м. Київ

**ЗАСТ. ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА:** Антипкін Юрій Геннадійович

Академік НАН, НАМН України, д.м.н., професор, директор Державної установи «Інститут педіатрії,  
акушерства і гінекології» НАМН України, м. Київ

**НАУКОВІ КОНСУЛЬТАНТИ:** Степанківська Галина Костянтинівна

д.м.н., професор, член-кор. НАН, НАМН України, м. Київ

Омельченко Людмила Іванівна

д.м.н., професор, заст. директора ДУ «ІПАГ» НАМН України, м. Київ

**ВЧЕНИЙ СЕКРЕТАР:** Квашніна Людмила Вікторівна

д.м.н., професор, завідувач відділення медичних проблем здорової дитини та «реморбідних станів»  
Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» НАМН України, м. Київ

**ДИРЕКТОР ПРОЕКТУ:** Бахтіярова Дана Олегівна

**ВЕРСТКА ТА ДИЗАЙН:** Щербатих Володимир Станіславович

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:**

Абатуров Олександр Євгенійович  
Айсберг Юрій Рувімович  
Бережний В'ячеслав Володимирович  
Венцківський Борис Михайлович  
Вовк Ірина Борисівна  
Волосянко Андрій Богданович  
Гнатейко Олег Зиновійович  
Гордієнко Ірина Юріївна  
Грищенко Валентин Іванович  
Губертус фон Фосс (Німеччина)

Дука Катерина Дмитрівна  
Задорожна Тамара Данилівна  
Запорожан Валерій Миколайович  
Знаменська Тетяна Костянтинівна  
Іванюта Лідія Іванівна  
Коломійцева Антоніна Георгіївна  
Козлов Роман Сергійович (Росія)  
Коровина Ніна Олексіївна (Росія)  
Лаббе Андре (Франція)  
Мізерницький Юрій Леонідович (Росія)

Осидак Людмила Вікторівна (Росія)  
Пагава Караман (Грузія)  
Пісарєва Світлана Петрівна  
Подольський Василь Васильович  
Усоніс Вігас (Литва)  
Ципкун Анатолій Григорович  
Шамсієв Ф.С. (Узбекістан)  
Шишко Г.А. (Білорусь)

**РЕДАКЦІЙНА РАДА:**

Аряев Микола Леонідович  
Банадига Наталія Василівна  
Бесєдін Віктор Михайлович  
Волосовець Олександр Петрович  
Гойда Ніна Григорівна  
Денисова Маргарита Федорівна  
Євтушенко Станіслав Костянтинівич  
Кирилова Людмила Григорівна  
Коренев Микола Михайлович

Крамарев Сергій Олександрович  
Коржинський Юрій Степанович  
Крючко Тетяна Олександрівна  
Лапшин Володимир Федорович  
Майданник Віталій Григорович  
Маркін Леонід Борисович  
Моїсенко Раїса Олександрівна  
Неділько Віктор Петрович  
Няньковський Сергій Леонідович

Сенаторова Ганна Сергіївна  
Суліма Олена Григорівна  
Тищенко Валентина Андріївна  
Тяжка Олександра Василівна  
Туманова Лариса Євгенівна  
Чайка Володимир Кирилович  
Чернишов Віктор Павлович  
Шунько Єлизавета Євгенівна

Постановою Президії ВАК України № 1-05/4 від 26.05.2010 р. журнал «Перинатологія та педіатрія» включено до переліку наукових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових фахових ступенів доктора і кандидата наук.

Журнал «Перинатологія та педіатрія» реферується Інститутом проблем реєстрації інформації НАН України

**ВИДАВЦІ**

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДУ «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ» НАМН УКРАЇНИ  
ВИДАВНИЦТВО «ЕКСПЕРТ»

Атестовано Вищою атестаційною комісією України № 1-05/4 від 26.05.2010 р.

Адреса для листування: Україна, 04210, м.Київ-210, а/я 32.

