

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)  
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)  
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ»**

**г.ХАРЬКОВ  
4 октября 2013 г.**

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)  
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)  
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ»**



**г.ХАРЬКОВ  
4 октября 2013 г.**

<i>Н. Г. Грищенко, Ю. А. Котлик</i> Сравнительная характеристика протоколов стимуляции овуляции с использованием агонистов и антагонистов ГНРГ.....	59
<i>Н. А. Демакова</i> Генетические подходы к изучению формирования гиперпластических процессов эндометрия среди женщин разных возрастных групп.....	63
<i>О. И. Калиновская, Ю.С. Паращук, И. Н. Сафонова</i> Кровоток в яичниках после эмболизации маточных артерий.....	68
<i>М. І. Козуб, Ю.В. Риженко</i> Сучасний погляд на утворення спайкового процесу у жінок з трубно – перитонеальним безпліддям.....	71
<i>Н. И. Козуб, М. П. Сокол</i> Особенности реализации репродуктивной функции при сочетании СПКЯ с трубно – перитонеальным бесплодием.....	77
<i>О. А. Кузьмина , Н. П. Сухина</i> Роль инфекции, передаваемой половым путем, в развитии кист яичников.....	83
<i>И. Ю. Кузьмина, О. В. Ткачева</i> Современные аспекты развития сальпингита хламидийной этиологии.....	88
<i>О. П. Липко, Л. В. Потапова, И. Н. Щербина</i> Новые подходы к тактике подготовки шейки матки к родам.....	94
<i>А.В. Литвинова</i> Анализ случаев операции кесарева сечения у юных первородящих...	99
<i>М.В.Макаренко</i> Влияние повреждающих перинатальных факторов на состояние новорожденных при синдроме внутриутробной задержки роста плода.....	102

Все вышеизложенное указывает на необходимость разработки комплексных лечебно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику беременности и родов у женщин в юном возрасте.

### Литература

1. Большова Ю.А. Беременность и роды у несовершеннолетних в Украине //Акушерство и гинекология. — 2001. — № 3.- с. 16-19.
2. Малахова Е.Г., Анихиковский И.А. Течение беременности и родов у первородящих 15-18 лет //Здравоохранение Белоруссии. -2009. - №3. - С. 12-14.
3. Яковлева Э.В. Юные беременные как группа риска акушерской и перинатальной патологии: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. — К., 2001, - 32с.

УДК: 616.33-02.616-001.8-07(616.36+616.33-08)

## ВЛИЯНИЕ ПОВРЕЖДАЮЩИХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ СИНДРОМЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

М.В.Макаренко, г. Киев

### РЕЗЮМЕ

Проведено исследование 74 беременных с симметричной формой СЗРП при сроке беременности 27—40 нед. Проведенный анализ показал, что основной причиной симметричной формы СЗРП является осложненное течение беременности: гестоз (55%) и длительная угроза прерывания беременности (35%). Полученные результаты позволили выделить критерии хронической внутриутробной гипоксии плода и отнести их к повреждающим перинатальным факторам при СЗРП.

*Ключевые слова:* синдром задержки развития плода, повреждающие перинатальные факторы, новорожденные.

Синдром задержки роста плода (СЗРП) занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [1]. Несмотря на большое число работ, посвященных фетоплацентарной недостаточности, проявлением которой служит СЗРП, окончательно не установлены механизмы, обуславливающие патологическое развитие беременности и приводящие к перинатальным осложнениям в родах при данной патологии [2]. Частота СЗРП в последние годы колеблется, по данным различных

авторов, от 3 до 24% среди доношенных и от 18 до 24% среди недоношенных детей [3]. У детей, родившихся с СЗРП, перинатальная заболеваемость и смертность в 2-3 раза превышает таковую у детей с нормальной массой тела [4]. Основной причиной асимметричной формы СЗРП является осложненное течение беременности: гестоз (55%) и длительная угроза прерывания беременности (35%) [5]. Чем длительнее патологический процесс во время беременности, тем раньше выявляются признаки СЗРП и тем он тяжелее [6]. Перинатальные исходы при СЗРП в большей мере определяются гипоксией плода, выраженностью задержки роста плода и методом родоразрешения [7].

