

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ 7 (93)/2014

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УКРАИНЫ
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ им. П.Л. Шупика (НМАПО)
ИНСТИТУТ СТРАТЕГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ МЗ УКРАИНЫ
ГУ «ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ, АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»
ООО «РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»
АССОЦИАЦИЯ ПЕРИНАТОЛОГОВ УКРАИНЫ

**АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ
И ТЕЛЕФОНЫ РЕДАКЦИИ И ИЗДАТЕЛЕЙ**

Украина, 03039, Киев, а/я 36
Тел.: +38(044) 220-15-66, 220-15-67, 230-27-19,
+38(067) 233-75-91
E-mail: office@zdr.kiev.ua; woman@d-line.org.ua

НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС: 74598

По вопросам подписки или приобретения
обращаться в почтовые отделения связи, в редакцию
или на сайт: www.medexpert.org.ua

Тираж – 8000 экз.

Периодичность издания – 10 номеров в год.
Журнал зарегистрирован в Государственном
комитете информационной политики, телевидения и
радиовещания Украины. Свидетельство о
регистрации КВ №15688-4160ПР от 08.10.2009 г.

*Постановлением Президиума Высшей Аттестационной
Комиссии (ВАК) Украины № 1-05/2 от 27.05.2009 журнал
«Здоровье женщины» включен в перечень
специализированных научных изданий Украины в области
медицинских наук. В издании могут быть опубликованы
основные результаты диссертационных работ.*

*Журнал «Здоровье женщины» реферировается
Институтом проблем регистрации информации
НАН Украины*

*Журнал «Здоровье женщины» включен
в международные наукометрические базы:
eLIBRARY.RU (РИНЦ, Science Index) и Google Scholar,
а также в реферативную базу данных «Україна наукова»*

РЕКОМЕНДОВАНО

Ученым советом Национальной медицинской
академии последипломного образования
им. П.Л. Шупика. Протокол № 7 от 10.09.2014 г.

Подписано к печати 30.09.2014 г.

Статьи, публикуемые в журнале
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ», – рецензированы.
Ответственность за достоверность фактов
и прочих сведений в публикациях несут авторы.
Ответственность за содержание рекламы, а также за
соответствие приводимых в рекламе сведений требованиям
законодательства несут рекламодатели.
Редакция и издатель не несут ответственности
за достоверность информации, опубликованной
в рекламных материалах.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов
публикации.
Перепечатка материалов только с письменного разрешения
редакции. При перепечатке ссылка на журнал
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ» обязательна.

Фотовывод и печать

Типография «Аврора-принт»,
г. Киев, ул. Причальная, 5, тел. (044) 550-52-44

- © Министерство здравоохранения Украины, 2014
- © Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П.Л. Шупика, 2014
- © ГУ «Институт педиатрии, акушерства и
гинекологии НАМН Украины», 2014
- © Институт стратегических исследований
МЗ Украины, 2014
- © Ассоциация перинатологов Украины, 2014
- © ООО «Редакция журнала «Здоровье женщины»,
2014

НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК УКРАИНЫ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ГУ «ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ, АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ им. П.Л. Шупика
МЗ УКРАИНЫ
ИНСТИТУТ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ МЗ УКРАИНЫ
АССОЦИАЦИЯ ПЕРИНАТОЛОГОВ УКРАИНЫ

**ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ
ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ**

Всеукраинский научно-практический журнал

ИЗДАЕТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ
МЕДИЦИНСКИХ НАУК УКРАИНЫ,
АССОЦИАЦИИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ УКРАИНЫ,
УКРАИНСКОГО ИНСТИТУТА СЕКСОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ

ГЛАВНЫЙ НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Ю. Г. Антипкин,
академик НАМН Украины,
д-р мед. наук, профессор,
директор ГУ «Институт ПАГ
НАМН Украины»