E-mail: [peditr@med-expert.com.ua](mailto:peditr@med-expert.com.ua); [seminar@med-expert.com.ua](mailto:seminar@med-expert.com.ua)

<http://medexpert.org.ua/>

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 15781-4253 ПР від 24.09.2009 р.

Видається з 1999 р.

Періодичність виходу — щоквартально

Рекомендовано вченою радою ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» НАМН України Протокол № 7 від 19.06.2014 р.

Підписано до друку 26.06.2014 р.

Формат 60x90/8. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 17. Об л.-вид. арк. 13,95

Загальний наклад 8000 прим. Зам. №8.07/01 від 8.07.2014

Видруковано у друкарні «Аврора-принт».

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: А00 № 777897 від 06.07.2009 р.

м. Київ, вул. Причальна, 5, тел. (044) 550-52-44

Передплатити «Перинатологію та педіатрію» можна в будь-якому поштово-відділенні.

Передплатний індекс 22811

Усі статті рецензовані. Цілковито або часткове розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

**Журнал «Перинатологія и Педиатрия» включен в наукометрические базы данных: реферативная база данных «Україніка наукова» (Р/Ж «Джерело»), РИНЦ eLIBRARY.RU, Science index и Google Scholar**

©ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» НАМН України, 2014

©Видавництво «Експерт», 2014

Внимание! Подписаться на журнал «Перинатологія и педиатрия»

Вы можете во всех отделениях связи Украины

Подписной индекс 22811

Київ 2014

# ПЕРИНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ

Научно-практический журнал

# ПЕРИНАТОЛОГІЯ ТА ПЕДІАТРІЯ

Науково-практичний журнал

# PERINATOLOGY AND PEDIATRICS

Scientific and Practical journal

## 2 (58) 2014

### СОДЕРЖАНИЕ

#### ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

#### ВЕЧНЫЕ ЦЕННОСТИ

**Быть патриотом —  
не значит ненавидеть. Это значит любить**

#### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТОЛОГИИ И НЕОНАТОЛОГИИ

*Макаренко М.В.*

**Современные аспекты профилактики  
и лечения синдрома задержки  
роста плода**

*Слепов О.К., Грасюкова Н.И., Весельский В.Л.,  
Гордієнко І.Ю., Сорока В.П., Пономаренко О.П.,  
Єрмолова Г.С., Палкіна І.С., Маркевич О.В.*

**Частота задержки внутриутробного  
развития плода та її вплив на перебіг  
і прогноз при гастрошизисі**

*Пучков В.А., Круть Ю.Я.,  
Кирилюк О.Д., Першакова І.О.*

**Стан плода та новорожденного  
в терминах гестації 25–28 тижнів  
при тривалому безводному проміжку**

*Власенко Д.Ю.*

**Психомоторний та соціально-емоційний  
розвиток глибоко недоношених дітей**

#### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

*Слепов О.К., Сорока В.П.,  
Слепов Є.О., Пономаренко О.П.*

**Особенности клинических проявлений  
та діагностики пізно виявлених природжених  
хибних діафрагмальних гриж у дітей**

*Тяжка О.В., Сельська З.В.*

**Проведення скринінгу серед здорових дітей  
та дітей з алергічними захворюваннями  
на виявлення вітамін-Д-дефіциту**

### CONTENTS

#### 6 TO AUTHORS ATTENTION

#### 8 ETERNAL VALUES

**Be a patriot — not mean to hate.  
It means to love**

#### ACTUAL QUESTIONS PERINATOLOGY AND NEONATOLOGY

13 *Makarenko M.V.*

**Modern aspects of prophylaxis  
and treatment of the fetus growth  
retardation syndrome**

16 *Slepov O.K., Grasyukova N.I., Veselsky V.L.,  
Gordiyenko I.Yu., Soroka V.P., Ponomarenko O.P.,  
Yermolova G.S., Palkina I.S., Markevych O.V.*

