

7. Терапия инфекционных осложнений.

8. Рациональное вскармливание, прикладывание к груди матери в соответствии с их клиническим состоянием.

Применение данного алгоритма выхаживания в УЗ «ГОКПЦ» значительно уменьшило частоту тяжелых нарушений постнатальной адаптации. Из числа всех наблюдаемых домой выписаны в удовлетворительном состоянии 91,7%. На 2 этап выхаживания переведен 1 ребёнок, 3 – в отделение реанимации, 0 – в хирургическое отделение, 1 – в педиатрическое отделение для дальнейшего лечения и выхаживания.

У детей, не имевших осложнений течения раннего постнатального периода и находившихся на общем режиме, проводился тщательный контроль массы тела, определение уровня глюкозы в крови через 2 часа после рождения, 2 раза в день в последующие двое суток жизни, далее 1 раз в день до шестых суток жизни (нормогликемия 2,8-4,4 ммоль/л).

#### **Выводы:**

1. Адаптацию новорождённых от матерей с сахарным диабетом осложняют расстройства дыхания, гемодинамики и нарушения со стороны ЦНС, гипогликемия, гипербилирубинемия и другие нарушения.

2. Все новорождённые от матерей с сахарным диабетом нуждаются в особых условиях выхаживания и ранней коррекции выявленных нарушений. Применение алгоритма обследования и выхаживания новорождённых с ДФ принятого в УЗ «ГОКПЦ» способствует профилактики возможных осложнений адаптации на доклинической стадии их проявлений.

#### **Литература**

1. Состояние здоровья детей, рождённых от матерей с сахарным диабетом / Л. А. Харитоновна [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – № 3. – С. 26-31.

2. Неонатология. Национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с.

3. Клинические протоколы диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.01.2011 № 81.

## **ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ**

**Кардаш Ю. Г., Кухарчик Ю. В.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Беларусь*

**Актуальность.** Изучение плаценты имеет многовековую историю, за это время пройден путь от макроскопического описания до современных молекулярно-биохимических исследований. Однако, несмотря на достижения в

ранней диагностике и лечении нарушений взаимосвязи функциональной системы мать-плацента-плод, в практическом акушерстве остаются проблемы, связанные с развитием плаценты, актуальность которых не утрачивается из-за большого количества осложнений беременности и родов. Ситуация усугубляется тем, что предлежание сочетается с разнообразными вариациями аномального (глубокого) прикрепления плаценты к стенке матки (placenta adhaerens, accreta, increta, percreta). В этом случае особое значение приобретает своевременная диагностика данной патологии, позволяющая оптимально подготовиться к родоразрешению. Аномалии плацентации – ведущая причина материнской заболеваемости и смертности во всем мире. Предлежание плаценты – сложная проблема, актуальность которой увеличивается в последние годы и часто ассоциируется с операциями на матке в прошлом [1]. К факторам, предрасполагающим к предлежанию плаценты, относятся разнообразные патологические изменения матки, к ним относятся травмы и заболевания, сопровождающиеся атрофическими и дистрофическими изменениями эндометрия. Подобные изменения нередко являются следствием многократных родов, осложнений в послеродовом периоде. Поэтому предлежание плаценты чаще возникает у повторнородящих – 75%, у первородящих 25%, имея тенденцию к учащению с увеличением возраста женщины. Дистрофические и атрофические процессы в эндометрии могут возникать в результате воспалительных процессов и выскабливаний матки в связи с самопроизвольными и искусственными абортами. Несомненной причиной также признана истмико-цервикальная недостаточность [3]. Частота возникновения предлежания плаценты также коррелирует с количеством операций кесарева сечения в анамнезе. В основе механизма возникновения предлежания плаценты лежит особенность роста нижнего сегмента матки, что приводит к меньшему смещению положения плаценты вверх при прогрессировании беременности [4]. При предлежании плаценты отмечаются 5-кратное возрастание недоношенности, высокий риск поступления новорожденных в отделение интенсивной терапии и перинатальной смертности по сравнению с пациентками без предлежания плаценты [2]. Лучший способ диагностики данного осложнения – ультразвуковое исследование, а магнитнорезонансное исследование помогает в уточнении диагноза [1].

**Цель работы** – изучить течение беременности и родов у женщин с предлежанием плаценты.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 70 историй родов, по данным Гродненского областного клинического перинатального центра за 2016-2020 гг. Использовалась статистическая программа Excel.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст пациенток с предлежанием плаценты  $33 \pm 4,8$  года, 78,7% старше 30 лет, из которых 45,9% старше 35 лет. Средний возраст пациенток без предлежания  $30 \pm 4,2$  года, 55% старше 30 лет, из которых 10% старше 35 лет.