**Председатель
редакционной коллегии**
В. В. Каминский

ГЛАВНЫЕ РЕДАКТОРЫ

Ю. П. Вдовиченко,
член-корр. НАМН Украины,
д-р мед. наук, профессор,
Первый проректор НМАПО
им. П.Л. Шупика,
зав. кафедрой акушерства, гинекологии и
перинатологии №1 НМАПО, Президент
Ассоциации перинатологов Украины

Редакционная коллегия

Т.В. Авраменко
В.М. Астахов
П.Н. Баскаков
В.А. Бенюк
В.В. Бережной
О. А. Берестовой
В.И. Бойко
Б.М. Венцовский
И.Б. Венцовская
И.Б. Вовк
Л.И. Воробьева
Ю.В. Вороненко
В.А. Владимирцов
Н.И. Геным
И.З. Гладчук
И.С. Глазков
Е.П. Гнатко
О.В. Горбунова
Ф.В. Дахно
З.М. Дубоссарская
Е.А. Дудина
Т.Д. Задорожная
В.Н. Запорожан
Л.И. Иванюта
С.О. Иванюта
Л.Д. Калюжная
В.Н. Коломейчук
Т.В. Лещева
И.С. Лукьянова
Л.Г. Назаренко
Л.И. Омельченко
С.И. Осташко
С. П. Писарева
В.А. Потапов
В. Н. Прилепская (Россия)
А. Г. Резников
Т. Г. Романенко
О.В. Ромащенко
Н. Н. Рожковская
А. Я. Сенчук
С.Н. Сергиенко
А. И. Соловьев
А.А. Суханова
Т. Ф. Татарчук
Р.А. Ткаченко
В. А. Товстановская
Л. Е. Туманова
А. Г. Цыпкун
В. К. Чайка
Л. И. Чернышова
И. И. Хаща
З. А. Шкиряк-Нижник
Е. Е. Шунько
А. М. Юзько
С. Н. Янюта
Н.Е. Яроцкий

Р. А. Моисеенко,
д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой
детской неврологии и медико-социальной
реабилитологии НМАПО им. Шупика

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Д. О. Бахтиярова
Е. С. Щербинская,
канд. мед. наук

ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА РЕЦЕНЗЕНТОВ

Н. Г. Гойда, д-р мед. наук, профессор
О. В. Грищенко, д-р мед. наук, профессор
С. И. Жук, д-р мед. наук, профессор
А. Г. Корнацкая, д-р мед. наук, профессор
В. И. Медведь, член-корр. НАМН Украины,
д-р мед. наук, профессор
В. И. Пирогова, д-р мед. наук, профессор

НАУЧНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Б. М. Венцовский, член-корр. НАМН
Украины, д-р мед. наук, профессор
И. И. Горпинченко, д-р мед. наук,
профессор – консультант рубрики
«Женская сексология»
В. В. Подольский, д-р мед. наук, профессор
Г. А. Слабкий, д-р мед. наук, профессор

Научные редакторы

А. Е. Дубчак, д-р мед. наук, профессор
Г. К. Степанковская, д-р мед. наук,
профессор

ДИРЕКТОР ПО РЕКЛАМЕ

И.Н. Лукавенко

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

А.А. Попильнюк

РЕКЛАМА

И. Арестович

ЛИТЕРАТУРНЫЙ РЕДАКТОР

Е. Я. Котляр

КОРРЕКТОР

Л. В. Сухих

ДИЗАЙН И ВЕРСТКА

С.О. Обедникова

СОДЕРЖАНИЕ 7 (93)/2014

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

Передчасні пологи: протиріччя і сучасні реалії

В.П. Лакатош, Т.Т. Наритник, В.В. Біла, А.В. Аксьонова,
В.О. Ткаліч10

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ

Контролируемые риски и стратегия профилактики преждевременной потери беременности