**The frequency of intrauterine growth  
retardation and its impact  
on the course and prognosis of gastroschisis**

21 *Puchkov V.A., Krut U.Ya.,  
Kyryluk O.D., Pershakova I.O.*

**The fetus and the newborn state  
with premature ruptured membranes  
on the 25–28 weeks gestation terms**

25 *Vlasenko D.Y.*

**Psychomotor and social-emotional  
development of very preterm infants**

#### CURRENT ISSUES OF PEDIATRICS

30 *Slepov O.K., Soroka V.P.,  
Slepov Ye.O., Ponomarenko O.P.*

**Features clinical manifestations  
and diagnostics late presenting congenital  
true diaphragmatic hernia in children**

34 *Tyazhka A.V., Selska Z.V.*

**Screening among healthy children  
and children with allergic diseases  
on the detection of vitamin D-deficiency**

М.В. Макаренко

## Современные аспекты профилактики и лечения синдрома задержки роста плода

Киевский роддом №5

**Цель** работы — разработать метод профилактики синдрома задержки роста плода у беременных с фетоплацентарной недостаточностью.

**Пациенты и методы.** Изучены течение беременности, родов и перинатальные исходы у 220 пациенток с признаками плацентарной недостаточности (по данным ультразвуковой диагностики) без нарушения гемодинамики в системе «мать—плацента—плод» и риском развития синдрома задержки роста плода. В 1-ю группу вошло 120 пациенток, получавших медикаментозный комплекс, направленный на терапию плацентарной дисфункции и профилактику задержки внутриутробного роста плода, во 2-ю — 100 беременных с риском развития вышеуказанного синдрома, не получавших профилактического лечения.

Согласно этой методике, в 14–16 недель беременности назначали: прогестерон микронизированный по 200 мг интравагинально 2 раза в день; комбинированный поливитаминный комплекс с микро- и макроэлементами; йодид калия по 200 мг в сутки; комплекс незаменимых полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3; сухой водный экстракт свежих листьев артишока по 2 таблетки 3 раза в сутки.

**Результаты.** У новорожденных 1-й (основной) группы не выявлена гипоксия плода тяжелой степени, тогда как в группе сравнения данный показатель составил 13%. В 1-й группе 90 (90%) детей родились в удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар 8–10 баллов); в состоянии асфиксии легкой степени — 8 (8%); средней степени тяжести — 2 (2%); тяжелой степени — 0. Во 2-й группе (сравнения) число детей, родившихся в состоянии асфиксии, было значительно больше: легкой степени — 10 (10%); средней степени тяжести — 9 (9%); тяжелой степени — 12 (12%).

**Выводы.** Проведение профилактики и лечения данного синдрома у пациенток группы риска является резервом снижения рождения детей с низкой массой тела и способствует повышению качества оказания медицинской помощи беременным и новорожденным.

**Ключевые слова:** СЗРП, профилактика, лечение.

### Введение

Синдром задержки роста плода (СЗРП) является результатом хронической фетоплацентарной недостаточности (ФПН) — патологического состояния, проявляющегося в снижении взаимоотношений между матерью и плодом [1]. При этом нарушаются транспортная, трофическая, эндокринная, метаболическая и другие важнейшие функции плаценты. Выраженная ФПН, как правило, сопровождается СЗРП и гипоксией плода вплоть до его внутриутробной гибели. Перинатальная смертность в этой группе достигает 60% [2].

Своевременная диагностика, адекватная профилактика, поиск рациональных методов ведения беременных группы риска по развитию СЗРП и тактика родоразрешения являются одними из актуальных проблем современного акушерства и важной медико-социальной задачей [5].

