

точность, задержка внутриутробного развития, неправильные положения плода. Высокий перинатальный риск в этом случае является предпосылкой для повышенной частоты оперативного родоразрешения. Необходима ранняя диагностика аномалий расположения плаценты для выработки оптимальной тактики ведения беременности.

Литература

1. Митьков, В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. II том // В.В. Митьков, М.В. Медведев. М.: Видар, 1996. 408 с.
2. Панина, О.Б. Развитие эмбриона (плода) и оболочек плодного яйца в I триместре беременности по данным эхографии /О.Б. Панина, Е.Ю. Бугеренко, Л.Г. Сичинава // Вестн. Рос. асс. акушеров-гинекологов. – 1998. №2. – С. 59-65.
3. Тимофеева, И.В. Ведение беременности при аномальном расположении плаценты /И.В.Тимофеева // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии в постдипломном образовании врачей: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. Пермь, 2006.
4. Баймурадов, О.А. Генетическая и приобретенная формы тромбофилии в генезе предлежания плаценты / С.М. Баймурадов, О.А. Бадалова //Матер. 9-го Всерос. науч. форума Мать и дитя . М., 2007.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Ковалёв Е.В., Занько Ю.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Задержка роста плода (ЗРП) – осложнение беременности, при котором фетометрические показатели и/или масса тела плода не достигают минимальных значений для соответствующего срока гестации. Наличие ЗРП определяет более высокую неонатальную заболеваемость, которая в 8 раз выше, чем у новорожденных с нормальной массой тела [1], частота осложнений со стороны ЦНС регистрируется в 15,9% [2]. Обособленное использование методов современной клинической диагностики ЗРП демонстрирует низкую чувствительность и специфичность [3].

Целью настоящей работы явилась разработка дифференцированного подхода к тактике ведения беременности и родоразрешения пациенток при формировании ЗРП.

Материалы и методы. Было обследовано 150 беременных женщин в возрасте 28 (20; 36) лет, срок беременности при обследовании составлял 232 (212; 254) дня. Первобеременными были 74 пациентки (49,3%), повторнобеременными – 76 пациенток (50,7%). В исследование не включались женщины с многоплодной беременностью. На I этапе проводилось тестирование пациенток на предмет наличия факторов риска формирования ЗРП с последующим выделением группы высокого риска по данному осложнению беременности. На II, III и IV этапах оценивались данные ультразвуковой фетометрии и оценка индекса амниотической жидкости у данных пациенток в сроках беременности 22-27 недель, 28-34 недель и позднее 34 недель, соответственно. Заключительным этапом являлась оценка массо-ростовых характеристик новорождённых и сопоставление их с гестационным сроком. Критерием гипотрофии плода/новорождённого принимали значение показателей фетометрии/массо-ростовых показателей ниже 10 перцентиля для соответствующего гестационного срока.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета прикладных компьютерных программ Statistica for Windows (v. 10.0; Statsoft Inc.). Проверка статистических гипотез осуществлялась при критическом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Маловесные новорождённые родились у 51 пациентки (34%), которые составили основную группу, и у 99 пациенток (66%) дети по массо-ростовым характеристикам соответствовали гестационному сроку – контрольная группа. Факторы риска формирования ЗРП у указанных женщин распределились следующим образом. Курение имело место у 12 пациенток основной группы и у 1 - контрольной, соответственно (OR=23,2 [95% ДИ 3,1; 174,2], $p < 0,05$), физический труд у 10 и 2 женщин соответственно (OR=9,7 [95% ДИ 2,2; 42,6], $p < 0,05$), гипотрофия плода во время предыдущей беременности отмечалась у 5 пациенток основной группы, в контрольной не было (OR=21,1 [95% ДИ 1,2; 37,5], $p < 0,05$), один из родителей рождён

маловесным – 10 и 0, соответственно (OR=40,4 [95% ДИ 2,4; 67,5], $p<0,05$), кровотечение в I триместре беременности отмечалось у 8 пациенток основной группы и отсутствовало в контрольной (OR=32,6 [95% ДИ 1,9; 55,5], $p<0,05$), острую респираторную инфекцию I триместре перенесли 27 и 16 пациенток, соответственно (OR=3,3 [95% ДИ 2,0; 5,5], $p<0,001$), дефицит массы тела в начале беременности имели 8 и 6 женщин соответственно (OR=3,0 [95% ДИ 2,0; 7,1], $p<0,05$).

Два и более факторов риска имели место у 24 пациенток (47,1%) основной группы и у 5 пациенток (5,1%) контрольной группы. Индекс потенциального вреда, отражающий количество пациенток, которых необходимо обследовать для появления одного дополнительного случая с гипотрофией плода, равен 1,7. Индекс точности данного теста, представляющий собой отношение количества истинно точных результатов теста к общему числу наблюдений, составил 80%.

Показатели фетометрии ниже 10 перцентиля в сроке 22-27 недель (II этап) были определены у 2 пациенток, которые по результатам первого этапа были отнесены к группе высокого риска.

В 27-34 недель показатели фетометрии ниже 10 перцентиля зафиксированы у 30 пациенток, маловесными родились 20 детей. Из них предварительно к группе высокого риска были отнесены 11 (36,6%).

В сроке беременности свыше 34 недель аномальные фетометрические данные были у 77 женщин, детей с гипотрофией родилось 45. К группе высокого риска из данной когорты относились 20 пациенток (44,4%).

Таким образом, комплексный и дифференцированный подход к тактике ведения беременности пациенток, угрожаемых по ЗРП, позволяет организовать динамическое наблюдение с целью наиболее полного и раннего выявления данного осложнения беременности.

Литература

1. Анастасьева, В.Г. Задержка внутриутробного развития плода: Руководство для врачей и студентов мед. ВУЗов / В.Г. Анастасьева под ред. Н.В. Анастасьевой. Новосибирск: Изд-во Новосибирского медицинского института, 1996. - 496с.

2. Urinary S100B Protein Concentrations Are Increased in Intrauterine Growth-Retarded Newborns / Pasquale Florio [et al.] // Pediatrics. – 2006. - Vol. 118, №3. – P. 747-754.

3. Bricker, L. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) / L. Bricker, J. P. Neilson // Cochrane Database Syst Rev., 2000. - Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796263>. - Date of access : 12.06.2015.

МАТЕРИНСКО-ФЕТАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Ковалёв Е.В., Занько Ю.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Индуцибельная NO-синтаза представляет собой фермент, наиболее активный в макрофагах, обеспечивающий выделение оксида азота эндотелием сосудов. Цистатин С – ингибитор протеиназ, продуцируемый всеми ядросодержащими клетками, свободно фильтрующийся почечными клубочками и реабсорбирующийся в проксимальных канальцах. Цистатин представляет собой маркер ультраструктурного поражения почечной ткани, в том числе под действием гипоксии. Совместно с определением уровня мочевого кислоты данный показатель потенциально может быть использован для диагностики поражения почечной ткани у новорождённых, что, в свою очередь может помочь верифицировать истинную ЗРП.

Цель исследования: Определение материнско-фетальных маркеров ЗРП, а также определение диагностического порога концентраций iNOs в сыворотке венозной крови беременных в III триместре, с целью подтверждения ЗРП плода, а также концентраций цистатина С и мочевого кислоты в пуповинной крови новорождённых с гипотрофией.

Материалы и методы. Основную группу составили 24 пациентки, беременность у которых осложнилась задержкой роста плода, верифицированной в неонатальном периоде. В контрольную группу вошли 20 беременных с физиологически протекавшей беременностью, родивших живых доношенных детей с массо-ростовыми характеристиками, соответствующими гестацион-