В.А. Потапов, Ю.В. Давыдова20

Хронический эндометрит и тазовая боль

Л.И. Мальцева, Г.Р. Смолина, Е.Ю. Юпатов24

Вторичный антифосфолипидный синдром – стратегия и тактика

Ю.В. Давыдова, А.Ю. Лиманская, Е.В. Шевчук,
Т.В. Волошина28

Diabetic angiopathies: urgent aspects of pathogenesis and diagnosis

Т.Р. Lysenko31

«Терапия прикрытия» печени при дисгормональных нарушениях у женщин репродуктивного периода

Ю.П. Вдовиченко, Г.А. Анохина, Е.Н. Гопчук,
В.В. Харченко33

ЛЕКЦИИ И ОБЗОРЫ

Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду регіоналізації перинатальної допомоги (огляд літератури)

А.В. Терещенко, О.О. Дудіна, Р.О. Моїсеєнко38

Методи корекції цервікальної недостатності при багатоплідній вагітності (огляд літератури)

Т.Г. Романенко, І.П. Мельничук47

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Овариальный резерв глазами практикующего врача

П.Н. Веропотвелян, И.В. Гужевская,
Н.П. Веропотвелян, И.С. Цехмистренко,
И.В. Бабашинская53

Международный опыт ведения пациенток с побочными явлениями и осложнениями после медикаментозного аборта

О.М. Бабенко59

Современный взгляд на проблему обезболивания в ранний послеоперационный период в гинекологической практике

О.В. Чулкова, Е.А. Чулкова64

Опыт лечения эссенциальной альгодисменореи

В.А. Товстановская, В.Н. Воробей-Виховская66

Зміни психосоматичного стану жінок, що готуються до оперативного втручання на матці

М.Л. Гомон71

Мастодинии в практике онкомаммолога

Т.С. Головки74

Современный подход к профилактике развития синдрома гиперстимуляции яичников

П.Н. Веропотвелян, И.С. Цехмистренко, И.В. Гужевская,
Н.П. Веропотвелян, Н.В. Пивнева80

АКУШЕРСТВО

Оптимизация ведения беременности и родов при синдроме задержки роста плода

М.В. Макаренко84

Лікування неспецифічного вагініту в жінок у II–III триместрі вагітності

В.В. Камінський, О.М. Борис, В.В. Суменко,
І.О. Гак87

Роль своєчасної профілактики гестаційних ускладнень у жінок з надмірною масою тіла та маркерами метаболического синдрому

З.М. Дубоссарська, Ю.М. Дука95

Антибактериальная терапия в акушерстве и гинекологии – эффективность применения препарата Затрин (азитромицин)

Т.В. Герасимова, Е.Н. Гопчук98

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Современные стратегии прогнозирования риска развития преэклампсии

О.В. Рыкова105

ПЕРИНАТОЛОГИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ

Тривимірна ультразвукова біометрія легенів плода

І.Ю. Гордієнко, Г.О. Гребініченко, О.М. Тарапурова,
В.Л. Весельський, А.О. Носко, О.В. Нідельчук109

ГИНЕКОЛОГИЯ

Особенности патологических процессов при аменорее у девушек раннего репродуктивного возраста

К.Р. Акперли, Э.М. Алиева, Н.Ш. Алиева115

Нові підходи у лікуванні первинної дисменореї в аспекті психосоматичного розладу

С.І. Жук, О.А. Ночвіна118

Клинико-микробиологическое обоснование комплексного подхода к лечению бактериального вагиноза

О.В. Грищенко, А.В. Сторчак123

Современные подходы к дифференцированному лечению гиперандрогенных состояний у женщин

Е.Н. Борис133

Оптимизация ведения беременности и родов при синдроме задержки роста плода

М.В. Макаренко

Городской родильный дом № 5, г. Киев

Проведен анализ перинатальных исходов при синдроме задержки роста плода в зависимости от причины его возникновения и метода терапии. Выяснено, что исход беременности и родов определяются гипоксией плода, степенью задержки роста плода, нарушением кровообращения в системе мать–плацента–плод и методом родоразрешения. В условиях хронической гипоксии плода оперативное родоразрешение не исключает нарушения функции ЦНС, но снижает тяжесть поражения и становится более предпочтительным.