**Цель** работы — разработать метод профилактики СЗРП у беременных с ФПН.

### Материалы и методы исследования

Изучены течение беременности, родов и перинатальные исходы у 220 пациенток с признаками ФПН (по данным ультразвукового исследования — УЗИ) без нарушения гемодинамики в системе «мать—плацента—плод» и риском развития СЗРП. Пациентки разделены на 2 группы: в 1-ю (основную группу) вошло 120 пациенток, получавших медикаментозный комплекс, направленный на терапию плацентарной дисфункции и профилактику задержки внутриутробного роста плода; во 2-ю (группу сравнения) вошло 100 беременных с риском развития СЗРП на фоне ФПН, но отказавшихся от предложенного комплекса медикаментозных средств. Для более точной оценки эффективности методики подобраны пары беременных в основной группе и группе сравнения по возрасту, паритету, наличию экстрагенитальной патологии. Беременные обследованы по разработанной схеме, предполагающей изучение соматического статуса, акушерскогинекологического анамнеза, особенностей течения настоящей беременности.

Факторами риска были: наличие гинекологической патологии (хронический эндометрит, воспалительные заболевания органов малого таза, аденомиоз, бесплодие в анамнезе); отягощенный акушерский анамнез (повышенная репродуктивная активность, привычное невынашивание, антенатальная гибель плода, рождение маловесных детей в анамнезе, гестоз, угроза прерывания, многоплодная беременность, предлежание плаценты, плацентарная дисфункция в предыдущих беременностях); социально-бытовые условия (низкий уровень образования, неполная семья, психоэмоциональный стресс, возраст старше 30 лет, профессиональные вредности, недостаточное потребление белков в пище, тяжелый физический труд, вредные привычки — курение, алкоголь); экстрагенитальная патология (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, заболевания легких, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистые заболевания; носители условно-патогенных возбудителей, страдающие хроническим тонзиллитом, гайморитом, пиелонефритом, дисбактериозом и др.) [5].

Для профилактики СЗРП у беременных 1-й группы с ФПН разработана методика, проведенная в течение 10–14 дней в сроки 14–16, 22–24, 32–34 недели беременности.

Согласно этой методике, в 14–16 недель беременности назначены:

1. Прогестерон микронизированный по 200 мг интравагинально 2 раза в день, который селективно воздействует на эндо- и миометрий, снижает возбудимость и сократимость мускулатуры матки, корригирует уровень эндогенной недостаточности прогестерона [4].

2. Комбинированный поливитаминный комплекс с микро- и макроэлементами, действие которого обусловлено эффектами входящих в его состав компонентов.

3. Йодид калия по 200 мг в сутки для восполнения дефицита йода в организме для нормализации функции щитовидной железы, что особенно важно при беременности.

4. Комплекс незаменимых полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3, активизирующий клетки

организма и оказывающий благоприятное влияние на развитие ребенка [3].

5. Сухой водный экстракт свежих листьев артишока по 2 таблетки 3 раза в сутки — гепатопротектор растительного происхождения, нормализует структуру и функцию плаценты при плацентарной недостаточности, уменьшает внутрипеченочный холестаз, восстанавливает клетки печени, обладает мягким диуретическим эффектом, проявляет антиоксидантную активность [6].

В 22–24 недели беременности назначен профилактический курс лечения в дневном стационаре:

1. Сухой водный экстракт свежих листьев артишока по 2 таблетки 3 раза в день (при патологии печени и желчевыводящих путей).

2. Комплекс незаменимых полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3 по 1 таблетке 2 раза в день.

3. Левокарнитин по 8–10 капель 3 раза в день (природное вещество, родственное витаминам группы В, участвует в процессах обмена веществ в качестве переносчика длинноцепочечных жирных кислот из цитоплазмы в митохондрии, повышает секрецию и ферментативную активность желудочного и кишечного соков, улучшает усвоение пищи, обладает анаболическим и липолитическим действием) [7].

4. L-аргинин в/в, капельно, в объеме 100 мл 1 раз в день в течение 7–10 дней (превращает L-аргинин в оксид азота (NO), снижает эндотелиальную дисфункцию и способствует нормализации роста плода и улучшению его функционального состояния при ФПН, препятствует развитию спазма в сосудах) [8].