В связи с чем, **целью** настоящей работы явилось определение влияния повреждающих факторов на состояние новорожденных при СЗРП для снижения частоты перинатальных осложнений в родах.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 74 беременных с симметричной формой СЗРП при сроке беременности 27—40 нед. СЗРП диагностировали на основании наружного акушерского исследования, ультразвуковой фетометрии и по массо-ростовому показателю новорожденного.

Беременным проводились доплерометрическое исследование кровотока в обеих маточных артериях, в артерии пуповины. Для определения состояния кровотока использовали систоло-диастолическое отношение, пульсационный индекс и индекс резистентности. Ультразвуковую фетометрию и доплерометрию проводили с помощью прибора "Toshiba-SSH 140A", (Япо-ния) Ультразвуковое исследование осуществляли при поступлении в стационар и на фоне проводимой терапии, включающей в себя лечение основного осложнения беременности (угроза прерывания, анемия, гестоз и т. д.) и препараты, направленные на улучшение кровообращения в фетоплацентарной системе.

Для оценки степени внутриутробной гипоксии сразу после рождения исследовали кислотно-основное состояние крови в сосудах пуповины. Состояние новорожденного определяли на основании клинической оценки по

шкале Апгар. Основным критерием оценки внутриутробного состояния плода и возможного развития хронической гипоксии явилось состояние кровотока в системе матка—плацента-плод (МПП). В зависимости от состояния кровотока в системе МПП всех беременных разделили на 2 группы (табл.) .

1-ю группу составила 31 (41,7%) пациентка, у которой во время беременности не было нарушений кровотока в фетоплацентарной системе; у 23 (32,8%) из них имелся СЗРП 1 степени, а у 8 (8,9%) II степени. Беременных с СЗРП III степени и нормальными показателями кровотока в фетоплацентарной системе не было. У 20 (26,9%) беременных при поступлении в стационар при сроке беременности 34—36 нед проводилась терапия, направленная на улучшение маточно-плацентарного кровотока, у остальных при сроке беременности 38—40 нед — мероприятия по подготовке к родам.

Во 2-ю группу включены 43 (58,2%) пациенток, у которых показатели кровотока не соответствовали норме. Из них у 22 пациенток имелся СЗРП I степени, у 11 — II степени и у 10 — III степени ( табл.).

У беременных 2-й группы относительно часто встречалась экстрагенитальная патология (более 40%). Хронические заболевания (хронический пиелонефрит, бронхит, тонзиллит, миокардит, пролапс митрального клапана) отмечены у 14 (34%), гипертензивные состояния — у 11 (27%), дисфункция яичников — у 6 (11,7%), бесплодие — у 5,7%. Осложненное течение беременности было более чем у 80% пациенток 2-й группы. Особенно выделялись угроза прерывания беременности (35%), сопровождающаяся болями внизу живота и повышенным тонусом матки, гестоз II половины беременности (у 55%). Беременности поступали в стационар в сроках 36—40 нед при СЗРП I степени, 34—36 нед при II степени и 27—28 нед при III степени. Всем пациенткам наряду с лечением осложнения беременности проводили терапию, направленную на улучшение фетоплацентарного кровотока (дезагреганты,  $\beta$ -миметики, антикоагулянты и

витаминоterapia). Математическая обработка исследуемого материала проводилась при помощи параметрических методов статистики путем сравнения в абсолютном и процентном соотношениях полученных цифровых данных.