Ключевые слова: синдром задержки роста плода, беременность, роды, перинатальные исходы.

Синдром задержки роста плода (СЗРП) занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [1]. Механизмы СЗРП, предупреждение перинатальной заболеваемости новорожденных изучены недостаточно, что не позволяет разработать патогенетически обоснованные подходы к прогнозированию, диагностике и определению акушерской тактики при этом патологическом процессе [2]. У детей, родившихся с СЗРП, перинатальная заболеваемость и смертность в 2–3 раза превышает таковую у детей с нормальной массой тела [3]. Несмотря на большое число работ, посвященных данному вопросу, окончательно не установлены повреждающие перинатальные факторы при СЗРП и не выработана тактика ведения родов для оптимизации помощи беременным и новорожденным при данной патологии.

Цель исследования: оптимизация ведения беременности и родов при СЗРП для снижения частоты перинатальных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 224 беременные с СЗРП в сроках беременности 28–40 нед. Беременным проводили доплерометрическое исследование кровотока в обеих маточных артериях, в артерии пуповины, в средней мозговой артерии. Для определения состояния кровотока использовали систоло-диастолическое отношение, пульсационный индекс и индекс резистентности. Одновременно проводили кардиомониторное наблюдение за состоянием плода. Ультразвуковое и кардиомониторное 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 назначения препаратов, направленных на улучшение кровообращения в фетоплацентарной системе.

У новорожденных исследовали кислотно-основное состояние крови в сосудах пуповины. В ранний неонатальный период проводили нейросонографию.

Состояние новорожденного определяли на основании клинической оценки по шкале Апгар, по течению раннего неонатального периода и нарушениям функций ЦНС. В наших исследованиях основным критерием оценки внутриутробного состояния плода и развития СЗРП явилось состояние кровотока в системе мать–плацента–плод (МПП).

В зависимости от состояния кровотока в системе МПП всех беременных разделили на 2 группы (табл. 1).

В 1-ю группу входила 101 (45,1%) пациентка, у которой во время беременности не было нарушений кровотока в фетоплацентарной системе; у 83 (82,1%) из них диагностировали СЗРП I степени, а у 18 (17,9%) II степени (см. табл. 1). Беременных с СЗРП III степени и нормальными показателями кровотока в фетоплацентарной системе не было. При динамическом кардиомониторном наблюдении состояние плодов оценивали как удовлетворительное. У 19% беременных в анамнезе были нейроэндокринные нарушения, у 24% – вегетососудистая дистония, у 29% – гипохромная анемия, у 12% – дисфункция яичников, у 4% – бесплодие. Осложненное течение беременности отмечено у 46 (45,5%), у 38 (37,6%) пациенток прибавка массы тела за период беременности была менее 8 кг. У 38 (37,6%) беременных при поступлении в стационар при сроке беременности 34–36 нед проводили терапию, направленную на улучшение маточно-плацентарного кровотока, у остальных при сроке беременности 38–40 нед проводили мероприятия по подготовке к родам.

Во 2-ю группу включены 123 (54,9%) пациентки, у которых показатели кровотока не соответствовали норме. Из них у 82 пациенток имелся СЗРП I степени, у 21 – II степени и у 20 – III степени (см. табл. 1).

У беременных 2-й группы относительно часто встречалась экстрагенитальная патология (более 40%). Течение беременности было осложненным более чем у 80% пациенток 2-й группы. Особенно выделяли угрозу прерывания беременности, среднетяжелый и тяжелый гестоз (у 55%), первые признаки которого выявлены на ранних сроках беременности (17–18 нед). Срок беременности при поступлении в стационар соответствовал 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, β-миметики, антикоагулянты, витаминотерапия).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У женщин 1-й группы течение и исход родов зависел от степени гипотрофии плода. У 79 пациенток с СЗРП I степени и у 11 из 18 женщин с СЗРП II степени беременность завершилась своевременными родами через естественные родовые пути. Продолжительность родов составила в среднем 11 ч 21 мин у первородящих и 5 ч 28 мин у повторнородящих. 4 беременных с СЗРП I степени и 7 – с СЗРП II степени родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показателем к операции явились аномалии родовой деятельности, среднетяжелый и тяжелый гестоз. В этой группе наблюдения родился 101 ребенок. 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 12 (66,6%) из 18 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 6 детей с СЗРП II степени отмечали патологическую потерю и позднюю прибав-