Этот же курс лечения назначен беременным 1-й группы при сроке 32–34 недели.

Беременные 2-й группы от предложенного профилактического лечения отказались.

### Результаты исследования и их обсуждение

При анализе течения беременности у женщин с риском развития СЗРП угроза прерывания выявлена у 12 (10%) пациенток 1-й группы и 51 (51%) женщины 2-й группы; ФПН — соответственно у 10 (8,3%) и 45 (45%); поздний гестоз — у 17 (14,17%) и 55 (55%), однако проявления гестоза в 1-й группе выражены незначительно (прегестоз, или I степени), во 2-й группе — гестоз I–II степени. При УЗИ после проведенного лечебного комплекса в 16–18 недель в основной группе не выявлены отклонения в состоянии плацентарного комплекса, а в группе сравнения обнаружены ретрохориальные гематомы (47%), гипоплазия плаценты (25%), кальцификаты, кисты, инфаркты плаценты (38%).

В 1-й (основной) группе в 86% случаев УЗИ в сроках 22–24 недели беременности не выявлены отклонения в состоянии плацентарного комплекса, в 9% случаев обнаружены признаки плацентита (проведена антибактериальная терапия азитромицином по 500 мг 1 раз в день, 5 дней).

По результатам УЗИ, в группе сравнения беременность в 22–24 недели у 42% женщин протекала на фоне хронической ФПН с признаками плацентита (у 17%), у 35% был повышен уровень хорионического гонадотропина. Такие беременные были госпитализированы в акушерское отделение для лечения (дипиридамол по 25 мг 3 раза в день перорально, тиамин пиродифосфат 100 мг в/в, антибактериальная терапия). В обеих группах оценен биофизический профиль плода. При УЗИ обращено внимание на наличие СЗРП, дыхательные движения, двигательную активность и мышечный тонус плода, количе-

ство околоплодных вод (многоводие, маловодие), степень зрелости плаценты, диаметр и количество сосудов пуповины. С помощью доплерометрии выявлены нарушения маточно-плацентарного (МПК) и плодно-плацентарного кровотока (ППК): повышение индексов сосудистого сопротивления в МПК, отсутствие диастолического компонента кровотока или его ретроградное направление. В обеих группах 1 раз в 5 дней оценены результаты доплерометрии и антенатальной КТГ, начиная с 32 недель, а перед родами — КТГ с функциональными пробами (нестрессовый тест, функциональные тесты: тест с задержкой дыхания матери, холодовой тест, степ-тест, кислородный тест, тест на звуковую стимуляцию).

При УЗИ на сроке 32–34 недели беременности у 88% женщин 1-й (основной) группы определена I степень зрелости плаценты, предполагаемая масса плода —  $2470 \pm 120$  г. СЗРП, асимметричная форма, I степени выявлена у 8 (8%) беременных. Нарушения кровотока и изменения КТГ не обнаружены.

У 53% беременных 2-й группы (сравнения) в сроках 32–34 недели беременности выявлена II–III степень зрелости плаценты, предполагаемая масса плода —  $1920 \pm 142$ . Диагноз «СЗРП I степени, асимметричная форма» выставлен 19 (19%) беременным, «СЗРП II степени, асимметричная форма» — 6 (6%) беременным группы сравнения. Нарушения МПК при сохраненном ППК (I A степени) обнаружены у 15 беременных с СЗРП II степени и у 2 беременных с симметричной формой СЗРП. Нарушения ППК при сохраненном МПК II B степени обнаружены у 1 беременной с СЗРП II степени. Нарушения МПК и ППК, не достигающие критических значений (II степени) установлены у 1 беременной с СЗРП симметричной формы.

При КТГ плода обращено внимание на наличие монотонного типа в кардиограмме, снижение variability базального ритма, числа акцелераций, их амплитуды и продолжительности, появление децелераций.