**Результаты и их обсуждение** У женщин 1-й группы течение и исход родов зависел от степени гипотрофии плода. У 18 пациенток с СЗРП I степени и у 5 женщин с СЗРП II степени беременность завершилась своевременными родами через естественные родовые пути. Продолжительность родов составила в среднем 11 ч 10 мин у первородящих и 5 ч 30 мин у повторнородящих. 3 беременных с СЗРП II степени родоразрешены путем кесарева сечения. Показанием к операции явились слабость родовой деятельности и неэффективность стимуляции окситоцином.

Родилось 63 новорожденных, средняя масса тела при рождении которых колебалась от 2600 до 2900 г, длина тела составила  $51 \pm 2$  см. Показатели кислотно-основного состояния крови в сосудах пуповины соответствовали норме. Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8—9 баллов.

Ранний неонатальный период у всех детей с СЗРП I степени и у 11 (56,6%) из 19 с СЗРП II степени протекал без осложнений. Все новорожденные выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 4—5-е сутки после рождения. Роды у этих пациенток протекали без особенностей. У пациенток 2-й группы выявлены нарушения кровотока в маточных артериях (43%); нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока (32%); нарушения маточно-плацентарного, плодово-плацентарного и плодового кровотока (25%), нулевой кровотока в артерии пуповины (7,6%).

В экстренном порядке при поступлении в стационар были родоразрешены 7 пациенток (7 путем кесарева сечения при сроке беременности 35—37 нед, 4 — через естественные родовые пути при сроке беременности 37—38 нед), у которых при осложненном течении беременности

(среднетяжелый и тяжелый гестоз у 55%) в сочетании с нарушениями гемодинамики во всех звеньях фетоплацентарной системы. Эффективность терапии зависела от степени СЗРП и выраженности нарушения гемодинамики в системе МПП. Положительный эффект отмечен у всех пациенток при СЗРП I степени на фоне нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, но полная нормализация показателей наступила лишь в 46,5% наблюдений. Общая продолжительность терапии варьировала от 4 до 8 нед. При СЗРП II и III степени терапия была эффективной в 76 и 33% случаев соответственно, а полная нормализация показателей наступила лишь в 8,3% наблюдений. Эффективность терапии позволила пролонгировать беременность до 37—38 нед у 63 пациенток.

При исследовании клеточно-основного состояния крови в сосудах пуповины метаболический ацидоз выявлен в 60% наблюдений. При нарушении кровотока во всех звеньях системы МПП метаболический ацидоз не зависел от метода родоразрешения и зарегистрирован во всех наблюдениях. При нарушении маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока и родоразрешении через естественные родовые пути показатели клеточно-основного состояния крови в сосудах пуповины были изменены в 88,9% случаев, а при оперативном — в 16% случаев. Метаболический ацидоз у плодов определялся в основном при частичном эффекте терапии.

Состояние детей 2-й группы после рождения определялось выраженностью гемодинамических нарушений в фетоплацентарной системе, методом родоразрешения и метаболическим ацидозом. При нарушениях маточно-плацентарного, плодово-плацентарного и плодового кровотока и родоразрешении через естественные родовые пути легкая асфиксия (оценка по шкале Апгар 6—7 баллов) отмечена у 20,4% детей, а при кесаревом сечении — у 4,2%. Тяжелая асфиксия наблюдалась у 5,7% детей при родоразрешении через естественные родовые пути.

Проведенный нами анализ показал, что основной причиной симметричной формы СЗРП является осложненное течение беременности:

гестоз (55%) и длительная угроза прерывания беременности (35%). Чем длительнее патологический процесс во время беременности, тем раньше выявляются признаки СЗРП и тем он тяжелее.

Несмотря на большое число работ, посвященных СЗРП, окончательно не определены признаки, позволяющие выявить хроническую внутриутробную гипоксию плода при данном осложнении беременности. А. Т. Бунин и соавт. [2] указывают, что одним из наиболее объективных признаков кислородной недостаточности плода является изменение доплерометрических показателей кровотока в системе МПП. Хроническую гипоксию плода всегда можно предположить при нарушении кровотока во всех звеньях фетоплацентарного комплекса или при сочетании нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. При нарушении кровотока только в маточных артериях гипоксия плода отмечена лишь в 28% наблюдений.