Среднее значение срока беременности в днях при беременности с предлежанием плаценты составило  $244 \pm 106,8$  дня, 63,8% женщин были

прооперированы в сроке беременности до 259 дней. Среднее значение срока беременности в днях, при котором проводилось кесарево сечение:  $272 \pm 5,8$  дня, все были прооперированы после 259 дня беременности.

Менструация у женщин с предлежанием плаценты наступила в возрасте: до 12 (включительно) – 25, 4%, 13-15 лет – 65,9%, после 16 лет – 8,5%. У женщин с кесаревым сечением менструация наступила в возрасте: до 12 (включительно) – 15%, 13-15 лет – 75%, после 16 лет – 10%.

У 21,3% женщин беременность с предлежанием плаценты была первой, у 19,1% – второй, 59,6% – 3 и более (из которых 60,7% – 4 и более беременностей), (12,6% делали аборт, из которых 50% более 1 раза делали аборт; у 36,1% женщин были выкидыши, 95,7% имеют здоровых детей). У 10% женщин беременность без предлежания плаценты была первой, у 45% – второй, 45% – 3 и более (из которых 55,6% имели 4 и более беременностей), (10% делали аборт, из которых 50% более 1 раза делали аборт; у 45% женщин были выкидыши).

Среднее значение окружности живота при предлежании плаценты составило  $98 \pm 8,2$  см, d. Spinarum  $25 \pm 1,1$  см, d. Trochanterica  $30 \pm 3,7$  см, d. Cristarum –  $27 \pm 1,8$  см Con. Externa –  $20 \pm 1,2$  см; высота стояния дна матки –  $34 \pm 3,7$  см. Среднее значение окружности живота у женщин с кесаревым сечением составило  $101 \pm 20$  см, d. Spinarum  $25 \pm 1,2$  см, d. Trochanterica  $38 \pm 1,8$  см, d. Cristarum –  $21 \pm 1,1$  см Con. Externa –  $28 \pm 1,5$  см; высота стояния дна матки –  $37 \pm 1,2$  см.

У всех женщин без предлежания плаценты плод находился в поперечном положении, головное предлежание плода. У 14,6% женщин с предлежанием плаценты плод находился в поперечном положении, 2,1% – в косом, 83,3% – в продольном; у всех женщин – головное предлежание плода.

Слизистые умеренные выделения у 68,1% женщин при предлежании плаценты, 12,7% – скудные кровянистые выделения, 14,9% с обильными (150-300 мл) кровянистыми выделениями. Слизистые умеренные выделения у всех рожениц без предлежания плаценты. 17,02% женщин – краевое предлежание плаценты, 2,12% – боковое предлежание и 80,9% – центральное предлежание плаценты.

Среднее значение массы плода с предлежанием плаценты составило  $2616 \pm 764,8$  г, 51,1% детей родились доношенными, 48,9% недоношенными. Средняя длина тела родившихся детей  $47 \pm 6$  см, 44,7% – более 50 см. Среднее значение окружности головы  $32 \pm 3,7$  см, окружности груди –  $31 \pm 3,8$  см. Средний вес плаценты –  $555 \pm 177,7$  г, средняя длина плаценты –  $56 \pm 7,5$  см.

Среднее значение массы плода у женщин без предлежания плаценты составило  $3392 \pm 329,2$  г, все дети родились доношенными. Средняя длина тела родившихся детей  $51 \pm 4,3$  см. Среднее значение окружности головы  $35 \pm 1,6$  см, окружности груди –  $34 \pm 1,3$  см. Средний вес плаценты –  $676 \pm 125,5$  г, средняя длина плаценты  $61 \pm 7,2$  см.

У 14,9% рожениц с предлежанием плаценты наблюдалось обвитие пуповины, 4,3% – приращение плаценты. У 10% рожениц без предлежания

плаценты наблюдалось обвитие пуповины. Среднее кол-во кровопотери в родах без предлежания плаценты составило  $596 \pm 254,5$  мл. Среднее кол-во кровопотери в родах с предлежанием плаценты –  $916 \pm 48$  мл.

Сопутствующие заболевания: 25,3% рожениц с предлежанием имеют миопию слабой и средней степени, 10% рожениц без предлежания плаценты имеют миопию слабой степени.

Среди женщин с предлежанием плаценты 4,2% имеют хронический гастрит и язву 12-перстной кишки, 2,1% – хронический спастический колит, 2,1% – хронический гепатоз, 2,1% – полипы желчного пузыря, ЖКБ, 2,1% – ЖДВП, хр. гастродуоденит; без предлежания 5% – хр. холецистит, ЖКБ. 29,7% женщин с предлежанием плаценты имеют малые аномалии сердца, 14,9% – анемию легкой степени. 40% женщин без предлежания имеют малые аномалии сердца, 20% – анемию легкой степени.