Беременные 2-й группы были госпитализированы в стационар для лечения (дипиридамол по 25 мг 3 раза в день перорально, тиамин пиродифосфат 100 мг в/в, надропурин кальция 0,3 п/к).

Выбор оптимального срока и метода родоразрешения зависел от адаптационных резервных возможностей плода и основывался на оценке выраженности ФПН, гипоксии плода и формы СЗРП.

Показаниями к плановому кесареву сечению со стороны плода были: снижение variability базального ритма, числа акцелераций, их амплитуды и продолжительности; гемодинамические нарушения ППК II степени при наличии двусторонних изменений. СЗРП в сочетании с гестозом диагностирован у 12 беременных 2-й группы (сравнения), которым произведено кесарево сечение в плановом порядке.

В 1-й (основной) группе операцией кесарево сечение в плановом порядке закончились 2 беременности по сочетанным показаниям: 1-й случай — пожилая первородящая, тазовое предлежание плода; 2-й случай — гестоз, СЗРП I степени, длительное бесплодие в анамнезе.

Масса тела при рождении у детей женщин основной группы в 90% случаев превысила 3100 г, все дети родились без признаков внутриутробной задержки развития. В группе сравнения 31% детей родились с массой тела менее 2500 г и признаками задержки внутриутробного развития, им проводились: морфологическое определение гестационного возраста, массо-ростового индекса, лабораторные исследования, консультации специалистов.



У новорожденных 1-й (основной) группы гипоксии плода тяжелой степени не было, тогда как в группе сравнения данный показатель составил 13%.

В 1-й группе 90 (75%) детей родились в удовлетворительном состоянии (оценка по Апгар 8–10 баллов); в состоянии асфиксии легкой степени — 8 (6,67%); средней степени тяжести — 2 (1,67%); тяжелой степени — 0.

Во 2-й группе (сравнения) число детей, родившихся в состоянии асфиксии, было значительно больше: легкой

степени — 10 (10%); средней степени тяжести — 9 (9%); тяжелой степени — 12 (12%).

### Выводы

Проведение профилактики и лечения СЗРП у пациенток группы риска является резервом снижения рождения детей с низкой массой тела и способствует повышению качества оказания медицинской помощи беременным и новорожденным.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / под ред. Г.М. Савельевой. — М., 2008. — Вып. 3 — 506 с.
2. Акушерство: нац. рук-во / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с. (Серия «Национальные руководства»).
3. Бушуева Э.В. Мониторинг физического развития детей раннего возраста в зависимости от массы тела при рождении / Э.В. Бушуева, Л.И. Герасимова, Т.Г. Денисова // Общественное здоровье и здравоохранение. — Казань, 2010. — № 1. — С. 40–43.
4. К вопросу о курабельности синдрома задержки роста плода / З.С. Крымшохалова [и др.] // Рос. вестник акушера-гинеколога. — 2008. — Т. 8, № 3. — С. 59–61.
5. Мониторинг факторов риска рождения детей с синдромом задержки внутриутробного развития / Т.Н. Сидорова [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. — Казань, 2010. — № 2. — С. 73–74.
6. Оразмурадов А.А. Плацентарная недостаточность: реалии и перспективы: информационное письмо / А.А. Оразмурадов, С.В. Апресян. — М., 2009. — 32 с.
7. Педиатрия: нац. рук-во / под ред. А.А. Баранова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1024 с.
8. Радзинский В.Е. Перспективные пути патогенетически обоснованной профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности / В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц, Л.П. Коршунова // РМЖ. — 2007. — № 4. — С. 325–328.