Состояние гемодинамики в системе МПП у беременных с СЗРП

Степень СЗРП	1-я группа Нормальный кровоток	2-я группа нарушение кровотока				Итого 2-я группа
		Маточная артерия	Маточная артерия + артерия пуповины	Маточная артерия + артерия пуповины + средняя мозговая артерия	Нулевой диастолический кровоток в артерии пуповины	
I (n=165)	83 (50,3%)	59 (71,9%)	23 (28,1%)			82 (49,7%)
II (n=39)	18 (46,1%)	10 (47,6%)	5 (23,8%)	4 (19,1%)	2 (9,5%)	21 (53,9%)
III (n=20)		11 (55,0%)	6 (30,0%)	2 (10,0%)	1 (5,0%)	20 (100%)
Всего	101 (44,6%)					123 (55,4%)

ку массы тела и у 2 из них, в ранний неонатальный период отмечали симптомы нарушения мозгового кровообращения (НМК) I–II степени. У матерей этих новорожденных отмечали слабость родовой деятельности, по поводу которой проводили усиление родовой деятельности окситоцином в течение 4–6 ч.

Все дети 1-й группы выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 6–7-е сутки, в том числе у детей с клиническими симптомами НМК.

У пациенток 2-й группы (см. табл. 1) выявлены нарушения кровотока в маточных артериях у 10 (47,6%); нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у 26 (32%); нарушения маточно-плацентарного, плодово-плацентарного и плодового кровотока у 9 (42,9%), нулевой кровотока в артерии пуповины у 2 (9,5%). При одновременном кардиомониторном наблюдении у 43% пациенток были признаки внутриутробного страдания плода по данным КТГ. Такие изменения КТГ отмечены у всех пациенток с нарушением кровотока во всех звеньях фетоплацентарной системы, включая среднюю мозговую артерию плода. При нарушении только маточно-плацентарного и только плодово-плацентарного кровотока подобные изменения КТГ отмечались у 22% беременных соответственно.

Тактика ведения беременности у пациенток 2-й группы определялась выраженностью гемодинамических нарушений, состоянием плода по данным КТГ, степенью СЗРП, тяжестью осложнения беременности, эффективностью проводимой терапии. В экстренном порядке при поступлении в стационар были родоразрешены 19 пациенток (11 путем кесарева сечения при сроке беременности 35–37 нед, 8 – 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 и состоянии плода по данным КТГ оценивалось 5–7 баллами. У остальных 104 женщины с нарушениями маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока состояние плода по данным КТГ оценивалось как удовлетворительное, а срок беременности соответствовал

32–36 нед, проводилась терапия, направленная на улучшение микроциркуляции в маточно-плацентарном русле.

На фоне терапии у 98 (94,2%) из 104 пациенток, наряду с положительной динамикой акушерской патологии (гестоз, угроза прерывания беременности), на 8–14-е сутки отмечалось улучшение показателей гемодинамики и фетометрии. 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 33% случаев соответственно, а полная нормализация показателей наступила лишь в 8,3% наблюдений. Эффективность терапии позволила пролонгировать беременность до 37–38 нед у 91 пациентки.

Сроки и методы родоразрешения зависели от осложнений течения беременности, состояния плода и эффективности проводимой терапии. Своевременные роды наступили в 68,7%, преждевременные – в 31,3% наблюдений.