Среди женщин с предлежанием плаценты: у 6,3% – субклинический гипотиреоз, 4,2% – эутиреоидный узловый зоб, 2,1% – объемные образования обеих долей щитовидной железы. 17,2% – нефроптоз 1-2 ст., 4,2% – уретерогидронефроз, 4,2% – кисты в почках, 6,3% – мочекаменная болезнь, 2,1% – хр. пиелонефрит, 2,1% – пиелозктазия, 17,02% – мед. аллергия, 4,2% – ожирение 1 ст., 2,1% – вертеброгенная радикулопатия, 2,1% – остеоартроз 1 ст. Без предлежания: 10% – субклинический гипотиреоз, 5% – аутоиммунный тиреоидит; 5% – нефроптоз 1-2 ст., 5% – уретерогидронефроз, 5% – кисты в почках, 5% – мочекаменная болезнь; 25% – мед. аллергия, 5% – ожирение 1 ст.; 5% – ювенильный остеохондроз поясничного отдела.

Гинекологические заболевания у женщин с предлежанием плаценты: эрозия шейки матки – 8,5%, кисты яичников – 4,2%, эндометриоз – 2,1%, миома матки – 4,2%, бесплодие – 6,4%, аденома молочной железы – 2,1%, варикозное расширение вен наружных половых органов – 2,1%.

Гинекологические заболевания женщин без предлежания плаценты: эрозия шейки матки – 15%, кисты яичников – 5%, миома матки – 20%.

**Выводы.** Средний возраст женщин с предлежанием плаценты на 3 года выше, чем у женщин с кесаревым сечением без предлежания плаценты, при этом женщин старше 30 лет больше на 28,7%, из которых старше 35 лет на 35,7% больше. У рожениц с предлежанием плаценты чаще встречаются женщины с тремя и более беременностями (на 14,6%), из которых на 5,1% больше четырех беременностей.

У 27,6% женщин наблюдались кровянистые выделения, в то время как у женщин без предлежания плаценты только слизистые умеренные выделения. Среднее значение кровопотери при родах на 34,9% больше у женщин с предлежанием плаценты.

Патологическое положение плода чаще выявлялось у женщин с предлежанием плаценты, чаще всего (более 80%) выявляется центральное предлежание плаценты. Средний вес плаценты с предлежанием на 17,9% меньше и на 8,6% короче плаценты без предлежания. Почти половина детей рожениц с предлежанием плаценты группы родились недоношенными.

Около половины женщин с предлежанием плаценты имеют хронические заболевания ЖКТ и заболевания почек, в то время как у женщин без предлежания плаценты данные заболевания встречается реже.

### *Литература*

1. Белоцерковцева, Л. Д. Современные техники снижения массивных кровотечений при предлежании плаценты, аномалии плацентации / Л. Д. Белоцерковцева, Л. В. Коваленко В. В. Панкратов, П. А. Пастернак, Т. Г. Петрова, Д. Ш. Бакурадзе, С. Е. Иванников // Вестник Новгородского государственного университета. – 2017. – № 3. – С.45-50.

2. Девятова, Е. А. Аномалии расположения и прикрепления плаценты – факторы риска недонашивания беременности, кесарева сечения и неблагоприятных перинатальных исходов / Е. А. Девятова // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 3. – С. 17-24.

3. Балмагаметова, Г. Н. Операционные исходы при предлежании плаценты. Г.Н. Балмагаметова, А. Б. Айдымбекова, М. И. Мимитниязова, А. Джакипова, А. Дуйсенова, А. Джакипова // Вестник. – 2016. – № 1. – С. 18-20.

4. Оппенхаймер, Л. Клиническое практическое руководство ассоциации акушеров-гинекологов Канады: диагностика и ведение предлежания плаценты / Л. Оппенхаймер // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2015. – № 1. – С. 77-84.

## **СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ**

**Кириллова Е. Н., Павлюкова С. А.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Беларусь*

**Актуальность.** В крупных современных популяционных исследованиях, изучающих содержание витамина Д в сыворотке крови, было показано, что от 20 до 80% женщин имеют дефицит витамина Д. Большой разброс данных обусловлен этнической принадлежностью, местом проживания, возрастом обследованных [1]. В то же время в странах Восточной Европы проведено ограниченное количество исследований распространенности дефицита витамина Д в разных возрастных группах.

Необходимо отметить, что все больше внимания уделяется внескелетным эффектам витамина Д, включая иммунные заболевания, сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистые нарушения, инфекционную и онкологическую патологию. В том числе обсуждается его возможная роль в патогенезе