### Сучасні аспекти профілактики та лікування синдрому затримки росту плода

**М.В. Макаренко**

Київський пологовий будинок № 5

**Мета** — розробити метод профілактики синдрому затримки росту плода у вагітних із фетоплацентарною недостатністю.

**Пацієнти та методи.** Вивчено перебіг вагітності, пологів і перинатальні результати у 220 пацієток з ознаками плацентарної недостатності (за даними ультразвукової діагностики) без порушення гемодинаміки в системі «мати—плацента—плід» і ризиком розвитку синдрому затримки росту плода. До 1-ї групи увійшли 120 пацієток, які отримували медикаментозний комплекс, спрямований на терапію плацентарної дисфункції та профілактику затримки внутрішньоутробного росту плода, до 2-ї — 100 вагітних із ризиком розвитку даного синдрому, які не отримували профілактичного лікування. Відповідно до цієї методики, у 14–16 тижнів вагітності призначали: прогестерон мікронізований по 200 мг інтравагінально 2 рази на день; комбінований полівітамінний комплекс із мікро- та макроелементами; йодид калію по 200 мг на добу; комплекс незамінних поліненасичених жирних кислот сімейства омега-3; сухий водний екстракт свіжих листків артишоку по 2 таблетки 3 рази на добу.

**Результати.** У новонароджених 1-й (основної) групи не виявлено гіпоксію плода важкого ступеня, тоді як у групі порівняння даний показник становив 13%. У 1-й групі 90 (90%) дітей народились у задовільному стані (оцінка за шкалою Апгар 8–10 балів); у стані асфіксії легкого ступеня — 8 (8%); середнього ступеня тяжкості — 2 (2%); важкого ступеня — 0. У 2-й групі (порівняння) число дітей, народжених у стані асфіксії, було значно більшим: легкого ступеня — 10 (10%); середнього ступеня тяжкості — 9 (9%); важкого ступеня — 12 (12%).

**Висновки.** Проведення профілактики і лікування синдрому затримки росту плода у пацієток групи ризику є резервом зниження народження дітей із низькою масою тіла і сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги вагітним і новонародженим.

**Ключові слова:** СЗРП, профілактика, лікування

### Modern aspects of prophylaxis and treatment of the fetus growth retardation syndrome.

**M.V. Makarenko**

Kiev Meternity Hospital №5

**Purpose:** to develop the aspects of prophylaxis of the fetus growth retardation syndrome among pregnant women with the fetoplacental insufficiency.

**Patients and methods:** There were studied the pregnancy passing, birth and perinatal outcomes among 220 patients with the signs of placental insufficiency (according to the ultrasonic diagnostics), without the hemodynamic instability in the system «mother-placenta-fetus», and the risk of the fetal growth retardation development syndrome. The first group consist of 120 patients who got the medical complex directed on the placental dysfunction therapy and the fetus growth retardation prophylaxis, the second one consist of the 100 pregnant women with the risk of the above syndrome who got any prevention treatment. According to this methodic on 14–16 pregnancy week it was appointed the micronized progesterone 200 mg twice a day intravaginal; the combined polyvitamin complex of micro- and macro elements; potassium iodide 200 mg per day; the complex of the polyunsaturated omega- 3 fatty acids family; the dry water extract of fresh artichoke leaves 2 tablets 3 times a day.

**Results:** the first group (main) newborns had no severe fetal hypoxia as the comparison group got 13% index. First group children 90 (90%) were born in a satisfactory condition (Apgar scale 8–10 ); in a state of mild asphyxia — 8 (8%); moderate severity rank- 2 (2%); severe rank - 0. The second group of children (the comparison) who were born in an asphyxia state mostly predominated : light rate — 10 (10%); middle — 9 (9%); hard — 12 (12%).

**Conclusion:** the prevention and treatment conducting of the very syndrome among the patients with the risk group is a reserve for reducing low birth among the children with a low body weight and it improves the medical care for pregnant women and newborns.

**Key words:** SFRG, prevention, treatment

### Сведения об авторах:

**Макаренко Михаил Васильевич** — к.мед.н., Главный акушер-гинеколог г. Киев, зав. род. домом №5 г. Киева.

Адрес: Киев, пр-т Краснозвездный, 2, тел. (044) 244 87 69

Статья поступила в редакцию 28.04.2014 г.