Кесарево сечение в плановом порядке у беременных 2-й группы было произведено в 23 (28,0%) случаях. У 8 из них с СЗРП I степени, у 6 – СЗРП II степени и у 9 – III степени. Показанием к оперативному родоразрешению были критическое состояние кровотока в системе МПП (нулевой кровотока) у 3, нарушение кровотока во всех звеньях системы МПП в сочетании с изменениями на КТГ – у 9, неэффективность проводимой терапии фетоплацентарной недостаточности в течение 10–14 дней – у 7, начавшаяся острая гипоксия плода – у 3, слабость родовой деятельности – у 1. У 81 (65,9%) пациентки, у которых состояние плода по данным КТГ, несмотря на нарушение кровотока в сосудах маточно-плацентарного русла, оценивалось 8–10 баллами, было проведено родоразрешение через естественные родовые пути. Продолжительность родов составила в среднем для первородящих 11 ч 42 мин, для повторнородящих – 6 ч 47 мин.

Таблица 2

Состояние новорожденных, у которых во время беременности наблюдали нарушение кровотока и СЗРП I–III степени

Показатели состояния новорожденного	Нарушение кровотока										Всего
	Маточная артерия			Маточная артерия + артерия пуповины			Маточная артерия + артерия пуповины + средняя мозговая артерия		Нулевой кровоток в артерии пуповины		
Оценка по шкале Апгар (баллы)	I (n=59)	II (n=10)	III (n=11)	I (n=23)	II (n=5)	III (n=6)	II (n=4)	III (n=2)	II (n=2)	III (n=1)	123
8–10	52	8	8	19	3	-	-	-	-	-	90
6–7	7	2	2	3	1	4	2	1	-	-	22
менее 5	-	-	1	1	1	2	2	1	2	1	11
Кислотно-основное состояние пуповинной крови, норма	47	6	7	6	2	-	-	-	-	-	68
Ацидоз	12	4	4	17	3	6	4	2	2	1	55
Нарушения функций ЦНС	7	2	3	4	3	3	3	2	2	1	30

Данные о состоянии новорожденных, у которых во время беременности наблюдали нарушение кровотока и СЗРП I, II и III степени, представлены в табл. 2.

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 17,9% детей, а при кесаревом сечении – у 4,2%. Тяжелая асфиксия наблюдалась у 5,7% детей при родоразрешении через естественные родовые пути.

Выделено множество факторов, способствующих развитию СЗРП [4]. Проведенный нами анализ показал, что основной причиной 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. Одним из наиболее объективных признаков кислородной недостаточности плода является изменение доплерометрических показателей кровотока в системе МПП и особенно в средней мозговой артерии плода [5].

Проведенные нами комплексные исследования, включающие доплерометрию сосудов маточно-плацентарного и плодово-плацентарного русла, КТГ, оценку кислотно-основного состояния крови в сосудах пуповины, позволили выделить критерии хронической гипоксии плода (ХГП) при СЗРП. ХГП всегда и с высокой вероятностью можно предположить при нарушении кровотока во всех звеньях фетоплацентарного комплекса или при сочетании нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока с измененными данными КТГ (более чем в 70% случаев). При нарушении кровотока только в маточных артериях гипоксия плода отмечена лишь в 28% наблюдений.

Тактика ведения беременности и родов при СЗРП окончательно не определена. Результаты наших исследований свидетельствуют, что ведение беременности и родов при СЗРП

должно определяться наличием ХГП и степенью задержки роста плода. Эффективная комплексная терапия способствует нормализации маточно-плацентарного кровообращения. При СЗРП I и II степени без признаков ХГП следует проводить терапию, направленную на улучшение маточно-плацентарного кровотока, а роды можно вести через естественные родовые пути с профилактикой аномалий родовой деятельности.

