

частоты при задержке дыхания указывало на наличие гипоксии плода. Пирацетам улучшает передачу возбуждения в ЦНС, повышает устойчивость мозга к гипоксии. Пентоксифиллин улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, оказывает сосудорасширяющее действие, блокирует фосфодиэстеразу, снижает адгезию эритроцитов, уменьшает агрегацию тромбоцитов и вязкость крови. При отсутствии гипоксии плода на фоне задержки дыхания параметры КТГ не менялись или снижались не более чем на 10 уд/мин с последующим восстановлением. В ряде случаев после задержки дыхания наблюдалось повышение частоты на 15 и более уд/мин (появление акцелераций). Это свидетельствовало об адекватной реакции здорового плода на стресс. При появлении отрицательной динамики КТГ показано досрочное родоразрешение в интересах плода.

#### **Выводы.**

1. Применение лекарственных средств – пирацетама, пентоксифиллина с задержкой дыхания беременной позволяет выявить начальные внутриутробные признаки гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.
2. Преимущества метода – простота, доступность, неинвазивность.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гипоксия плода как причина неблагоприятных исходов беременности: систематический обзор методов оценки / Е. А. Макаровская [и др.] // Экология человека. – 2021. – № 7. – С. 4–11.
2. Кузнецов, П. А. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного / П. А. Кузнецов, П. В. Козлов // Лечебное дело. – 2017. – № 4. – С. 9–15.
3. Оценка состояния плода в родах: противоречия и перспективы / М. А. Пониманская [и др.] // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 10, № 3. – С. 56–61.

## **АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА: АНАЛИЗ ПРИЧИН**

**Попелушко В. П.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Ганчар Е. П.

**Актуальность.** Охрана здоровья женщин и детей входит в число приоритетных направлений государственной политики в Республике Беларусь, имеет важное медико-социальное значение как для современного этапа развития общества, так и для будущего страны [3]. Охрана репродуктивного здоровья населения, создание условий для рождения здоровых детей, предупреждение инвалидности, младенческой, детской и материнской смертности в стране – важная составляющая здравоохранения, имеющая

особую общественную значимость в формировании здоровья нации [4]. При низком уровне рождаемости особое место занимает проблема антенатальной гибели плода (АГП). Уровень АГП остается высоким и составляет почти 50% в структуре перинатальных потерь. К сожалению, до настоящего времени проблема АГП является сложной и неоднозначной, в том числе в плане выработки единых подходов к профилактике и акушерской тактике [1, 2].

**Цель.** Провести анализ причин антенатальной гибели плода.

**Методы исследования.** Проведено ретроспективное поперечное аналитическое исследование. Анализ истории родов (№ 096/у), индивидуальные карты беременных (ф.111/у), обменные карты (ф.113/у) 203 случаев мертворождения, произошедших в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» за период 2007-2023 гг.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ показал значительное снижение частоты данного осложнения за время наблюдения (2007 г. – 24 случая, 2008 г. – 19, 2009 г. – 14; 2010 г. – 9; 2011 г. – 9; 2012 г. – 12; 2013 г. – 7; 2014 г. – 16; 2015 г. – 17; 2016 г. – 18; 2017 г. – 14; 2018 г. – 10; 2019 г. – 10; 2020 г. – 6; 2021 г. – 9; 2022 г. – 6; 2023 г. – 3).

Средний возраст пациентов составил  $28,6 \pm 1,6$  лет, повторнородящие – 60,1%, первородящие – 39,9%. Анализ акушерского анамнеза у женщин с АГБ выявил высокую частоту осложнений предыдущих беременностей, так случаи самопроизвольных выкидышей выявлены у 32%, привычное невынашивание беременности – у 9,6%, преждевременные роды – у 8,9%. Из гинекологических заболеваний преобладали хронический воспалительный процесс половых органов (15,7%), доброкачественные заболевания шейки матки (12,3%), миома матки (4,4%). В структуре экстрагенитальной патологии доминировали заболевания сердечно-сосудистой системы (35,5%), заболевания мочевыводящих путей (10,8%), эндокринные расстройства (9,6%). Детальный анализ особенностей течения настоящей беременности показал высокий удельный вес осложнений гестации. Угроза прерывания беременности в различные сроки констатирована у 50,2% женщин. Кроме того, у пациенток с АГП были диагностированы нарушения маточно-плацентарного кровотока (30,5%), задержка роста плода (40,4%), вызванные беременностью отеки и протеинурия (15,8%), гестационная артериальная гипертензия (5,9%), умеренная преэклампсия (2%), гестационный сахарный диабет (3,9%), многоводие (4,9%). При сроках гестации 22-30 недель антенатальная гибель плода констатирована у 70 (34,5%) женщин, при сроках 31-37 недель – у 65 (32%), при сроках 38-41 недели – у 68 (33,5%). Причиной АГП в 124 (61,1%) случаях явилась патология последа, в 49 (24,1%) – врожденные пороки развития плода, в 13 (6,4%) – неиммунная водянка плода, в 11 (5,4%) – внутриутробная инфекция, в 4 (2%) – острая кровопотеря в связи с разрывом сосудов пуповины, в 2 (1%) – гемолитическая болезнь новорожденных.

**Выводы.** Ведущими причинами АГП являются: патология последа, врожденные пороки развития плода, неиммунная водянка плода. За период

2007-2023 гг. наблюдается тенденция снижения частоты АГП, что свидетельствует об улучшении уровня пренатальной диагностики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ причин антенатальной смерти доношенного плода в Челябинской области / А.В. Чижовская [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2023. – №22(2). – С.122–134.
2. Антенатальная гибель плода: нерешенные вопросы / И. И. Иванов [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2020. – №23 (1). – С. 37–41.
3. Вильчук, К. У. Научные исследования в области охраны здоровья матери и ребенка в Республике Беларусь: перспективы и пути совершенствования / К. У. Вильчук, И. В. Курлович // Медицинские новости. – 2018. – № 4. – С. 3–8.
4. Об утверждении Концепции национальной безопасности Республики Беларусь: Указ Президента Респ. Беларусь, 9 нояб. 2010 г., № 575[Электронный ресурс] /Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=P31000575>. – Дата доступа: 01.03.2024.

## ЮВЕНИЛЬНАЯ КСАНТОГРАНУЛЕМА НОСОВОЙ ПОЛОСТИ

Пралат П. С., Лещевич Е. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Рыженкова Т. И.

**Актуальность.** Ювенильная ксантогранулема (далее ЮКГ) – редкое доброкачественное, самостоятельно регрессирующее гистiocитозное образование.

В 1871 г. R. Virchow впервые описал кожные проявления заболевания у ребенка [1]. Английский врач-дерматолог Н. Adamson в 1905 г. впервые описал «множественные врожденные ксантомы» на теле новорожденного. J. Lamb и E. Lain в 1937 г. впервые сообщили о развитии ЮКГ во внутренних органах, а Н. Gartmann и Н. Tritsch в 1963 г. впервые описали случай ксантогранулемы у взрослого человека [2].

Появляется чаще всего у новорожденного на одном или нескольких участках кожи, слизистой оболочки. Специалисты диагностируют ксантогранулемы у пациентов младше двух лет, хотя образование может поражать лиц любого возраста. Согласно медицинским исследованиям, более 75% заболевших не достигли годовалого возраста. В 35% случаев ЮКГ встречается у новорожденных, в 70% – у младенцев. Иногда заболевание развивается у детей до 3 лет, а в 10% наблюдений – у взрослых [2]. Достоверная связь ЮКГ с полом отсутствует, семейные случаи не описаны.