**Выводы.** Проведенные нами комплексные исследования, включающие доплерометрию сосудов маточно-плацентарного и плодово-плацентарного русла, оценку характера околоплодных вод, кислотно-основного состояния крови в сосудах пуповины, позволили выделить критерии хронической внутриутробной гипоксии плода и отнести их к повреждающим перинатальным факторам при СЗРП.

При СЗРП I-II степени без признаков хронической гипоксии следует проводить терапию, направленную на улучшение маточно-плацентарного кровотока. Роды можно вести через естественные родовые пути с профилактикой слабости родовой деятельности. Перинатальные исходы при СЗРП в большей мере определяются гипоксией плода, выраженностью задержки роста плода и методом родоразрешения.

**Перспективы дальнейших исследований** заключаются в проведении корректирующей терапии СЗРП с учетом влияния на плод повреждающих перинатальных факторов.

## Литература

1. Барашнев Ю. И., Бессонова Ю. В. //Акуш. и гин. — 2007. — № 2. - С. 28-33.
2. Бунин А. Т., Стрижаков А. Н. и др. // Вопр. охр. мат. — 2007. - № 3. - С. 43-45.
3. Гудмундссон С. Ц.// Ультразвук, диагн. акуш., гин., педиатр. — 2004. — № 1. — С. 15—26.
4. Демидов В. Н., Розенфельд Б. Е. // Там же. — 2005. — № 1. -С. 28-33.
5. Савельева Г. М., Федорова М. В., Клименко П. А., Сичинава Л. Г. Плацентарная недостаточность. — М., 2011 – 215С.
6. Campbell S., Griffin D. R., Pearce J. M. et al. // Lancet. -2013. - Vol. 330. - P. 675-677.
7. WladimiroffJ. M., Touge H. M., Strijk P. C. // J. perinat. Med. - 2012. - Vol. 12, N 5. - P. 245-246.

**УДК 618.33-008.9-074**

## **БІОХІМІЧНІ КРИТЕРІЇ СИНДРОМУ ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ**

### **ПЛОДА**

**М. В. Макаренко, м. Київ**

### **РЕЗЮМЕ**

**Обстежено 35 вагітних (основна група) у 36-39 тижнів з асиметричною формою ЗРП, що розвилася на тлі субкомпенсованої і декомпенсованої плацентарної недостатності та їх немовлят та 20 здорових вагітних (контрольна група). Проведене дослідження дозволило встановити, що гіпоксія сприяє інтенсифікації ПОЛ та приводить до зниження антиоксидантного захисту організму. Це обумовлює формування ЗРП. Показники крові (рівня молочної кислоти, глюкози, МДА, ЗАА) можуть використовуватися для діагностики цього синдрому й обґрунтування корекції виявлених порушень.**

***Ключові слова:* затримка розвитку плода, біохімічні критерії.**

Синдром затримки розвитку плода (ЗРП) є одним із проявів плацентарної дисфункції й виникає як результат сполученої реакції плаценти й плода на різні порушення стану материнського організму [1, 2]. Частота поширення цього синдрому, за даними вітчизняних авторів, коливається від 5 до 22% серед доношених немовлят, від 18 до 24% - у недонесених [3] і має велику питому вагу в структурі перинатальної захворюваності й смертності [4, 5].

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 11.16. Тир. 100 прим. Зам. 371-13.  
Підписано до друку 01.10.13. Папір офсетний.

Надруковано з макету замовника у СПД ФО Бровін О.В.  
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2, корп.1, к.19. Т. (057) 758-01-08, (066) 822-71-30  
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру  
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

---

**СТИЛЬ** ™  
**ИЗДАТ**   
ТИПОГРАФИЯ  
[www.stil-izdat.com](http://www.stil-izdat.com)