До 34 нед беременности нарушения кровотока в фетоплацентарном комплексе могут быть функциональными, что дает надежду на их улучшение или нормализацию при адекватной терапии [6]. Это подтверждают и наши данные: положительный эффект лечения при сроке беременности менее 34 нед, даже при нарушении кровотока во всех звеньях системы МПП и нулевом кровотоке в артерии пуповины, отмечен в 94% наблюдений, что позволило пролонгировать беременность до 36–37 нед.

При сроках беременности 34–35 нед и признаках внутриутробной гипоксии плода (нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока и особенно нулевой диастолический кровотока в артерии пуповины) комплексная терапия, как правило (95%), не оказывает существенного положительного влияния на состояние плода. В связи с этим необходимо решать вопрос о досрочном родоразрешении. При нарушении гемодинамики в системе МПП методом выбора является кесарево сечение, поскольку при родоразрешении через естественные родовые пути 23,6% новорожденных родились в состоянии асфиксии. У пациенток с СЗРП и ХГП при родоразрешении путем кесарева сечения все дети родились без явлений асфиксии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, перинатальные исходы при синдроме задержки развития плода в большей мере определяются хронической гипоксией плода, выраженностью задержки роста плода и методом родоразрешения. В условиях хронической гипоксии плода оперативное родоразрешение не исключает нарушения функции центральной нервной системы, но снижает тяжесть ее поражения и становится более предпочтительным.

Оптимізація ведення вагітності і пологів при синдромі затримки росту плода М.В. Макарєнко

Проведений аналіз перинатальних результатів при синдромі затримки росту плода залежно від причини його виникнення і методу терапії. З'ясовано, що результат вагітності і пологів визначаються гіпоксією плода, ступенем затримки росту плода, порушенням кровообігу в системі мати–плацента–плід і методом розродження. В умовах хронічної гіпоксії плода оперативне розродження не виключає порушення функцій ЦНС, але знижує тяжкість ураження і стає прийнятнішим.

Ключові слова: синдром затримки розвитку плода, вагітність, пологи, перинатальні результати.

Optimization of conduct of pregnancy and labor at syndrome of fetus retardation M.V. Makarenko

The analysis of perinatal ends is conducted at the syndrome of fetus retardation (SFR) depending on reason of his origin and method of therapy. It is found out that end of pregnancy and labor determined by the hypoxia of fetus, degree of fetus retention growth, by violation of circulation of blood in the system mother-placenta-fetus and by the method of delivery. In the conditions of chronic hypoxia of fetus operative delivery does not eliminate the parafunction of central nervous system, but reduces weight of defeat and stand more preferable.

Key words: SFR, pregnancy, labor, perinatal ends.

Сведения об авторе

Макарєнко Михайл Васильєвич – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный 2; тел.: (044) 275-90-88

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Савельева Г.М., Сичинава Л.Г., Шалина Р.И. Улучшение перинатальных исходов одна из основных проблем современного акушерства // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 6. – С. 56–60.
2. Наумчик Б.И. Дифференцированный подход к диагностике, лечению и акушерской тактике у беременных с СЗРП: ближайшие и отдаленные результаты: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
3. Игнатко И.В. Беременность высокого риска перинатальной патологии: патогенез плацентарной недостаточности, ранняя диагностика и акушерская тактика: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – 35 с.
4. Tjoa ML, Oudejans CB, van Vugt JM, Blankenstein MA, van Wijk I Markers for

- presymptomatic prediction of preeclampsia and intrauterine growth restriction. JHypertens Pregnancy. 2004;23 (2): 171–89. Review.
5. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Бавев О.Р., Рыбин М.В. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь // Акушерство и гинекология. – 2000; 5:8–12
6. Maulik D, Frances Evans J, Ragolia L. Fetal growth restriction: pathogenic mechanisms. Clin Obstet Gynecol. 2006 Jun; 49 (2):219–27. Review.
7. Панина О.Б., Цайтлер Н.Б. Особенности гемодинамики в системе мать–плацента–плод в ранние сроки беременности в прогнозе внутриутробной задержки роста плода // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – Т. 1, № 2. – С. 61–66.